

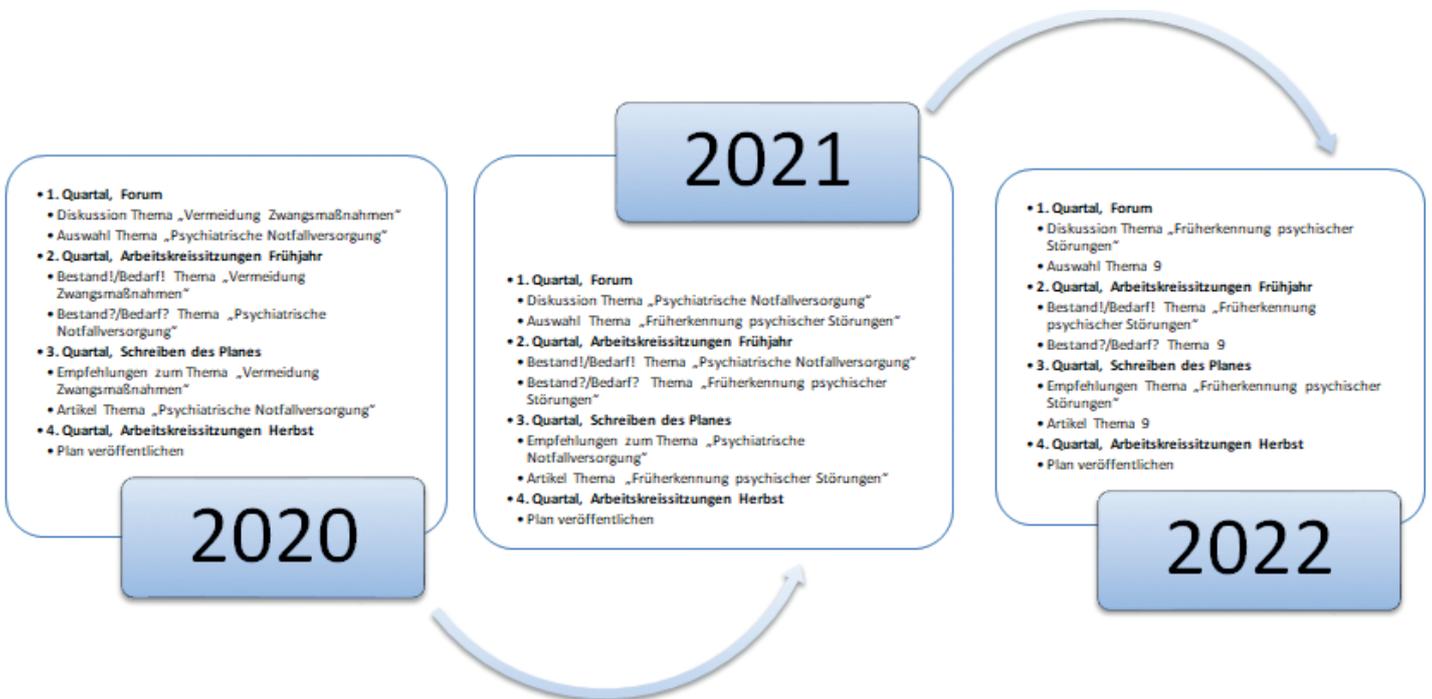
Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2021/2022



Foto: Stadt Oldenburg





Impressum:

Herausgeber:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

Stand: Oktober 2021

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

Allgemeine Anfragen an die Stadt Oldenburg bitte an das ServiceCenter
unter Telefon 0441 235-444

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote	
<i>Abdruck OLRound:</i>	
In der Not stets zur Stelle – trotz Pandemie	8
<i>M. Deppe/A. Menze/S. Surrey</i>	
Psychiatrie vernetzen – gemeinsam mehr erreichen: Die Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen stellt sich vor	9
<i>INKLUSIONSNETZ Hof Windheim gem. GmbH</i>	
„Eigeninitiative jetzt – Selbsthilfe stärken“	15
<i>I. Vogelpohl</i>	
Rückblick und Ausblick	21
<i>T. Betten</i>	
Der Pflegebericht 2020 der Stadt Oldenburg	29
<i>K. Kupka</i>	
Der regionale Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention RABS – Gremium zum Austausch über die Suchtprävention im Betrieb	35
<i>S. Sies</i>	
Der Rehakompass der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen	42
<i>B. Becker/F. Schröder</i>	
Weiterer Standort zur Unterstützung für Wohnungslose	48
<i>Dr. A. Paul</i>	
Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum Oldenburg .	51
<i>Abdruck:</i>	
Auszug aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2020/2021	55
<i>J. Ostermann/R. Kohls</i>	
Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern	65
2. Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“	
<i>C. Kok/Dr. P. Orzessek</i>	
Einführung zum Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“	67
<i>Abdruck:</i>	
Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens	71
<i>D. Eckbauer</i>	
Kinder mit sozial-emotional herausforderndem Verhalten	85
<i>M. Bührmann</i>	
Kidstime	89
<i>D. Breitholz</i>	
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention – Rose 12 – in Oldenburg	93

C. Bösing
Früherkennung psychischer Störungen – was kann eine Beratungsstelle für
Ehe-, Familien und Lebensfragen (EFL) dazu beitragen? 97

A. Gierse
(Elterliche) Paarbeziehungen stärken 102

Dr. A. Muthesius
Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ) an der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln 107

3. Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Psychiatrische Notfallversorgung“

C. Kok/Dr. P. Orzessek
Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema
„Psychiatrische Notfallversorgung“ 112

4. Übersicht

C. Kok/Dr. P. Orzessek
Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung 116

Dr. P. Orzessek
Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger
Bürgerinnen und Bürgern 118

Tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung
siehe dritte Umschlagseite

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den Händen halten Sie die Fortschreibung 2021/2022 des Sozialpsychiatrischen Planes 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)¹. 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.“

Die Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes im Verbund erfolgt dialogisch.

Gemäß den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen soll der Sozialpsychiatrische Plan folgende Zielgruppen erreichen:

- Betroffene und Angehörige von psychisch kranken Menschen,
- psychosoziale professionelle Fachkräfte,
- Kostenträger,
- Politikerinnen und Politiker,
- Vertreterinnen und Vertreter von Forschung und Lehre sowie
- an dieser Fragestellung interessierte Bürgerinnen und Bürger.

¹ Land Niedersachsen (Hrsg.) Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG), 1997

Für die gesetzlich vorgegebene laufende Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 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).

Die Gliederung des Sozialpsychiatrischen Planes orientiert sich an den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen.

In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2021/2022 finden Sie auf den Seiten 67 bis 111 Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“.

Einige Angebote aus dem Bereich „Früherkennung psychischer Störungen“ wurden bereits in den Sozialpsychiatrischen Plänen der vergangenen Jahre vorgestellt. In diesem Zusammenhang möchten wir auf den Artikel von Herrn Professor Dr. Jörg Zimmermann zum Angebot der Gedächtnissprechstunde in der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz der Karl-Jaspers-Klinik hinweisen. Dieser Artikel („Behandlung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen in der Karl-Jaspers-Klinik“) ist auf den Seiten 23 ff. in der Fortschreibung 2020/2021 des Sozialpsychiatrischen Planes zu finden².

Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Psychiatrische Notfallversorgung“ finden Sie auf den Seiten 112 bis 115.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie beziehungsweise über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren.

Entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden Sie in einem eigenen Teil dieses Planes auf den Seiten 8 bis 66.

Dieser Teil des Sozialpsychiatrischen Planes dient in der diesjährigen Fortschreibung ebenfalls der Verzahnung mit weiteren Berichten aus der Stadt Oldenburg. So finden Sie auf den Seiten 29 bis 34 einen Artikel zum aktuellen

² Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg Fortschreibung 2020/2021, Seiten 23. ff

Pflegebericht der Stadt Oldenburg³ und auf den Seiten 55 bis 64 einen Ausschnitt des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes der Stadt Oldenburg⁴.

Auf Seite 118 finden sich die Zahlen zu den Untersuchungen und Unterbringungen nach NPsychKG seit 2015. Das Land Niedersachsen hat die Landespsychiatrieberichterstattung neu organisiert und legt den Kommunen seit diesem Jahr individuelle Feedbackberichte vor, die auch vergleichend auf die Unterbringungen nach NPsychKG eingehen. In den nächsten Fortschreibungen des Sozialpsychiatrischen Plans der Stadt Oldenburg soll auf diese neue Datengrundlage eingegangen werden.

Das NPsychKG legt in § 2 fest: „Hilfen sollen insbesondere der Anordnung von Schutzmaßnahmen vorbeugen.“ Sogenannte „Zwangseinweisungen“ sollen also möglichst durch angemessene Hilfen vermieden werden. Dafür ist es notwendig, dass überhaupt bekannt ist, wie viele Menschen gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik müssen und wie sich die Zahlen entwickeln. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen⁵ empfiehlt die Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung. Auf kommunaler Ebene erfolgt dies in Oldenburg durch den Sozialpsychiatrischen Plan.

Zur strukturierten Erfassung des Bestandes an psychiatrischen Hilfen innerhalb der Stadt Oldenburg kommt ein Arbeitsmittel des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen zur Anwendung: Die tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung wird 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.

³ Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister, Strategische Sozialplanung: Demografie – Inklusion – Soziales, Stand: März 2021, www.oldenburg.de/demografie-pflegebericht

⁴ Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister, Gesundheitsamt, Stand: Mai 2021

⁵ Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Landespsychiatrieplan Niedersachsen – Zusammenfassung -April 2016

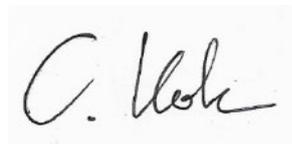
Alle Autorinnen und Autoren in dieser Fortschreibung wurden seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefragt. Wir möchten ihnen an dieser Stelle unseren herzlichen Dank für ihre Beiträge aussprechen. Auch in diesem Jahr haben sich die Folgen der Pandemie auf die Arbeitsbelastung der einzelnen Autorinnen und Autoren ausgewirkt. Wir möchten daher allen Beteiligten einen besonderen Dank aussprechen und sind froh, dass trotz der schwierigen Zeiten der Sozialpsychiatrische Plan wie gewohnt fortgeschrieben werden konnte.

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 Leserbriefen behalten wir uns darüber hinaus Kürzungen vor.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern Freude beim Lesen und freuen uns auf Rückmeldungen, Anregungen und Diskussionen. Alles verbunden mit dem Ziel, die Hilfen für psychisch kranke Menschen zu verbessern.



Dr. phil. Peter Orzessek
Psychologischer Psychotherapeut
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst



Christina Kok
Sozialarbeiterin B. A.
Geschäftsführung
Sozialpsychiatrischer Verbund

1. Berichte/Stellungnahmen/neue Angebote

In der Not stets zur Stelle – trotz Pandemie

Artikel im OLRound – Das Blatt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadt Oldenburg



In der Not stets zur Stelle – trotz Pandemie

Ein Einblick in die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Corona-Zeiten

Von Peter Orzessek und dem Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Irgendwann im Frühjahr des vergangenen Jahres geht beim Innendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) ein Anruf einer Kollegin vom Bürger- und Ordnungsamt, Zentraler Außendienst (ZAD), ein: Auf dem Polizeirevier am Friedhofsweg müsse die zwangsweise Unterbringung einer Frau in die psychiatrische Klinik geprüft werden, wofür ein ärztliches Zeugnis erforderlich sei. Die Oldenburgerin mit Migrationshintergrund habe versucht, über das Geländer der Cäcilienbrücke zu steigen, sei aber davon abgehalten worden. Eine Verständigung mit der Frau sei schwierig. Der ZAD sei bereits auf dem Weg zur Polizeiwache. Eine Sozialarbeiterin des SpDi bittet innerhalb des Gesundheitsamtes um ärztliche Unterstützung. Schließlich machen sich die Mitarbeiterin und eine Ärztin auf den Weg zum Polizeirevier.

Aber wir sind doch in einer Pandemie?! Die Ämter sind für den Publikumsverkehr geschlossen, viele Mitarbeitende der Stadtverwaltung arbeiten mobil von zu Hause aus. Soll sich der SpDi nun noch am weiteren Geschehen beteiligen, zumal es zu diesem Zeitpunkt bundesweit erheblich an Mund-Nasen-Schutz und FFP2-Masken mangelt? Die Pflichtaufgaben des SpDi nach dem Niedersächsischen Gesetz über

Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPpsychKG) müssen aber erfüllt werden. Bestehen also, wie in diesem Fall, dringende Anhaltspunkte für eine erhebliche und gegenwärtige Gefahr, muss eine ärztliche Untersuchung durchgeführt werden. Und es muss geprüft werden, ob und wie zwangsweise Unterbringungen in einer psychiatrischen Klinik vermieden werden können.

Erfolgreiche Anpassungen

Der SpDi hat über die gesamte Zeit der Pandemie weiterhin direkte Begegnungen mit Klientinnen und Klienten, wenn die Arbeit nicht allein durch telefonische oder schriftliche Kontakte geleistet werden kann. Es gibt also Begegnungen in den Büros, bei Spaziergängen, bei Haus- und Klinikbesuchen oder an anderen Orten. Damit durch einen Infektionsfall im Team nicht der ganze Dienst in Quarantäne muss, wurde zunächst ein Schichtsystem eingeführt. Angesichts der vielen akuten Fälle und der daher notwendigen, umfangreichen und zeitnahen gegenseitigen Information, hat sich dieses Vorgehen aber als nicht praktikabel erwiesen. Nahezu täglich wurden die Arbeitsabläufe angepasst. Mit der Zeit verbesserte sich die Ausstattung mit Masken. Ausreichender Abstand auch bei Teamgesprächen mit zeitlichen Vorgaben, ständiges Lüften und zuletzt der Einsatz von Luftreinigern bestimmen aktuell den Alltag im SpDi. Dazu

wird ständig hinterfragt, wann persönliche Kontakte erforderlich sind oder durch Telefonate oder Videokonferenzen ersetzt werden können. Auch aufgrund dieser Vorgehensweise ist es gelungen, dass bislang niemand der Kolleginnen und Kollegen an Covid-19 erkrankte oder in Quarantäne musste.

Wie geht es den psychisch kranken Menschen in der Zeit der Pandemie?

Das lässt sich pauschal nicht sagen. Einige leben bereits isoliert und zurückgezogen und kommen mit der Situation zurecht. Viele leiden aber erheblich darunter, dass Hilfsangebote und Teilhabemöglichkeiten geschlossen sind, wodurch ihnen wichtige soziale Kontakte und die gewohnte Tagesstruktur fehlen.

Adäquate Unterstützung

Dann war da ja noch die Frau auf dem Polizeirevier. Mit Hilfe eines Sprachmittlers konnten die Ärztin und die Sozialarbeiterin ein Gespräch mit der Bürgerin führen. Dabei wurde deutlich, dass sie erheblich seelisch belastet war, aber nicht die Absicht hatte, sich umzubringen. Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik war somit nicht erforderlich. Ein Angehöriger konnte ausfindig gemacht werden, bis zu dessen Eintreffen blieben die Mitarbeiterinnen vor Ort. Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet daran, gemeinsam mit der Bürgerin die angemessene Hilfe zu finden.

Psychiatrie vernetzen – gemeinsam mehr erreichen:

Die Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen stellt sich vor

Mareile Deppe, Anna Menze und Sandra Surrey,
Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen

Die Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen (LSPK) fungiert seit April 2020 als unabhängige Einrichtung zur Vernetzung und Koordination der psychiatrischen Hilfsangebote in Niedersachsen. Die Einrichtung einer solchen Stelle resultierte aus der 2016 veröffentlichten Landespsychiatrieplanung für Niedersachsen und unterliegt einer Förderung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Der einjährige Aufbau der LSPK erfolgte durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS). Auch die seit Mai 2021 anknüpfende Verstetigungsphase des Projektes wird von der LVG & AFS durchgeführt.

Vordergründige Ziele der LSPK sind es, die regionalen Strukturen überregional zu bündeln, den Austausch der Systempartnerinnen und Systempartner auf Landesebene zu fördern und so einen barrierefreien Informationsfluss zwischen Land, Kommunen und Versorgungssektoren in Niedersachsen zu unterstützen. Hierfür arbeitet die LSPK eng mit verschiedenen Gremien und Institutionen der psychiatrischen Versorgung zusammen und engagiert sich dabei fortlaufend für den Dialog zwischen Krisenerfahrenen, Angehörigen und Fachpersonen.

Der Grundstein ist gelegt – die Aufbauphase der LSPK

Nach einer erfolgreichen Aufbauphase konnte im April 2021 einjähriges Bestehen der LSPK gefeiert und trotz der in dieser Zeit immer wieder aufkommenden Herausforderungen durch die Corona-Pandemie ein positives Resümee gezogen werden. Im Fokus des Aufbaus stand neben der vorwiegend digitalen Kontaktaufnahme mit relevanten Akteurinnen und Akteuren und der Gewinnung von Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern insbesondere die Öffentlichkeitsarbeit. Mit der Entwicklung einer eigenen Webseite (www.psychiatriekoordination-nds.de) konnten weitere Aufgaben umgesetzt

werden. Seitdem informiert ein auf der Webseite platzierter News-Feed über aktuelle Meldungen sowie Veranstaltungen aus der Psychiatrielandschaft. Eine digitale Versorgungslandkarte gibt Auskunft über ausgewählte Angebote der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen. Weiterhin wurde ein interaktives Schaubild zu den häufig undurchsichtig erscheinenden psychiatrischen Strukturen und Arbeitsabläufen in Niedersachsen erstellt und veröffentlicht. Parallel dazu hat sich die LSPK in verschiedenen Online-Veranstaltungsformaten, wie der von der AWO-Psychiatrieakademie Königslutter ausgerichteten Tagung Sozialpsychiatrie oder dem 12. Gerontopsychiatrischen Symposium des Caritas Forum Demenz, vorgestellt und erste Projekte organisatorisch unterstützt. Hervor tat sich hier insbesondere das Modellvorhaben der Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ), welches als eine der wegweisenden Neuerungen der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen durch eine triadisch besetzte Projektbegleitgruppe bearbeitet und durch die Entwicklung wissenschaftlicher Qualitätsstandards auch qualitativ gesichert wird. Weiterhin konnte die LSPK durch die Teilnahme und das Mitwirken an zahlreichen Arbeitsgruppen und Gremien, wie dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN), tiefere Einblicke in die Psychiatrielandschaft Niedersachsens gewinnen.

Zum Ende des Jahres 2020 wartete ein weiteres Highlight auf Psychiatrie-Interessierte: Eine von der LSPK organisierte 5-teilige Online-Lesereihe brachte den Zuschauerinnen und Zuschauern das Thema „Psychiatrie“, in einer Mischung aus Lesung und Dialog und durch die ganz individuellen Perspektiven der Autorinnen und Autoren, näher. Die Aufzeichnung der Lesereihe 2020 finden Sie zum Nachschauen auf dem YouTube-Kanal der LSPK. Als Resultat des positiven Feedbacks wird die Lesereihe im Spätherbst 2021 mit weiteren spannenden Autorinnen und Autoren fortgeführt. Interessierte können sich auf Gäste wie den Kinder- und Jugendpsychiater Jakob Hein oder die „Expertin durch Erfahrung“ Thelke Scholz freuen.

Kurz bevor steht zudem die Veröffentlichung einer Projektdatenbank, mit Hilfe derer niedersächsische Projekte aus dem Themenfeld „psychische Erkrankungen“ übersichtlich und gebündelt dargestellt werden. Mit der Datenbank wird

die Transparenz der Angebotsstrukturen in Niedersachsen gefördert und innovative, konzeptionell gesicherte Projekte werden gewürdigt. Die gelisteten Projekte bieten Impulse und Ideen und ermöglichen ein „Voneinander-Lernen“ innerhalb der Psychiatriclandschaft. Eine strukturierte Aufbereitung der Projektdaten unterstützt zudem eine Übertragung der Projekte in weitere Kommunen und ermöglicht eine schnelle Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern.

Fortschritt im Fokus – die Verstetigungsphase der LSPK

Nach einem zweifelsohne intensiven und herausfordernden ersten Jahr befindet sich die LSPK seit Kurzem in der Verstetigungsphase und die Aufgaben entwickeln sich weiter. Im Mittelpunkt steht aktuell die Kontaktaufnahme mit versorgungsrelevanten Institutionen und Verbänden aus dem Bereich der Psychiatriekoordination. Die Bedarfe und Herausforderungen der Akteurinnen und Akteure werden erfragt und systematisch aufbereitet. Durch den gezielten Austausch sollen Hinweise zu versorgungsrelevanten Aspekten der Psychiatrie in Niedersachsen erfasst und das Netzwerk der LSPK kontinuierlich ausgebaut werden. Die Arbeitsschwerpunkte der LSPK sollen hierdurch erweitert, spezifiziert und an den Bedarfen der Akteurinnen und Akteure ausgerichtet werden. Zudem wurde im Auftrag des Psychiatriereferates des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ein Fortschrittsbericht des 2016 in seiner Endfassung vorgelegten Landespsychiatrieplans Niedersachsen (LPPN) erstellt. Dieser wird in Kürze auf der Webseite der LSPK einsehbar sein und soll Auskunft darüber geben, welche Schritte zu den Empfehlungen und Forderungen des LPPN bereits umgesetzt wurden. Dargestellte Themenfelder sind beispielsweise Partizipation, integrative Planung und auch die in diesem Heft thematisierte Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Früherkennung in den Blick nehmen

Eine erste Aufbereitungsphase des Fortschrittsberichts lässt bereits erahnen, dass ein Blick auf diesen Themenbereich von großer Relevanz zu sein scheint. Das Potenzial von Ansätzen, welche frühestmöglich genutzt werden, um schwere und lange Krankheitsverläufe zu verhindern, ist enorm groß. Doch

welche konkreten Empfehlungen gibt der LPPN im Bereich Früherkennung und Prävention bei Erwachsenen?

Die Empfehlungen des LPPN sehen im Bereich der Früherkennung verschiedene Ansätze vor. Zum einen sollen gezielt Maßnahmen entwickelt, umgesetzt, evaluiert sowie regelhaft implementiert werden, die direkt beim Zugang zu versorgungs anbietenden Stellen ansetzen. Zentrales Ziel dieser Maßnahmen soll sein, Wartezeiten für psychiatrische fachärztliche und psychotherapeutische Leistungen zu vermeiden. Weiterhin werden Maßnahmen gefordert, welche eine Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte unter anderem in der Allgemeinmedizin fördern und die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements am Arbeitsplatz gezielt psychische Gesundheitsaspekte berücksichtigen oder diese, zum Beispiel beim Übergang in den Ruhestand, befördern. Auch das Zusammenspiel von psychischen und suchtbefunden Störungen ist dabei verstärkt mitzudenken.

Der LPPN reagiert mit diesen Handlungsempfehlungen auf die Entwicklungen von Krankentagen und Frühverrentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen und setzt mit der Forderung nach benannten Maßnahmen wichtige Eckpfeiler für die Zukunft. Die Stärkung von Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen wird demnach als eines der zukünftigen Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen betrachtet. Die vom LPPN bemessene Zeitspanne zur Umsetzung der Maßnahmen von fünf bis zehn Jahren umfasst noch weitere fünf Jahre, die genutzt werden sollten. Hierfür ist ein Engagement auf Landes- und kommunaler Ebene notwendig.

Die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen befindet sich währenddessen in einem stetigen Weiterentwicklungsprozess. Die pandemiebedingten Herausforderungen haben auch innerhalb der psychiatrischen Versorgung ihre Spuren hinterlassen. So lagen die Prioritäten zuletzt deutlich in der Bewältigung der Pandemie. Für strukturelle Herausforderungen mussten, ebenso wie für den Umgang mit der Verunsicherung und der hohen Anzahl psychisch erkrankter Menschen, Lösungen gefunden werden. Dies ließ wenig Raum für

die Entwicklung und Umsetzung neuer Projekte, gleichwohl wurde durch das große Engagement aller Beteiligten während der Corona-Pandemie ein hohes Maß an Flexibilität und Durchhaltevermögen bewiesen. Nun sollte es darum gehen, aus den Erkenntnissen des letzten Jahres zu lernen.

Die Loccumer-Psychiatrie-Tagung 2021 zum Thema „Psychiatrie unter dem Brennglas der Pandemie“ hat eindrucksvoll gezeigt, dass es einiges aufzuarbeiten gibt, aber auch, dass zukunftsfähige Ansätze aus den letzten Monaten mitgenommen werden müssen. Zentral sind dabei unter anderem die durch großes Engagement aller Beteiligten entstandenen Ansätze der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen. Dennoch bleibt festzuhalten: Das Pandemiegeschehen hat Ressourcen geraubt, die zukünftig wieder umverteilt werden müssen. Nur so können Potenziale ausgeschöpft und die Empfehlungen des LPPN in den kommenden Jahren weiterhin schrittweise umgesetzt werden. Durch den Aufbau der LSPK und die bevorstehende Bedarfserhebung besteht die Möglichkeit, den landkreis- und sektorenübergreifenden Informationsfluss und Austausch weiter auszubauen und an geeigneter Stelle auf neue oder bisher wenig beachtete Arbeitsfelder der psychiatrischen Versorgung Niedersachsens hinzuweisen. Auch die Weiterführung der Netzwerkarbeit innerhalb der Sozialpsychiatrischen Verbände und anderer Arbeitsgruppen wird weiterhin von großer Bedeutung sein.

„Psychiatrie vernetzen – gemeinsam mehr erreichen!“, dieser Grundsatz gilt auch künftig für die Arbeit der LSPK.

Haben Sie ein Anliegen aus dem Bereich der Netzwerkarbeit und Koordination? Möchten Sie Ihr Projekt aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen in unserer Projektdatenbank darstellen oder benötigen Sie unsere Unterstützung, wenn es darum geht, fachbezogene Referentinnen und Referenten für Veranstaltungen aus dem Bereich der Psychiatrie zu finden? Nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf.

Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen

E-Mail: info@psychiatriekoordination-nds.de

Telefon: 0511 3881189223

Weitere Informationen zur Landesstelle Psychiatriekoordination finden Sie unter www.psychiatriekoordination-nds.de.

Kontakt zu den Autorinnen:

Mareile Deppe, Anna Menze, Sandra Surrey, Landesstelle Psychiatriekoordination, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover

„EIGENINITIATIVE JETZT – SELBSTHILFE STÄRKEN“

Prozessbeschreibung und Ergebnis der Recherche vom 16.11. bis 11.12.2020 im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

INKLUSIONSNETZ der Hof Windheim gem. GmbH, Stadthagen

Auftrag:

Das INKLUSIONSNETZ der Hof Windheim gem. GmbH hat sich auf eine Ausschreibung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung beworben.

Themengegenstand war eine bundesweite Recherche zu den Themenbereichen:

- Entwicklung von Selbsthilfe- und Eigeninitiative während des ersten Lockdowns der Corona-Pandemie.
- Hilfen von Dritten durch Nachbarn, Verwandte und Freunde für Menschen mit Krisenerfahrungen während des ersten Lockdowns der Corona-Pandemie.
- Alltag von krisenerfahrenen Menschen – was hat diesen erträglicher gemacht, ohne dass sich das professionelle Hilfesystem damit während des ersten Lockdowns der Corona-Pandemie befasst hat
- Schwächen durch den Lockdown darstellen und Ansatzpunkte für Verbesserungen finden

Eingesetzte Instrumente für die Erhebung der Informationen:

Online-Fragebogen (www.eigeninitiative-jetzt.de), Interviews (Telefon, persönlich), Literatur- und Online-Recherche (durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter INKLUSIONSNETZ und Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner)

Ziel:

Die Ergebnisse der Recherche sollen die Grundlage für ein Handout werden, das den Selbsthilfeorganisationen, aber auch den Kommunen und dem übrigen Hilfesystem zur Verfügung gestellt werden kann, um von guten Beispielen

zu lernen, den Empowerment-Gedanken zu stärken und Fehlentwicklungen für künftige Pandemien zu verringern.

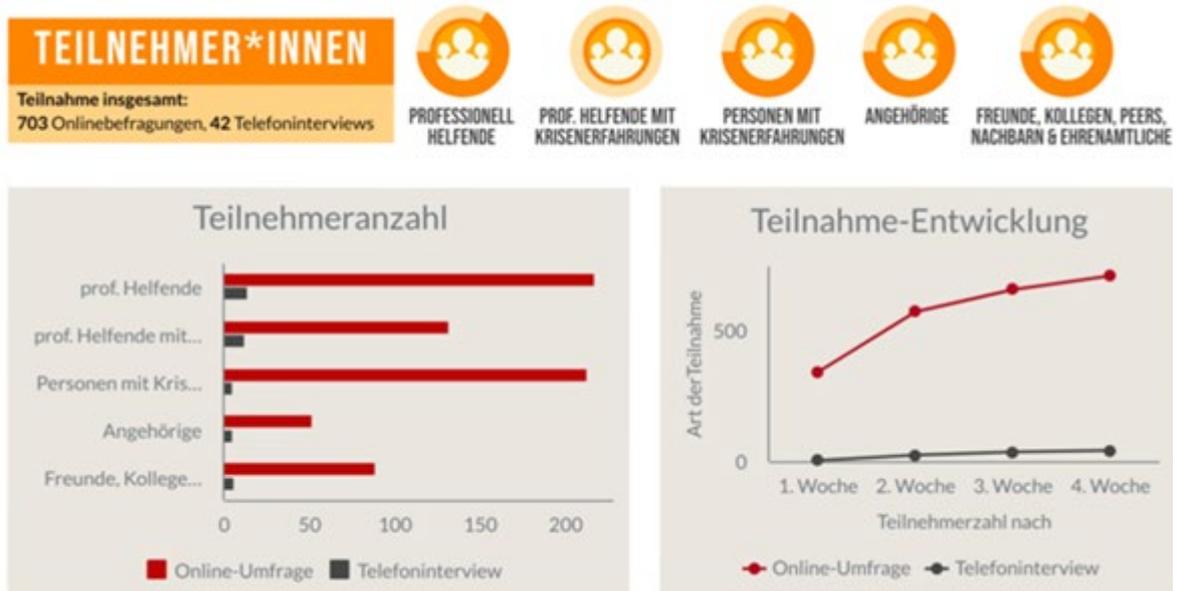
Prozessbeschreibung:

Nach der Projekterteilung des Ministeriums wurde ein Netzwerk mit verschiedenen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern zur Mitwirkung als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aktiviert, fokussiert auf einen „dialogischen“ Blick. Mitgewirkt haben unter anderem folgende Institutionen und Initiativen:

– Der Paritätische Niedersachsen; – GESO gGmbH, Rotenburg; – Tandem e. V., Bremervörde; – LPEN e. V., Ilsede; – GPE, Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen gGmbH, Mainz; – AANB e. V., Hannover; – Ostfriesische Gesellschaft gGmbH, Aurich; – BUBIS e. V. – EUTB Schaumburg, – Selbsthilfegruppe Sonnenschein, Schaumburg; – Selbsthilfegruppe Depressionserfahrener: Hab Mut, Zeig Gesicht e. V. Garbsen; – Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V., Frankfurt.

Überblick über die befragten Zielgruppen:

- Professionell Helfende, davon 217 Onlineumfragen, 14 telefonische Interviews
- Professionell Helfende mit Krisenerfahrungen, davon 132 Onlineumfragen und 12 telefonische Interviews
- Person mit Krisenerfahrungen, davon 213 Onlineumfragen und 5 telefonische Interviews
- Angehörige einer Person mit Krisenerfahrungen, davon 52 Onlineumfragen und 5 telefonische Interviews
- Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen, Peers, Nachbarn, Ehrenamtliche, davon 89 Onlineumfragen und 6 telefonische Interviews



Das heißt 345 an der Umfrage Teilnehmende (49 Prozent) waren Personen mit Krisenerfahrung.

Ergebnis nach

- Woche 1 – Online – kumuliert 339 Onlinebefragungen, 4 telefonische Interviews
- Woche 2 – Online – kumuliert 567 Onlinebefragungen, 24 telefonische Interviews
- Woche 3 – Online – kumuliert 651 Onlinebefragungen, 36 telefonische Interviews
- Woche 4 – Online – kumuliert 703 Onlinebefragungen, 42 telefonische Interviews

Erster Überblick über (neue) Angebote der Selbsthilfe

- Statt Treffen in gewohnten Räumlichkeiten wurden diese teilweise nach draußen verlegt (gemeinsam Spazieren gehen, Treffen unter freiem Himmel unter Berücksichtigung der Hygienevorschriften)
- Kontakte wurden verstärkt auch telefonisch fortgeführt

- Es fand eine Umstellung auf digitale Medien (Zoom-Konferenzen, Messenger wie WhatsApp) statt.
- Kochgruppen und weitere Gruppenaktivitäten konnten via Watchparties stattfinden
- Gruppenkontakte fanden auch zum Teil hybrid, also online, und in echten Treffen statt.
- Es erwies als herausfordernd, neue Räumlichkeiten, welche die Umsetzung eines Hygienekonzepts zulassen, zu finden
- Tanzunterricht und weitere Bewegungsangebote wurden digital umgesetzt
- Geocaching, Steine mit Botschaften, Mutwochen, über die Lieblingsplätze geteilt werden, On- und Offline-Schnitzeljagden
- Nachbarschaft kocht und backt füreinander, Initiativen aus der Nachbarschaftshilfe unterstützen belastete Menschen bei ihrer Versorgung
- Brieffreundschaften entstehen, Mutmachgeschichten werden weitergegeben, Kettenbriefe
- Einkaufshilfen werden für Risikogruppen angeboten

Nach Abschluss der sehr umfangreichen Umfrage ist deutlich geworden: Menschen mit und ohne Krisenerfahrung haben sich engagiert, dies nicht immer sichtbar und häufig auch ganz leise und für sich. Neben diversen, umfangreichen professionellen Angeboten gab es während des ersten Lockdowns und darüber hinaus eine Fülle an Initiativen, die aus dem Nichts entstanden sind.

Besonders häufig wurden Initiativen aufgezeigt, die mittels Kommunikation via Video Gruppentreffen organisieren. Neben eigenständig organisierten Settings im Rahmen von Selbsthilfegruppen, Freundschaftstreffen, Familientreffen konnten auch Dialoge, Watchparties, Kochevents, Sporttreffen, Achtsamkeitsübungen in der Gruppe und weitere Aktivitäten durchgeführt werden.

Interessant ist auch, dass es über den Lockdown hinaus zu einer Weiterführung dieser Angebote im sogenannten hybriden Format kam, welches die Mischform digitaler und vor Ort präsenter Treffen darstellt. Kreative neue Nutzungsmöglichkeiten entstanden außerdem durch die Nutzung digitaler Gruppentools. Der Bereich des Selbstlernens nahm zu; digitale Anwendungen wurden zur individuellen Kompetenzerweiterung hinzugezogen, Online-Spiele ermöglichten zudem Beschäftigung und Aufrechterhaltung von Gruppen-erlebnissen.

Auch konnten die Social-Media dazu beitragen, dass sich Menschen untereinander organisierten. Hilfsangebote wurden durch Facebook-Gruppen und eBay Kleinanzeigen kommuniziert und erfolgreich durchgeführt. Messenger-Dienste wie Telegram, Signal, WhatsApp, Slack und weitere ermöglichten einen einfachen und kurzweiligen Austausch. Auch Sportvideos, Achtsamkeitsmeditationen, das Ausprobieren neuer Apps und die weiterführende Vernetzung durch Onlineangebote waren sehr präsent und wurden stark genutzt.

Aus der Sicht der Krisenerfahrenen ließ sich ableiten, dass es als hilfreich empfunden wurde, dass jemand da ist. Für Krisenerfahrene, die mit der Anwendung digitaler Tools vertraut waren, war der Umgang mit den Herausforderungen des Lockdowns erträglicher.

Sportliche Tätigkeiten, verordnete Therapien, die als Hausbesuche durchgeführt wurden, intensive Gespräche via digitaler Tools, kreative Aktivitäten oder Beschäftigungsspiele wurden geschätzt und intensiv durchgeführt. Außerdem wurde die Durchführung kreativer Tätigkeiten wie zum Beispiel Fotografie und Malerei als Unterstützung benannt. Zudem nutzten einige den Lockdown dazu, ein Instrument mittels Onlineunterricht, Nachbarschaftshilfe oder über Videos zu erlernen.

Identifizierte Schwächen durch den Lockdown

Alle befragten Gruppen hatten sich mehr Aufklärung zu der Pandemie gewünscht. Die Gesundheitssysteme waren zum Teil schlecht erreichbar und selber überfordert, Mitarbeitende sozialer Einrichtungen waren plötzlich nicht

oder nur eingeschränkt erreichbar. Dass echte, sogenannte LIVE-Kontakte, gerade durch die professionellen Settings zum Teil komplett unterbunden wurden, hat zu hoher Unsicherheit und Belastung Krisenerfahrener geführt. Der Wunsch für die Zukunft wäre es, auch in einer erneuten ähnlichen Extremsituation Anlaufstellen bereitzuhalten, die weiterhin LIVE-Kontakte ermöglichen.

Ein großes Defizit war außerdem für die Gruppe derer gegeben, die nicht über die nötige Technik verfügten, um digital teilzuhaben, außerdem erfuhren diejenigen ein Defizit, die sich mit der Anwendung digitaler Technik nicht auskannten. Hier wurde der Wunsch nach mehr Unterstützung und Wege der Fortbildung zur Hinführung digitaler Kompetenz deutlich.

Außerdem waren die Personen benachteiligt, die über keine digitale Infrastruktur zum Beispiel durch eine stabile Internetverbindung verfügten. Weiterführend wurde angemerkt, dass ein Smartphone oder ein vergleichbares Endgerät als Sozialleistung mit aufgenommen werden sollte.

Belastend war außerdem, dass Leistungen zur Eingliederungshilfe zum Teil unterbrochen worden sind. Der Wunsch, dass Angebote wie zum Beispiel niederschwellige Arbeitsmöglichkeiten zwingend aufrechterhalten werden sollten, wurde deutlich. Auch in den Zeiten des Lockdowns wurde auf einen Hilfe-Förderplan aufmerksam gemacht. Die Idee an der Stelle war, dass Pläne Pandemie-konform weiterentwickelt werden und es nicht zu langen Wartezeiten für die persönliche Entwicklung kommt. Servicestellen für Initiativen und Selbsthilfegruppen sollten hierbei unterstützen.

Die Umfrageergebnisse haben gezeigt, dass ein zusätzlich pandemiebedingter Beziehungsabbruch nicht nur bei den Krisenerfahrenen zu einer persönlichen Unsicherheit geführt hat, auch Angehörige und professionell Helfende waren zu Beginn der Pandemie nicht nur aus der persönlichen Betroffenheit mit dem Lockdown beschäftigt, auch die regelmäßig sich verändernden Vorgaben des Gesundheitssystems forderten das Schaffen neuer kreativer Angebote im Versorgungssystem.

Es fehlte auch die Kommunikation aller relevanten Anbieter in der Region in der Abstimmung auf gemeinsame Werte als ein Minimalstandard für die Ausgestaltung der regionalen Behandlungs- und Unterstützungslandschaft unter Hinzunahme des dialogischen Ansatzes.

Zuletzt sei im Rahmen der Selbstkritik noch darauf hingewiesen, dass wir mit dieser Umfrage auch nur die erreichen konnten, die einen digitalen Zugang hatten. Die, die davon ausgeschlossen waren oder diesen nicht haben wollten, konnten wir nicht erreichen. Es ist davon auszugehen, dass die vorliegenden Ergebnisse deshalb eine verdeckte Menge an Personen mit Behinderung nicht einbeziehen konnten.

Ein besonderer Dank geht an alle Mitwirkenden an diesem Projekt.

Weitere Ergebnisse können unter [www. Eigeninitiative-jetzt.de](http://www.Eigeninitiative-jetzt.de) abgerufen werden.

Stadthagen im Mai 2021

Kontakt:

Hof Windheim gem. GmbH

Geschäftsführung: Andreas Landmann

Betriebsleitung: Sunita Schwarz

Querstraße 12 a, 31655 Stadthagen, www.inklusionsnetz.de

Rückblick und Ausblick

Ina Vogelpohl, Leiterin des Propellers von 1989 bis 2021

Wenn ich zurückblicke auf den Beginn meiner sozialpsychiatrischen Arbeit, fallen mir zunächst Bilder zur „Blauen Karawane“ ein. Ein Gefühl von Aufbruchsstimmung macht sich breit. Die Auflösung der psychiatrischen Anstalten war das Thema. Anfang der 80er Jahre zog die blaue Karawane mit einem riesigen Kamel von Triest in Italien quer durch Deutschland, um sich für die Auflösung der psychiatrischen Anstalten stark zu machen.

In Deutschland wurde bereits 1975 die Psychiatrie-Enquête veröffentlicht. Eine Experten-Kommission fasste die katastrophalen Zustände in den psychiatrischen Anstalten in einem Bericht zusammen und legte Leitlinien zur Reform der Psychiatrie vor. Menschenwürdige Verhältnisse in den Kliniken, die Einbeziehung der sozialen Arbeit in die Versorgung psychisch Erkrankter, der Ausbau der ambulanten Versorgung im Sinne eines patientenzentrierten Ansatzes und die Gleichstellung psychisch Erkrankter mit körperlich Kranken waren Ziele der angestrebten Erneuerungen, doch es hat noch Jahre gedauert, bis entscheidende Veränderungen erfolgten.

Die Auflösung der psychiatrischen Langzeitklinik Kloster Blankenburg, die zum Land Bremen gehörte, war eine der ersten gravierenden Veränderung. Ab 1981 verfolgte Bremen den zukunftsweisenden Ansatz, psychisch erkrankten Menschen die Chance auf Verselbstständigung zu geben, indem Wohngemeinschaften gegründet und stadtteilbezogene Versorgungsnetze aufgebaut wurden. Anbieter wie „Blaumeier“ begannen mit künstlerischen Angeboten im Bereich Kontakt, Kunst und Kultur.

In diese Zeit des Aufbruchs fällt auch die Gründung des VpG (Oldenburger Verein zur Förderung der psychischen Gesundheit e. V.). Profis und Laien haben sich 1982 zusammengefunden, um Angebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung außerhalb von Kliniken zu schaffen. Erste Treffen in Form einer „Teestube“ fanden statt und gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Oldenburg

sowie Angehörigen von psychisch Erkrankten wurde der Propeller als ein Ort für Kontakte, Selbsthilfe und Mitbestimmung geschaffen.

Viele waren in dieser Zeit von der Aufbruchstimmung inspiriert. Auch die psychisch Erkrankten selbst; eine menschenwürdige Behandlung schien möglich. In den psychiatrischen Kliniken wurden neue Behandlungskonzepte entwickelt. Wie aber konnte es im ambulanten Bereich weitergehen? Wie sollte man es angehen und wie sollten die neuen Ideen finanziert werden? Für den Propeller fand der Verein VpG Unterstützung beim Rat der Stadt Oldenburg. Dieser sichert bis heute durch einen jährlichen finanziellen Zuschuss den Fortbestand des Propellers als Ort der Begegnungen und der Aktivitäten für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Angehörige.

1987/1988 hat eine zweite Expertenkommission den Schwerpunkt ihrer Ziele auf die Verbesserung der Alltagssituation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung gelegt. Die Themen Wohnen, Arbeit, Freizeit, Teilhabe und Bildung standen im Fokus der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen. Das Land Niedersachsen schuf finanzielle Anreize für die Gründung von betreuten Wohngemeinschaften und die Kommunen wurden motiviert, sich finanziell an dem Ausbau der Versorgung zu beteiligen.

Der Verein VpG setzte sich für die Schaffung einer Personalstelle ein und so konnte zusätzlich zu bereits bestehenden Einzelbetreuungen die Gründung von Wohngemeinschaften erfolgen. Hier war mein beruflicher Einstieg beim Propeller und beim Verein VpG. Zuvor hatte ich in einer anderen Stadt sozial-psychiatrisch gearbeitet.

Ehrenamtliche, Angehörige, Profis und Betroffene brachten ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihre Wünsche in die Entwicklung von Strukturen und Angebote für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige ein. Der Propeller erweiterte seine Angebote und wurde darin durch einen Beirat unterstützt. Die Nachfrage nach Möglichkeiten der Begegnung psychisch erkrankter Menschen wurde immer größer. Cafézeiten, Jahreszeitenfeste, Fotogruppe und Gartengruppe gehörten fortan zum Angebot des Propellers. Immer auch

unter dem Blickwinkel der Stärkung der Selbsthilfe und Kompetenzerweiterung.

In dieser Zeit stieg auch die Nachfrage nach betreuten Wohngemeinschaften. Bei der Suche nach geeignetem Wohnraum wurde der Verein VpG durch den Förderverein des Landeskrankenhauses Wehnen und durch die GSG als Wohnungsbaugesellschaft unterstützt. Familien von psychisch Erkrankten wurden durch den Auszug ihrer erkrankten Angehörigen entlastet. Doch war das Leben in Wohngemeinschaften nicht immer für jeden einfach. Manche waren zum ersten Mal von zu Hause ausgezogen und mussten nun für die Organisation eines Haushalts selbst sorgen. Ebenso stellte das Zusammenwohnen und -leben mit fremden Menschen große Anforderungen an den Einzelnen. Mangels Geldes und mangels weiterer Unterstützungsdienste wurden auch mal gemeinsam Wände gestrichen, Möbel transportiert und aufgebaut. Es gehörte zur sozialen Arbeit dazu und man war inspiriert vom Aufbruchsgedanken der Psychiatrie. Vieles schien machbar, um psychisch Erkrankten ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Besonders beeindruckt hat mich in dieser Zeit die mit der Einführung des SGB V verbundene Auflösung von Langzeitstationen im Landeskrankenhaus Wehnen, heute Karl-Jaspers Klinik. Menschen, die über dreißig Jahre in der Psychiatrie gelebt hatten, mussten aufgrund neuer Vorgaben eine andere Form des Wohnens finden. Viele sind auf gesonderte Stationen in Pflegeheime gekommen. Andere aber waren gesund genug, um entweder direkt oder über den Umweg eines Wohnheims in eine Wohnung zu ziehen. Mit Hilfe ambulanter Betreuung konnten nun auch chronifizierte Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten ein eigenständiges Leben führen. Es war sehr beeindruckend, dies miterleben zu dürfen.

In den Folgejahren wurden die Strukturen der Versorgung immer weiter ausgebaut. Die Themen Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur rückten noch stärker in den Blickpunkt. Die Differenzierung im Bereich Arbeit und Beschäftigung lässt sich gut anhand der Chronik der zentegra gGmbH nachvollziehen, die in der Sonderausgabe des „Journal z, 25 Jahre Werkstatt“ zu lesen ist.

Das „Journal z“ ist eine Zeitung von Teilnehmenden für Teilnehmende und Interessierte, die bei der zentegra in der Pfauenstraße 4, kostenlos erhältlich ist.

Über die Finanzierung von Leistungen und die Zuordnung zu Leistungsträgern wurde heftig debattiert und das Versorgungssystem wurde zunehmend differenzierter. Die Öffnung des „Marktes“ forderte immer mehr die „mündigen“ psychisch Erkrankten, in dem ihnen das Wunsch- und Wahlrecht von Leistungen zugestanden wurde.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung wurden nun in der Gesellschaft stärker wahrgenommen. Die Verabschiedung der UN Behindertenrechtskonvention (26. März 2009 in Deutschland) führte zu einer Stärkung der Rechte psychisch erkrankter Menschen. Barrieren in allen Lebensbereichen sollen abgebaut und selbstbestimmtes Leben gefördert werden. Inklusion wird zum formulierten Ziel und die Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderung wird zum Maßstab für weitere Entwicklungen.

Der Blickwinkel verändert sich. Nicht die Behinderung und die/der Behinderte selbst stehen im Fokus bei der Organisation von Hilfen, sondern die Rahmenbedingungen für die jeweilige Lebenssituation. Was hindert den Menschen mit Behinderung an der Umsetzung ihrer/seiner Ziele und wie können die Rahmenbedingungen verändert werden, um förderlich zu sein.

Zum Einsatz für mehr Patientinnen- und Patientenrechte wurde die UBS (Unabhängige Beschwerdestelle) gegründet. Betroffene, Angehörige, Profis und Interessierte setzen sich für eine bessere und gerechtere Behandlung psychisch Erkrankter ein. Auch engagierte Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Propellers beteiligten sich an diesem Prozess.

Der Propeller war und ist ein Ort mit verlässlicher Erreichbarkeit. Besucherinnen und Besucher können offen mit der eigenen Erkrankung umgehen, können gemeinsam Spaß haben und an Aktionen und Aktivitäten teilnehmen. Auch kommen hier Menschen zusammen, die sich für mehr öffentliche Prä-

sens von psychischer Erkrankung einsetzen. Teilnehmende der Ex-In Ausbildung absolvieren ihr Praktikum im Propeller oder sind als Mitarbeitende tätig und schärfen als qualifizierte Betroffene den Blick für die subjektive Situation von erkrankten Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Eine Angehörigengruppe gemeinsam mit der KJK bietet Unterstützung für Interessierte und Angehörige an.

Die Mitwirkung im Inklusionsprozess der Stadt Oldenburg („Oldenburg will Inklusion“) und das Angebot einer Veranstaltung bei der jährlichen Inklusionswoche wurden zum festen Bestandteil der Propellerarbeit. Ebenso die vernetzte Arbeit und die Zusammenarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund. Betroffene selbst haben sich die Öffentlichkeits- und Anti-Stigma-Arbeit zu Eigen gemacht, ‚sie verstecken sich nicht mehr‘. Selbstbewusst klären sie über die Situation von psychisch Erkrankten auf und setzen sich für die Verbesserung ihrer Lebenssituationen ein.

Ein Netz von Hilfen ist entstanden und es wird mehr und mehr über psychische Erkrankungen gesprochen. Dennoch gibt es weiterhin Handlungsbedarf. Das Alter der zu versorgenden Ersterkrankten wird jünger und der Bedarf an Hilfen setzt früher im Lebenslauf an. Aus diesem Grund hat sich der Propeller/die zentegra gGmbH vor ein paar Jahren entschieden, beim Projekt „Verrückt? Na und!“ mitzuarbeiten. Psychisch Erkrankte besuchen als persönliche Expertin/persönlicher Experte gemeinsam mit einer fachlichen Mitarbeiterin/einem fachlichen Mitarbeiter Schulklassen und sensibilisieren in Form von Infos und Gruppenangeboten für das Thema Krisen und psychische Erkrankungen. Besonders aufmerksam werden die Schülerinnen und Schüler immer dann, wenn die persönlichen Expertinnen und Experten über die eigene Lebensgeschichte sprechen und Fragen gestellt werden können. Das Projekt macht den Schülerinnen und Schülern Mut, sich Hilfe bei einer eigenen Erkrankung oder bei der eines Angehörigen zu holen.

Ein offener Umgang mit einer Erkrankung ist ein wichtiges Anliegen von allen Mitwirkenden des Propellers. Psychische Erkrankungen bringen Unsicherheit und Hilflosigkeit mit sich und bedeuten für Menschen in Krisen oft auch viel

Leid. Hiermit nicht alleine zu sein, ist schon die erste wichtige Erfahrung für die Betroffenen selbst und für ihre Angehörigen. Eine psychische Erkrankung ist so unterschiedlich wie wir Menschen es sind. Der Krankheitsverlauf ist ein Prozess, der eine Offenheit von allen verlangt. Der „Trialog“, bei dem Betroffene, Angehörige, Profis und Interessierte sich gemeinsam austauschen, leistet einen wichtigen Beitrag zum gegenseitigen Verständnis.

Erwähnt werden muss auf jeden Fall noch die wichtige Unterstützung durch die vielen ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ohne sie wären viele Dinge im Propeller nicht leistbar und die Angebote wären nicht so vielfältig.

An dieser Stelle möchte ich auf den Beginn meines Beitrages und auf die Aufbruchstimmung zurückkommen. Das Engagement für die Wahrung der Menschenwürde im Sinne von Respekt, Wertschätzung, Anteilnahme, anders sein dürfen und die Akzeptanz von unterschiedlichen Lebensentwürfen, sollte weiterhin Ziel unser aller Miteinander sein. Der Propeller kann auf seine Weise weiterhin ein wichtiger Baustein in dieser Entwicklung sein, wenn die Förderung dieses besonderen Ortes gewährleistet ist. Der Rat der Stadt Oldenburg und der Verein VpG sind die entscheidenden finanziellen Unterstützer.

Mein Nachfolger Jonas Rühl wird sich für die ‚Idee‘ des Propellers einsetzen und auch neue Akzente setzen. So werden neben den bewährten Angeboten auch Treffpunkte für jüngere Menschen stattfinden. Die Stärkung der Selbstkompetenz, die Förderung der Teilhabe und Öffentlichkeitsarbeit bleiben wichtige Ziele des Propellers.

Für die Zukunft wünsche ich mir, dass auch in Oldenburg „Ersthelferkurse für psychische Gesundheit“ angeboten werden. Eine Idee, die aus Australien und Amerika kommt und seit einiger Zeit auch in Deutschland (Mannheim) umgesetzt wird. Grundwissen über psychische Störungen und Krisen sowie die Erkennung von Krankheitsanzeichen und die Möglichkeit der Unterstützung werden dabei vermittelt. Auch eine noch stärkere Öffentlichkeitsarbeit durch Erfahrene selbst sowie Angebote für Begegnungen mit verschiedensten

Berufsgruppen erscheinen mir als hilfreich, um im persönlichen Kontakt die Sicht und die Erfahrungen psychisch erkrankter Menschen kennenzulernen.

Die vielen Begegnungen mit Menschen haben mein Berufsleben bereichert und ich freue mich, dass ich als Vorsitzende des VpG weiterhin die Entwicklung der Sozialpsychiatrie unterstützen und begleiten kann.

Kontakt zur Autorin:
Ina Vogelpohl, VPG, Auguststraße 90, 26121 Oldenburg

Der Pflegebericht 2020 der Stadt Oldenburg

Thomas Betten, Amt für Teilhabe und Soziales, Strategische Sozialplanung

Der Pflegebericht 2020⁶ wurde in Abstimmung mit dem Land Niedersachsen erarbeitet und im März 2021 veröffentlicht. Damit steht ein weiteres Instrument zur Bewertung der sozialen Lage in der Stadt Oldenburg zur Verfügung.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung stellt angesichts des demografischen Wandels und knapper Personalressourcen eine komplexe gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Damit sie bewältigt werden kann, bedarf es auch kleinräumiger Lösungsstrategien. Ein wesentlicher Baustein hierbei ist der Aufbau und die Verstärkung einer kommunalen Pflegeberichterstattung. Sie schafft eine solide Planungsgrundlage zur pflegerischen Versorgung vor Ort.

Das Land Niedersachsen unterstützt die Kommunen hierbei und möchte die Pflegeberichte landesweit stärker vereinheitlichen, damit hieraus auch Schlüsse für die Erstellung des Landespflegeberichts und die Pflegepolitik auf Landesebene gezogen und integrierte Handlungsstrategien entwickelt werden können. Hierzu wurde das Projekt *Komm.Care* ins Leben gerufen, das durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) umgesetzt und durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gefördert wird.

Der Pflegebericht 2020 der Stadt Oldenburg stellt die lokale Entwicklung in der Pflege für die Jahre 2011 bis 2017 und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung bis 2030 dar. Der dargestellte Zeitraum orientiert sich wie die thematische Gliederung des Berichtes an den Empfehlungen von *Komm.Care*. Die Struktur des Berichtes (Definition, Entwicklung, Bewertung und Zusammenfassung, Handlungsempfehlungen) entspricht dem Aufbau des Sozialberichtes 2019 der Stadt Oldenburg⁷.

⁶ Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister, Strategische Sozialplanung: Demografie – Inklusion – Soziales, Stand: März 2021; www.oldenburg.de/demografie-pflegebericht

⁷ Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister, Strategische Sozialplanung: Demografie – Inklusion – Soziales, Stand: 2. Auflage, Mai 2020; www.oldenburg.de/demografie-sozialbericht

Bestimmt wird das Thema Pflege durch zunehmend mehr Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, das Thema Demenz oder die Situation jüngerer Pflegebedürftiger in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Auf der anderen Seite stehen die sich zuspitzende Fachkräftesituation in der Pflege und der sehr hohe Anteil familiärer, fast ausschließlich von Frauen geleisteter Pflege.

Wie seit dem ersten Sozialbericht der Stadt Oldenburg üblich, enthält auch der aktuelle Pflegebericht zahlreiche Handlungsempfehlungen. Hierzu gehören zum Beispiel die Umsetzung der Vorgabe „ambulant vor stationär“, die Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger, die Notwendigkeit der Stärkung der Quartiere und der nachbarschaftlichen Solidarität oder eine Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Ein besonderes Augenmerk legt der Bericht darauf, dass pflegebedürftige Menschen durch vielfältige und flexible Angebote und Hilfen ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Der Bericht fokussiert sich auf die älteren und sehr alten Menschen, wenngleich auch deutlich jüngere und von Behinderung betroffene Menschen zum Kreis der Pflegebedürftigen gehören, allerdings nur zu einem geringen Anteil.

Der überwiegend versorgungsbedürftige Personenkreis ist der der älteren (über 65 Jahre) und insbesondere der sehr alten Menschen (über 80 Jahre). Gerade der letztgenannten Gruppe kommt eine besondere Bedeutung zu. Menschen über 80 Jahre benötigen im Allgemeinen eine signifikant höhere Unterstützung als die „jungen Alten“, die relativ fit sind. Alter wird undifferenziert meist noch mit körperlichem und geistigem Abbau und erhöhten Belastungen gleichgesetzt. Den meisten Menschen ist nicht bewusst, dass beispielsweise die heute 70-Jährigen biologisch-medizinisch so fit sind wie die 60-Jährigen vor einer Generation. So liegt auch das „gefühlte Alter“ im Durchschnitt rund zehn Jahre unterhalb des biologischen Alters. Dieser Kontrast zwischen gesellschaftlichem und individuellem Altersbild führt zu Missverständnissen und Fehleinschätzungen. Das vorherrschende Altersbild ist leider immer noch defizitorientiert. Altersbilder befinden sich zwar bereits im

Umbruch, aber das gesellschaftliche Bild vom Alter hinkt den biologischen Entwicklungen hinterher.

Da auch psychische Erkrankungen zu einer Pflegebedürftigkeit führen können, werden auf den Seiten 76 bis 79 des Pflegeberichtes der Sozialpsychiatrische Dienst und der Psychosoziale Krisendienst des Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg vorgestellt.

Im Folgenden die zentralen Ergebnisse des Pflegeberichtes, zusammengefasst in 11 Punkten.

1. Zunahme der älteren Bevölkerung in der Stadt Oldenburg

Die Zahl der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren hat in den letzten Jahren zugenommen. Ende 2017 waren 18,8 Prozent (31.664 Menschen) der Oldenburger Stadtbevölkerung älter als 65 Jahre, davon waren 27,7 Prozent (8.784 Menschen) älter als 80 Jahre. Dieser Anteil der Menschen im Alter ab 80 Jahren lag 2011 noch bei 26,5 Prozent (7.639 Menschen).

Die Bevölkerungsvorausberechnung des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (LSN) prognostiziert für die Stadt Oldenburg einen weiteren Anstieg der Altersgruppe ab 65 Jahren. Ihr Anteil im Jahr 2017 von 18,8 Prozent oder 31.664 Menschen soll bis 2030 auf 24,2 Prozent oder 40.837 Menschen steigen.

2. 6.804 Pflegebedürftige. Davon werden fast drei Viertel zu Hause gepflegt.

2017 waren 6.804 Menschen in der Stadt Oldenburg pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).

Frauen bilden mit 63 Prozent die Mehrheit der Pflegebedürftigen.

85 Prozent der Pflegebedürftigen waren 60 Jahre und älter; 46 Prozent waren 80 Jahre und älter.

73 Prozent der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 46 Prozent erhielten ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Bei 28 Prozent erfolgte die Pflege zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste.

27 Prozent der Pflegebedürftigen wurden in Pflegeheimen betreut.

Die meisten Pflegebedürftigen (44,1 Prozent) waren in Pflegegrad 2 und fast ein Drittel (32 Prozent) in Pflegegrad 3 eingestuft. 16,2 Prozent zählten zum Pflegegrad 4 und 6,9 Prozent zum Pflegegrad 5.

3. 23 Prozent mehr Pflegedürftige als 2015.

Im Vergleich zu 2015 ist die Zahl der Pflegebedürftigen mit einem Plus von 23 Prozent deutlich angestiegen. Die starke Zunahme ist zum großen Teil auf die Einführung des neuen, im Pflegestärkungsgesetz weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 1. Januar 2017 zurückzuführen.

Die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste ist gestiegen: im Vergleich zu 2015 um 18 Prozent. Die Anzahl der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen ist mit 3,8 Prozent nur geringfügig gestiegen. Die Zahl der allein durch Angehörige Versorgten ist mit einem Plus von 42 Prozent sprunghaft angestiegen.

4. 2.855 Beschäftigte in der Pflege: Die Mehrheit war teilzeitbeschäftigt und weiblich.

2017 arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 1.426 Personen. Davon waren 73 Prozent teilzeitbeschäftigt. Von den insgesamt 1.429 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Pflege waren 69 Prozent teilzeitbeschäftigt.

In beiden Bereichen ist der Fachkräftemangel bereits Realität.

5. Pflegequote liegt bei 4,1 Prozent

4,1 Prozent der Gesamtbevölkerung in Oldenburg waren 2017 pflegebedürftig. Dies entsprach auch genau der Quote für Deutschland. Der Wert für Niedersachsen lag mit 5,1 Prozent deutlich höher.

6. 23 Pflegeheime und 32 Pflegedienste versorgen die Pflegebedürftigen in Oldenburg

Die 23 Pflegeheime versorgten 2017 insgesamt 1.807 Menschen, die 32 Pflegedienste versorgten zusammen 1.876 Menschen. Beinahe die Hälfte aller Pflegebedürftigen wurde ausschließlich familiär versorgt. Weitere 27 Prozent

wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut. Der größte Pflegedienst bleibt somit die Familie.

7. Zunahme bei den jungen Pflegebedürftigen

Von der großen Gruppe der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger sind 2017 insgesamt 531 Personen (15,5 Prozent) zwischen 20 und 60 Jahre alt. Gegenüber 2011 (310 Personen) ist das ein Zuwachs von 71 Prozent. 293 Personen (9 Prozent) sind unter 20 Jahre alt. Hier betrug der Zuwachs gegenüber 2011 (181 Personen) 62 Prozent. In den Pflegeheimen lebten 2017 insgesamt 100 Menschen, die unter 60 Jahre alt sind. Ihr Anteil ist gegenüber 2011 um 25 Prozent gestiegen.

8. Der Pflegebedarf bei Menschen mit Migrationshintergrund ist weitgehend unbekannt.

Die Zahl an Menschen mit Migrationshintergrund und die Zahl der ausländischen Menschen spiegelt die Vielfalt der Stadt Oldenburg wider. Über 23 Prozent, immerhin beinahe ein Viertel der Oldenburger Stadtbevölkerung, hatte 2017 einen Migrationshintergrund. Der Anteil ausländischer Bürgerinnen und Bürger lag zur gleichen Zeit bei 9,5 Prozent. Dennoch liegen hinsichtlich ihres Pflegebedarfs keine konkreten Daten vor.

9. Pflege ist weiblich.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung in der Pflegebedürftigkeit wird deutlich, dass die Frauen den jeweils größten Anteil der Pflegebedürftigen darstellen. 63 Prozent aller Pflegebedürftigen sind weiblich. In der Altersgruppe 80+ beträgt der Anteil der pflegebedürftigen Frauen sogar 68 Prozent.

Sind im Bereich der Pflegebedürftigen die Frauen bereits überrepräsentiert, so verstärkt sich dieses Bild bei den professionell Beschäftigten in der Pflege noch einmal mehr. Im Jahr 2017 waren von den Beschäftigten in der stationären Pflege 81 Prozent weiblich und in der ambulanten Pflege sogar 85 Prozent.

10. Neue Instrumente der Oldenburger Altenhilfe und Pflege.

Seit 2017 vernetzt das „Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg“ Pflegebedürftige und in der Pflege tätige Personen und Einrichtungen in Oldenburg miteinander. Hier werden pflegerelevante Fragestellungen beraten und Beschlussempfehlungen formuliert.

Ein weiteres Instrument zur Beförderung von Themen der Altenhilfe und Pflege ist seit 2019 das Koordinierungsgremium „Bedarfe Altenhilfe- und Pflegelandschaft“ im Amt für Teilhabe und Soziales. Es fungiert als sozialplanerisches Instrument zur Aufnahme und Sammlung pflegerelevanter Themen und prüft identifizierte Bedarfe, priorisiert diese und involviert entsprechende Adressaten. Die Bedarfe werden bis zur Umsetzung begleitet.

11. Menschen zwischen 18 und 60 Jahren sind in konventionellen Pflegeheimen unterfordert und deplatziert.

Da es kaum spezielle Wohneinrichtungen für pflegebedürftige Menschen zwischen 18 und 60 Jahren gibt, werden diese in herkömmlichen Pflegeheimen für Ältere und Hochbetagte untergebracht. Viele jüngere Pflegebedürftige fühlen sich in konventionellen Pflegeheimen verständlicherweise fehlplatziert.

Etwa 100 jüngere Menschen leben in Oldenburg in konventionellen Pflegeheimen.

Der Pflegebericht sowie der Stand der Umsetzung der Handlungsempfehlungen stehen als Download auf der Homepage der Stadt Oldenburg zur Verfügung: www.oldenburg.de/demografie-pflegebericht

Kontakt zum Autor:

Thomas Betten, Amt für Teilhabe und Soziales, Strategische Sozialplanung,
Pferdemarkt 14, 26121 Oldenburg

Der regionale Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention RABS – Gremium zum Austausch über die Suchtprävention im Betrieb

Kai Kupka, Referent für Suchtfragen, Diakonisches Werk Oldenburg

1978 wurde Argentinien Fußball-Weltmeister. Die Mannschaft gewann mehr oder weniger überraschend gegen spielerisch überlegene Holländer mit 3:1. Obwohl zu dieser Zeit in Argentinien eine Militärdiktatur herrschte und das Turnier nie hätte stattfinden dürfen, sei ein Rückblick besonderer Art erlaubt:

In einer Fabrik im Sauerland gab es eine Tipprunde für das Finale. Der Schüler im Ferienjob, der als einziger das richtige Ergebnis getippt hatte, gewann über 100 D-Mark. Es war selbstverständlich, dass für die Kolleginnen und Kollegen in der Galvanik am nächsten Tag eine Flasche Weinbrand fällig war, „aber nicht der billige Fusel“. Der Weinbrand war kurz nach Beginn der Schicht getrunken. Da war es gerade einmal 10 Uhr.

In der Härterei einer anderen Fabrik (Zulieferer für Opel in Bochum) wussten alle, dass der Meister gerne trank. Schließlich hatte er immer eine Fahne.

Der Kollege am Entgrater trank jeden Tag drei halbe Liter Bier. Jeden Tag. Die Flaschen standen dabei gut sichtbar neben ihm auf einem Tischchen.

„Stangen-Ede“ kam jeden Morgen mit rotgeäderten Augen zur Arbeit. Seine Flasche Cola war immer zur Hälfte mit Asbach gefüllt. Als er gar nicht mehr kam, hatte er wohl einen ‚Zusammenbruch‘ gehabt, na ja, hatte abends ja auch immer noch lange am Eigenheim gebaut.

G'schichten aus den 70ern. Heute, glücklicherweise, fast unvorstellbar. Trinken während der Arbeitszeit ist in den meisten Betrieben verboten. Das Wissen über Alkohol, Drogen und suchartiges Verhalten wie Glücksspiel – nennen wir es ‚Schutzwissen‘ – sowie die Aufmerksamkeit und Fürsorge für Beschäftigte, die möglicherweise Probleme entwickeln, sind stark gestiegen. Eine Entwicklung, die sich wohl auf die Formel **Suchtprävention im Betrieb** bringen lässt. Davon profitieren alle: Betroffene, Kolleginnen und Kollegen, Führungskräfte, Betriebsrat und der Betrieb selbst. Übrigens auch Angehörige.

Tatsächlich gilt: je früher eine betriebliche Intervention greift, desto besser die Aussicht auf Erfolg.

Schutzwissen verbreitet sich auf viele Arten. Eine besonders wirksame Art existiert im Oldenburger Land bereits seit über 30 Jahren. Den **Regionalen Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention RABS** gründete Günter Schumann, um Menschen aus Betrieben zusammen zu bringen, die mit Sucht am Arbeitsplatz zu tun haben, die mehr erfahren wollen und die bereit sind, etwas von ihren Erfahrungen weiterzugeben. Schumann, selber in der psychosozialen Beratung tätig, hat sich dann mehr und mehr der betrieblichen Suchtprävention gewidmet, als Trainer und als Autor sein Wissen verbreitet. Er kam auf die Diakonie zu, als ihm die Leitung des RABS zu viel wurde, und so übernahmen Herbert Wulf, seinerzeit Leiter der Diakonie-Suchtberatungsstelle, und das Diakonische Werk (DW) diese Aufgabe. Wulf als Moderator und das DW in der Organisation. Über René Grotzack gelangte die Moderation aktuell zu Maria Rüschenhof, Präventionsfachkraft der Diakonie in Wildeshausen.

Dem Erfahrungsaustausch kommt eine wichtige Rolle zu. Dazu gab und gibt es Inputs und Vorträge von Fachleuten, wie beispielsweise vom Direktor des Arbeitsgerichtes zu suchtbefugten Besonderheiten im Arbeitsrecht. Unterschiedliche Suchtmittel, Pathologisches Glücksspiel, Nichtraucherschutzgesetz, Gesprächstechniken, Aufbau von Dienstvereinbarungen, Rolle und Haltungen der Suchthilfe im Betrieb, das System der Suchthilfe und viele andere Themen wurden im Laufe der Jahre erörtert.

Suchtprävention im Betrieb

Was ist das überhaupt? Warum wird das gemacht? Wie wird es gemacht? Ist Suchtprävention im Betrieb erfolgreich?

Zur letzten Frage. Ja! Prävention wirkt. Das ist schon an der Veränderung (Verbesserung!) suchtbefugten Verhaltens in Betrieben abzulesen.

Warum wird Suchtprävention im Betrieb gemacht?

Nach einer Berechnung des Stanford Research Institute⁸ haben etwa 5 Prozent aller Mitarbeitenden ein Problem im Umgang mit Alkohol. So entsteht einem Betrieb mittlerer Größe mit etwa 800 Mitarbeitenden ein Verlust von geschätzten 350.000,00 € pro Jahr an Gehaltszahlungen ohne Gegenleistung wegen Alkohol bezogener Minderleistung.

Nach § 618 BGB⁹ hat ein Unternehmen eine Fürsorgepflicht gegenüber seinen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern. Im Umkehrschluss sind Beschäftigte gesetzlich verpflichtet, sich nicht in Gefahr zu bringen. Das ergibt sich aus den Regelungen des SGB VII und den daraus folgenden Unfallverhütungsvorschriften für die unterschiedlichen Branchen. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV (Pflichtmitgliedschaft für Unternehmen!) wird präzise: „Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.“¹⁰ Umsichtige Betriebe ergänzen solche Vorgaben um das Verbot von Gefährdungen durch suchtbefugenes Verhalten.

Sucht kommt selten allein. Sie bezieht das Kollegium und Führungskräfte ein und stellt sie vor arge Schwierigkeiten. Wenn sie nicht informiert und geschult sind, wenn ihnen kein Instrument zur Verfügung steht, um das Problem, das mit der Zeit zunimmt, zu lösen, bedeutet das oft jahrelange Konflikte. Belastend und teuer.

Wie wird Suchtprävention im Betrieb gemacht?

Erfolgreiche Suchtprävention im Betrieb bespielt vier Handlungsfelder:

- Regeln
- Informationen
- Schulungen

⁸ DHS, "Factsheet Alkohol am Arbeitsplatz", Hamm, Stand: November 2019.

⁹ § 618 (1) BGB, Pflicht zu Schutzmaßnahmen; "Der Dienstberechtigte hat ... Dienstleistungen... so zu regeln, dass der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet."

¹⁰ § 15 (2) DGUV, Grundsätze der Prävention.

- Interventionen.

Dies wird im Folgenden erläutert.

Regeln

Ein Spiel ohne Regeln endet meist im Chaos. Was für Spiele gilt, muss umso mehr für den Umgang mit Suchtproblemen gelten. Suchtprävention im Betrieb braucht Regeln!

Regeln werden in Betriebsvereinbarungen (oder Dienstvereinbarungen) von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern festgelegt. Gute Vereinbarungen beschreiben mindestens¹¹ das Gebot der Punktnüchternheit, die Pflichten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und die Verantwortung des Betriebes, präsentiert durch die Führungskräfte.

Punktnüchternheit konkret: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen am Arbeitsplatz punktnüchtern sein. Keine Fahne, nicht einmal Restalkohol. Keine Übermüdung wegen durchwachter Online-Nächte. Keine illegalen Drogen. Gilt übrigens auch für den Arbeitsweg.

Verantwortung des Betriebes: Führungskräfte müssen bei Vorfällen aktiv werden. Das heißt zum Beispiel, Angetrunkene vom Arbeitsplatz entfernen – einmaliger Vorfall. Das heißt aber eben auch, den sogenannten Stufenplan in Gang setzen – ein längerfristiger Prozess. Wir kommen noch darauf zurück.

Informationen

Regeln müssen bekannt sein, sonst sind sie wertlos! Dazu braucht es Informationen. Bei Betriebsversammlungen, in betriebsinternen Publikationen, auf den eigenen Netzwerken, in offenen Gesprächsrunden und so weiter wird informiert – über Sucht und über die Betriebsvereinbarungen mit ihren Inhalten.

¹¹ Sie beschreiben darüber hinaus die Strukturen der Suchtprävention im Betrieb, Zuständigkeiten, Informationen, Schulungen, das Vorgehen bei Vorfällen, das Vorgehen im Interventionsverfahren und anderes.

Schulungen

Sucht benebelt nicht nur die Sinne, sie trübt auch Beziehungen. Es ist mit Ängsten und Hemmungen verbunden, das Thema zur Sprache zu bringen. Um das Richtige auf die richtige Art zu tun, braucht es Wissen über die Abläufe des anstehenden Verfahrens, ein Verständnis der Rollen und des Gesprächsauftrags, und es braucht Haltung und Gesprächstechniken. Schulungen der Führungskräfte vermitteln das. Sie sind notwendig. Gefürchtet und effektiv sind die Übungen des Ernstfalls: im realistischen Rollenspiel Gespräche führen. Das Erlernte wird umgesetzt und reflektiert. Wir bieten kleine Dreiergruppen an, das nimmt Ängste. Interventionen im echten Arbeitsleben zeigen, dass Schulungen wirklich nützen: das Verfahren wird von der geschulten Führungskraft sauber und transparent durchgeführt, fair für alle Beteiligten.

Interventionen

Tatsächlich: Interventionen sind seltener nötig, da Prävention wirkt. Kommt es jedoch vor, und das tut es, muss bekannt sein, was zu tun ist, nämlich rasch und entschlossen zu handeln.

Der einzelne Vorfall: betroffene Person vom Arbeitsplatz entfernen, für einen sicheren Heimweg sorgen, gegebenenfalls mit Begleitung, anschließendes Gespräch bedeutet vielleicht den Einstieg in den Stufenplan.¹²

Der Stufenplan: es werden fünf Stufen empfohlen, das meint fünf Gespräche in unterschiedlicher, zunehmend gewichtiger Besetzung. Nach jedem Gespräch besteht die Chance auf erfolgreiches Ende des Verfahrens, wenn nämlich suchtbezogen für einen gewissen Zeitraum alles ruhig bleibt. Keine weiteren Auffälligkeiten – Erfolg. Passiert aber wieder etwas, und ausschlaggebend ist das ‚Arbeitsbild‘, kann es in die nächste Stufe, in das nächste Gespräch gehen. Die Gespräche führt die Führungskraft: der Anlass¹³ wird benannt, die Rollen werden beschrieben, Wertschätzung, Sorge und Unmut

¹² Oder auch Stufenmodell, Interventionsverfahren, Phasenmodell etc.

¹³ Verstoß gegen arbeitsvertraglich zugesicherte Pflichten, Verstoß gegen Betriebsvereinbarung

werden geäußert, die Vermutung wird gesagt: handelt es sich um ein suchtbegzogenes Geschehen? Nun kommt die Betroffene/der Betroffene zu Wort. Ja oder nein – einfache Antwort. So einfach ist es aber leider selten. Wie dem auch sei, die Vermutung liegt nun auf dem Tisch. Die Führungskraft ist weder Detektivin/Detektiv, noch Therapeutin/Therapeut, und so wird, gleich wie die Antwort war, Hilfe angeboten, und es werden Erwartungen formuliert. Die richten sich an das ‚Arbeitsbild‘, oder aber, wenn es klar Sucht ist, auch an die Bearbeitung des Suchtproblems. Sie werden am besten schriftlich vereinbart, der Zeitraum des Wohlverhaltens bis zum erfolgreichen Ende des Stufenplans wird festgelegt. Dazu kommen weitere Einzelheiten, die sind dann fallabhängig. Ist dieses Verfahren erfolgreich? Ja, denn es vermittelt allen Beteiligten Sicherheit über die Abläufe, und dass die Sache absehbar ist. Und vor allem bietet es Betroffenen frühzeitige Hilfen, um aus der Sucht auszusteigen.

Betriebliche Kultur

Wenn diese vier Handlungsfelder – Regeln, Informationen, Schulungen, Interventionen – richtig und nachdrücklich ‚bespielt‘ werden, dann entsteht eine Betriebliche Kultur des konstruktiven und hilfreichen Umgangs mit allen Problemen, die im Zusammenhang mit Sucht auftreten können.

Zu solcher Entwicklung will der **Regionale Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention RABS** beitragen. Hier kommen Menschen zusammen, die sich an ihren Arbeitsplätzen um dieses Thema zu kümmern. Das ist eine schwierige, mitunter zähe Aufgabe in den Betrieben, die langen Atem, Hartnäckigkeit und Nachdrücklichkeit erfordert. Nicht alle Betriebe erkennen den Sinn und die Erleichterung, die eine gute Suchtprävention im Betrieb bringt, schließlich sei das nicht Teil der Kernprozesse und verursache Kosten. Dagegen steht das Argument, dass ein einziger nicht eskalierter Suchtfall solche Kosten locker auffängt. Ganz zu schweigen von geschonten Nerven. Auch darüber tauschen wir uns aus im RABS, der übrigens mit Fug und Recht als einer der ältesten und langlebigsten suchtbegzogenen Arbeitskreise in Oldenburg bezeichnet werden kann.

Suchtprävention im Betrieb setzt früh ein und bietet Unterstützung auf allen Ebenen. Und sie vermag es, festgefahrene Prozesse wieder in den Fluss zu bringen. Die langjährige Mitarbeit im RABS und die Erfahrungen in den Betrieben haben sehr deutlich gemacht:

Suchtprävention im Betrieb, das lohnt sich.

Kontakt zum Autor:

Kai Kupka, Referent für Suchtfragen, Diakonisches Werk Oldenburg,
Kastanienallee 9 – 11, 26121 Oldenburg

Der Rehakompass der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Sabrina Sies, Fachstelle Sucht in der Stadt Oldenburg

In den letzten Jahrzehnten wurde ein signifikanter Anstieg in den Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von psychischen, psychosomatischen und suchtbearbeiteten Belastungen festgestellt. Auch der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen nimmt stetig zu. Nicht zuletzt aufgrund der Corona-Pandemie sind auch deutliche Anstiege im Suchtmittelkonsum und damit einhergehende Arbeitsausfälle und längerfristige Erkrankungen zu erwarten. Gleichzeitig nutzen die Betroffenen häufig erst sehr spät in ihrem Krankheitsverlauf die Psychosomatische Rehabilitation oder die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Dieser verspätete Zugang zum Hilfesystem fördert Chronifizierungsprozesse und senkt die Erfolgschancen für eine Gesundung sowie für die Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit erheblich. Aus diesem Grund besteht ein Bedarf an einem einfach erreichbaren Angebot, das betroffene Menschen und ihr soziales und berufliches Umfeld dabei unterstützt, Rehabilitations- beziehungsweise Präventionsbedarf rechtzeitig zu erkennen und den Weg in die Prävention oder Rehabilitation zu bahnen. Darüber hinaus treten viele Rehabilitanden die Rehabilitation häufig mit unklaren Vorstellungen an, sodass zu Beginn der Rehabilitation viel Zeit in die Aufklärung und Zielarbeit investiert werden muss. Dementsprechend gibt es einen Bedarf an einer besseren Vorbereitung auf die Rehabilitation, um Erwartungen und Ziele schon vor Antritt zu optimieren und kostbare Zeit während der Rehabilitation für die Zielarbeit nutzen zu können.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Oldenburg-Bremen hat deshalb für diese Zielgruppen ein innovatives Angebot entwickelt: den Rehakompass. Im Rehakompass sollen psychisch oder suchtbearbeitete Menschen frühzeitig aus ihren Lebenswelten heraus identifiziert und rechtzeitig einen Zugang in die passenden Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahmen finden, um die Erwerbsfähigkeit und -teilhabe der betroffenen Menschen nachhaltig zu sichern.

Dies macht den Rehakompass besonders innovativ: Es wird eine intensive Netzwerkarbeit betrieben, um Menschen in psychischen und Suchtgefährdungslagen frühzeitig wahrzunehmen und anzusprechen. Außerdem erfolgt eine Rehakompass-Beratung, die Menschen direkt mit dem Hilfesystem (zum Beispiel Möglichkeiten zur Entgiftung und Entwöhnung Fachstelle für Sucht und Suchtprävention) vertraut macht. Schließlich werden im Rahmen des Rehakompasses ein erster Einblick in die Rehabilitation erarbeitet, Klarheit über die eigene gesundheitliche Situation verschafft und gegebenenfalls Ängste und Unsicherheiten abgebaut.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist der Rehakompass auf ein vielseitiges Netzwerk aus verschiedenen Institutionen (zum Beispiel Betriebe, Vereine, Krankenkassen, Jobcenter und Selbsthilfe) angewiesen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dieses Netzwerks können Betroffene frühzeitig identifizieren und ihnen Informationen über den Rehakompass vermitteln, damit die Betroffenen selbstständig einen Termin für eine Rehakompass-Beratung vereinbaren können.

Voraussetzungen für die Teilnahme:

Teilnehmen am Rehakompass können Personen,

- deren Alter zwischen 18 und 60 Jahren liegt
- bei denen psychische Belastung oder erhöhter Suchtmittelkonsum vorliegen
- die den Einverständniserklärungen für eine Teilnahme am Projekt und der begleitenden Studie zugestimmt haben
- bei der DRV Bund, Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen versichert sind
- bei denen die Themen Rehabilitation und/oder Prävention von Interesse sind
- die eine Veränderungsmotivation zeigen

- die in den letzten vier Jahren keine Rehabilitation im selben Indikationsbereich durchlaufen haben
- sowie die aktuell keinen Antrag auf Rehabilitation, Prävention oder Rente gestellt haben.

Ausgeschlossen von der Teilnahme am Rehakompass sind Personen mit einer stark chronifizierten psychischen oder Suchterkrankung oder Personen, die in den letzten vier Jahren an einer Rehabilitation im selben Indikationsbereich teilgenommen haben oder Altersrentnerinnen und -rentner, Beamtinnen und Beamte, Selbstständige (außer freiwillig Versicherte bei der DRV) sowie Menschen ohne Deutschkenntnisse oder Personen, die aktuell einen Rehabilitations- oder Rentenanspruch gestellt haben.

Die Rehakompass-Beratung

Die Rehakompass-Beratung dient dazu, aktuelle Beschwerden und Belastungen der Ratsuchenden einzuordnen und einen ersten Kontakt zum Hilfesystem herzustellen. In der circa einstündigen Rehakompass-Beratung durch die Lotsinnen und Lotsen des Rehakompasses wird die aktuelle Lage erfasst und bei Eignung, Interesse und Bedarf kann eine Weitervermittlung der Ratsuchenden in den Psychosomatischen Rehakompass (PRK) oder den Sucht-Rehakompass (SRK) erfolgen. Der PRK richtet sich an Menschen mit psychischen Belastungen beziehungsweise Erkrankungen, der SRK an Menschen mit einem problematischen Konsumverhalten (Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel, Medien).

Die Finanzierung der Modellprojekte der ersten Förderwelle läuft bis Ende 2024. Diese werden auf verschiedenen Ebenen wissenschaftlich begleitet. PRK und SRK sind für die Teilnehmenden kostenfrei.

Ablauf des Psychosomatischen Rehakompasses (PRK) und des Sucht-Rehakompasses (SRK)

An zwei Tagen können die Teilnehmenden ambulant in die Abläufe einer Rehabilitation „reinschnuppern“. Der PRK findet im AMEOS Psychosomatisches Reha Zentrum Bremen oder in der Klinik am Stadthafen in Oldenburg statt. Der SRK findet im Rehacentrum Alt-Osterholz in Bremen oder in der

Fachklinik Weser-Ems in Oldenburg (in Kooperation mit der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention der Diakonie in Oldenburg) und hier an zwei aufeinander folgenden Tagen statt.

In Kleingruppen von circa fünf Personen erhalten die Teilnehmenden einen ersten Eindruck von den vielfältigen Angeboten einer Rehabilitation und haben die Möglichkeit, sich mit anderen vor Ort auszutauschen.

Die Teilnehmenden des Sucht-Rehakompasses erhalten unter anderem

- eine umfassende ärztliche, psychologische und sozialtherapeutische Abklärung ihrer Beschwerden
- eine fachärztliche Einschätzung ihrer psychischen Situation und möglicher Folgen des Substanzkonsums
- eine fundierte testpsychologische Diagnostik
- eine fundierte Psychoedukation über Sucht und Suchtmittelkonsum
- eine Möglichkeit, alleine und in der Gruppe an verschiedenen Rehabilitations-Angeboten wie zum Beispiel Stressbewältigung, Bewegung oder Entspannung teilzunehmen
- die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Abschließend erhalten die Teilnehmenden des SRK eine Einschätzung, ob eine Rehabilitation zielführend ist. Wird ein Rehabilitationsbedarf festgestellt und ist Motivation vorhanden, kann direkt vor Ort ein Antrag auf eine Rehabilitation gestellt werden. Gerne werden die Teilnehmenden in der Einrichtung bei der Antragsstellung unterstützt. Sollte eine andere gesundheitsfördernde Maßnahme für die Teilnehmenden geeigneter als eine Rehabilitation sein, werden sie, wenn gewünscht, an eine passende Kontaktstelle weitervermittelt.

Die Rehakompasse (PRK und SRK) finden unter Einhaltung der gültigen Richtlinien zur Eindämmung des Coronavirus statt. Alle beteiligten Einrichtungen halten detaillierte Hygienekonzepte vor.

Rehakompass-Schulungen für Netzwerkpartner

Auf Wunsch können Mitarbeitende der Deutschen Rentenversicherung (DRV), welche als Lotsinnen und Lotsen fungieren, eine kostenfreie Schulung durchführen, um interessierte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Lage zu versetzen, Anzeichen psychischer Belastung und problematischen Konsumverhaltens wahrzunehmen und bei Klientinnen und Klienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Vereinsmitgliedern oder ähnlichen zu thematisieren.

Die kostenfreien Rehakompass-Schulungen sollen Teilnehmende aus den unterschiedlichsten Bereichen befähigen, frühe Warnzeichen psychischer Belastungssymptome und Suchtgefahren zu erkennen und diese in geeigneten Situationen angemessen anzusprechen. Die Schulung richtet sich hierbei nicht an Betroffene, sondern an das soziale oder berufliche Umfeld.

Oft werden die ersten Anzeichen psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen frühzeitig von Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten, Bekannten, Familienangehörigen und Freundinnen beziehungsweise Freunden wahrgenommen. Sie können die Anzeichen aber zum Teil nicht richtig einordnen und viele sehen sich auch nicht in der Lage, Betroffene anzusprechen. Die kostenfreien Rehakompass-Workshops sollen daher Teilnehmende aus den unterschiedlichsten Bereichen befähigen, frühe Warnzeichen psychischer Belastungssymptome und Suchtgefahren zu erkennen und diese in geeigneten Situationen wirksam anzusprechen. Bei frühzeitiger Intervention geht die Genesung oft sehr viel schneller und die negativen Auswirkungen auf Privat- und Berufsleben fallen deutlich geringer aus. Folgende Themen werden im Workshop interaktiv behandelt:

- Überblick psychische Krankheit und Sucht
- Arbeit und psychische Gesundheit
- Entstehung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen
- Häufige Krankheitsbilder (Affektive Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Sucht)
- Ressourcen – was hilft, um psychisch gesund zu bleiben?

- Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen
- Das Rehabilitationssystem

Der komplette Workshop ist für eine Dauer von circa vier Stunden konzipiert, die Inhalte können aber gerne angepasst werden, sodass die Schulung bei Gruppen mit Vorwissen auch kürzer ausfallen kann.

Kontaktdaten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen:

Für eine Terminvereinbarung besteht eine telefonische Erreichbarkeit unter 0421 3407-230, montags bis donnerstags zwischen 9 und 15 Uhr. Außerhalb der Sprechzeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet. Darüber hinaus kann auch das Kontaktformular auf der Website der Deutschen Rentensicherung Oldenburg-Bremen (www.rehakompass-drv.de) oder via E-Mail an rehakompass@drv-oldenburg-bremen.de genutzt werden.

Kontakt zur Autorin:

Sabrina Sies, Diakonisches Werk Oldenburg Suchthilfe gGmbH, Ofener Straße 20, 26121 Oldenburg

Weiterer Standort zur Unterstützung für Wohnungslose

Tagesaufenthalt der Diakonie an der Bloherfelder Straße

Bea Becker und Frank Schröder, Tagesaufenthalt

Mehr als 1200 Männer und Frauen haben 2020 in Oldenburg den Tagesaufenthalt für Wohnungslose in der Ehnernstraße genutzt. Trotz Corona-Pandemie und strengen Hygieneregeln hatten die Mitarbeitenden der diakonischen Einrichtung 21.483 Besuchskontakte. Dazu kamen 3000 telefonische Kontakte. Diese Zahlen zeigen, wie wichtig es ist, dass im April 2021 der zweite Tagesaufenthalt für Wohnungslose in der Stadt eröffnet werden konnte.

Mit dem Start des zweiten Tagesaufenthaltes wurde ein wichtiger Baustein aus dem Gesamtkonzept „Niedrigschwellige Wohnungslosen- und Suchthilfe“, das am 29. Mai 2019 vom Rat der Stadt Oldenburg beschlossen wurde, umgesetzt.

In der Bloherfelder Straße 7 können Besucherinnen und Besucher des Tagesaufenthaltes seit dem 22. April 2021 nun die gleichen Angebote nutzen wie im Tagesaufenthalt in der Ehnernstraße. Für Menschen ohne feste Wohnung in Oldenburg bietet die Einrichtung die Möglichkeit, sich dort aufzuhalten, einen Kaffee zu trinken, sich aufzuwärmen, Wäsche zu waschen oder zu duschen. Eine Sozialarbeiterin und ein Sozialarbeiter kümmern sich um das Beratungsangebot. Zwei weitere Mitarbeitende sind für den Versorgungsbereich zuständig. Auch ein warmes Mittagessen wird angeboten. Welchen Tagesaufenthalt sie aufsuchen, können unsere Besucherinnen und Besucher entscheiden. Eine Wahlmöglichkeit, die für die Betroffenen ein Stück Freiheit bedeutet.

Der Tagesaufenthalt an der Bloherfelder Straße ist montags, dienstags, donnerstags und freitags von 9 bis 16:30 Uhr und mittwochs von 10 bis 16 Uhr geöffnet. Ein warmer Mittagstisch wird angeboten.

Erreichbar ist der Tagesaufenthalt unter: Telefon 0441 96036830 und E-Mail: TA-bloherfelderstrasse@diakonie-ol.de.

Übersicht der Angebote:

Tagesaufenthalte sind Einrichtungen, die tagsüber geöffnet sind. Der Tagesaufenthalt ist auch während der Corona-Pandemie mit einem Hygienekonzept im Rahmen der Infektionseindämmung geöffnet.

Angeboten werden:

- **Warme Mahlzeiten und alkoholfreie Getränke:** Im Tagesaufenthalt wird zwischen 12:15 und 13 Uhr ein warmer Mittagstisch angeboten. Das Essen wird aus der Küche des Tagesaufenthaltes in der Ehnernstraße abgeholt und ist nahrhaft und gesund. Vormittags werden ab 9 Uhr belegte Brötchen und Kaffee angeboten.
- **Hygiene:** Der Tagesaufenthalt bietet die Möglichkeit zu duschen und Wäsche zu waschen. Im Tagesaufenthalt an der Bloherfelder Straße gibt es auch eine barrierefreie Dusche. Im Waschraum stehen zwei Waschmaschinen und zwei Trockner zur Verfügung.
- **Postalische Erreichbarkeit:** Klientinnen/Klienten, die keine eigene Adresse haben, können den Tagesaufenthalt als postalische Erreichbarkeit nutzen, um zum Beispiel Post von Behörden erhalten zu können.
- **Beratung:** Zwei sozialpädagogische Fachkräfte beraten und unterstützen die Betroffenen bei allen Fragen. Sie unterstützen bei Anträgen an Behörden, beraten bei individuellen Problemen und vermitteln zum Beispiel an Schuldner- und Suchtberatungen
- **Treffpunkt:** Der Tagesaufenthalt ist für Wohnungslose ein wichtiger Treffpunkt und eine Kommunikationsmöglichkeit. Dort haben die Besucherinnen und Besucher die Gelegenheit, ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten. Freizeitangebote sind derzeit aufgrund der Corona-Pandemie noch sehr eingeschränkt, sollen aber – sobald dies möglich ist – verstärkt werden. Gerne genutzt wird auch das WLAN, das in den Räumen des Tagesaufenthaltes angeboten wird.

Öffnungszeiten:

Der Tagesaufenthalt an der Bloherfelder Straße ist montags, dienstags, donnerstags und freitags von 9 bis 1630 Uhr und mittwochs von 10 bis 16 Uhr geöffnet.

Kontakt zur Autorin/zum Autor:

Bea Becker und Frank Schröder, Tagesaufenthalt Bloherfelder Straße 7,
26121 Oldenburg

Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP), Klinikum Oldenburg

Dr.-medic (RO) Agneta Paul, Klinikdirektorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Die Corona-Pandemie hat starke Auswirkungen auf unsere Gesellschaft und nicht zuletzt auf den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen. Daher rückt zurzeit die Pflicht der Fachleute und Fachgesellschaften vermehrt auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen, die mit Rücksicht auf das Infektionsgeschehen und das Risiko der Weitergabe des Virus, Verzicht geübt haben, in den Vordergrund.

Die Corona-Pandemie und der Lockdown griffen in den Alltag von Kindern und Jugendlichen ein. Viele Kinder und Jugendliche haben den Verlust von Tagesstruktur und Routinen, von Bewegungs- und Sportmöglichkeiten erlitten. Homeschooling und fehlende soziale Kontakte lösen bei vielen Kindern und Jugendlichen Angst und unsichere Zukunftsperspektiven aus. Nicht zuletzt nehmen Konflikte in den Familien zu.

Wie den Medien zu entnehmen ist, haben während der Corona-Pandemie die psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zugenommen. Als Folge der Corona-Pandemie erleben wir im klinischen Alltag eine Reihe von Zunahme der Symptome wie Ängste, Schulunlust, Zukunftsängste, Interessenlosigkeit, Traurigkeit und sozialer Rückzug. Nicht zuletzt sind diese Symptome auch von körperlichen Symptomen begleitet, wie Übergewicht, Schlafstörungen, Kopfschmerzen.

Die diagnostische Abklärung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigt eine Zunahme der Störungsbilder wie Depressionen, Essstörungen, besonders Anorexia nervosa, Adipositas, Angststörungen und Schulphobien.

Die Beobachtung in unserer Klinik deckt sich mit den Daten der Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter der Pandemie der Universität Hamburg vom Frühsommer 2020 (Prof. Dr. Ravens-Sieberer).

Kinder und Jugendliche erleben in der Krise eine andere Wirklichkeit als die Erwachsenen. Die aktuelle Krise hat auf die soziale, qualifikatorische, körperliche und persönliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen eine deutliche Wirkung. Auch nach Einschätzung der Jugendämter reagieren die Kinder und Jugendlichen mit Isolation und Rückzug. Eine Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG) bestätigt, dass die aktuelle Situation zu besonders gravierenden Bildungsnachteilen führe und die normative, psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen massiv beeinflusse. Durch Lockdown, Homeschooling und weniger Freizeitaktivitäten seien insbesondere die Kinder den Gefahren durch das Internet ausgesetzt. So sei eine Zunahme der Verbreitung von Missbrauchsabbildungen an Minderjährigen festzustellen.

Alle diese Aspekte machen eine Kindeswohlgefährdung wahrscheinlicher. Die Hilflosigkeit und fehlende Konfliktlösungsstrategien führen bei vielen Kindern und Jugendlichen zu krisenhaften Situationen mit akuter Gefährdung bis hin zu Suizidversuchen. Die Zahl der akut gefährdeten Kinder und Jugendlichen hat in den Zeiten der Pandemie deutlich zugenommen. Diese Meldung machen alle KJPP-Kliniken.

Unter diesen Aspekten benötigen die Kinder und Jugendlichen mehr verlässliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner innerhalb und außerhalb der Familien, die Möglichkeit schnell Zugang zu Beratung, diagnostischen und therapeutischen Prozessen zu erhalten. Sie benötigen unsere volle Aufmerksamkeit, Zuwendung und Wertschätzung und besonderes eine zuverlässige Vernetzung der Institutionen.

Gerade in diesen schwierigen Zeiten ist die Kooperation mit allen versorgenden Institutionen, angefangen mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Fachkliniken, Schulen und der Jugendhilfe umso wichtiger.

Zum jetzigen Zeitpunkt kennen wir die langfristigen Folgen der Pandemie in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen noch nicht.

Trotz diesen schwierigen Zeiten und unter einem sehr strengen Hygienekonzept ist die KJPP-Klinik Oldenburg ihrer Aufgabe in der Versorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen nachgekommen und steht weiterhin in der vollen Verantwortung der Versorgung der Betroffenen und deren Familien.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Oldenburg hat den Versorgungsauftrag für psychisch kranke Kinder und Jugendliche aus der Stadt Oldenburg und dem Landkreis Ammerland. Wir bieten eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung für Kinder und Jugendliche zwischen dem 5./6. Lebensjahr bis zur Volljährigkeit (18.Lebensjahr) an.

Wir behandeln alle psychiatrischen Störungsbilder des Kinder- und Jugendalters und bieten individuelle Behandlungskonzepte an. Ausgenommen ist die Suchtbehandlung, die Behandlung schwermehrfachbehinderter Kinder und Jugendlichen sowie die forensische Behandlung.

Wie bekannt setzt die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in unserer Klinik eine besondere Gewichtung sowohl in der individuellen Behandlung des Kindes, Gruppentherapie als auch auf die intensive Familienarbeit und Vernetzung mit den sozialen Institutionen.

Die Behandlung der Kinder und Jugendlichen kann in allen drei bekannten Modalitäten erfolgen:

- Eine ambulante Behandlung in der Institutsambulanz, wo sowohl diagnostische als auch therapeutische Prozesse angeboten werden, sowie zusätzliche Sprechstunden für Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, DBT-A-Programme¹⁴, Trauma-Sprechstunde, Diätberatung, Elterngruppe mit unterschiedlichen Schwerpunkten.
- Eine teilstationäre Behandlung in der vorhandenen Tagesklinik für Kinder und Jugendliche sowie

¹⁴ Dialektisch Behaviorale Therapie für Jugendliche

- Eine stationäre Behandlung auf drei Stationen (Krisenstation, Kinderstation, Jugendlichenstation)

Im teilstationären Bereich befinden wir uns in einem Erweiterungsprozess. Bis Mitte 2022 soll eine weitere Tagesklinik mit acht bis zehn Behandlungsplätzen fertiggestellt werden. Eine weitere Baustelle dient dem Aufbau eines Musikhauses.

Kontakt zur Autorin:

Dr. Agneta Paul, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Rahel-Straus-Straße 10, 26133 Oldenburg

Auszug aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2020/2021

Text: Annika Baum, Planung Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Seiten 26 bis 35



Photo: Anissa / The Yellow Poppy Co.

5. Guter Start ins Leben (GUSTL)

5. „Guter Start ins Leben“ (GUSTL)

In der frühesten Lebensphase eines Menschen werden auf vielfältige Art die Weichen für eine gute gesundheitliche Entwicklung gestellt. Die Grundlagen dafür schaffen die Eltern oder die Sorgeberechtigten im Allgemeinen.

Ein treffendes afrikanisches Sprichwort besagt: „**Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen.**“ Dies impliziert, dass Eltern bei der Aufgabe, ein Kind zu einem starken, zufriedenen, sozial kompetenten und schließlich gesunden Menschen zu machen, nicht alleine sind. Auch die Stadt Oldenburg übernimmt eine Mitverantwortung im Rahmen der Umsetzung dieser Ziele.

Das Team „Guter Start ins Leben“ (GUSTL) ist ein zentraler Baustein der Frühen Hilfen in der Stadt Oldenburg, einer Bundesstiftung aus dem Jahr 2007. Ziel dieser Initiative ist es, Hilfemaßnahmen zur Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung,

Vernachlässigung, und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der gesundheitlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt bereitzustellen. Dank der guten Vernetzung im Oldenburger System Frühe Hilfen wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um das vielfältige Angebot der Stadt Oldenburg. Sie können den Start mit einem neugeborenen Baby hilfreich und bestärkend begleiten und den Kontakt zu weiteren Institutionen herstellen. Aufgrund der guten Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Hebammen, Beratungsstellen, sozialen Diensten und Kliniken, werden bei erkennbarem Beratungsbedarf werdende Eltern bereits in der Schwangerschaft besucht.

In diesem Kapitel werden die Begrüßungsbesuche für alle Neugeborenen sowie die Dauerbetreuungen (bis zum ersten Geburtstag des Kindes) beschrieben.

Anzahl Begrüßungs-Erstbesuche in 2019

1.587 Geburten

1.002 in Anspruch genommene Erstbesuche



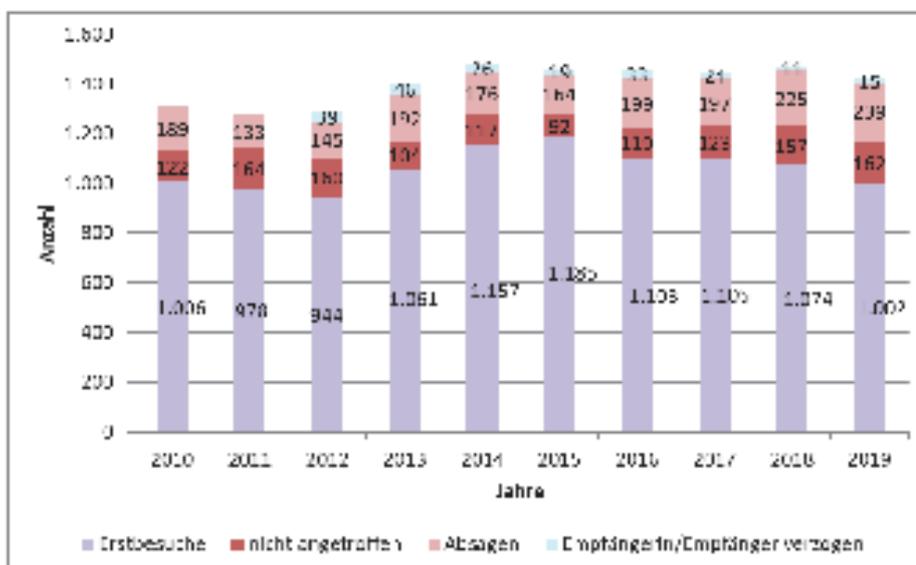
27

5.1 Kontakte/Beratungen

Das Angebot GUSTL basiert auf der primärpräventiven Idee und setzt damit auf eine frühe gesundheitliche Aufklärung, bevor Krankheiten und Schädigungen auftreten können. Was im Sommer 2009 zunächst als zeitlich begrenztes Projekt begonnen hat, ist mittlerweile eine feste Institution in der Stadt geworden. Allen Familien mit Neugeborenen in Oldenburg wird ein Begrüßungsbesuch der

Familienhebammen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg angeboten. Dabei findet keine Auswahl nach besonderen Kriterien statt, sondern alle Bürgerinnen und Bürger werden absolut gleich und diskriminierungsfrei behandelt. Das Team aus Familienhebammen und dem Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonal des Gesundheitsamtes verteilt Ordner mit Informationsmaterial zu den Themen

Abbildung 2: Anzahl Begrüßungs-Erstbesuche



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

kindliche Entwicklung, Ernährung, Kindersicherheit, Zahnpflege und Kinderbetreuung sowie zu Kursen und Treffpunkten mit Babys. Auch die Still- und Wickelmöglichkeiten in der Innenstadt sind dort aufgeführt. Das Angebot ist kostenlos und freiwillig. Bei Bedarf können auch Folgetermine in Anspruch genommen werden. Ziel ist es dabei, die Eltern des neugeborenen Kindes in dieser besonderen Lebensphase über die vielfältigen Angebote der Stadt zu informieren. Zeigt sich ein längerfristiger Bedarf an Unterstützung, wird auch dieser von einer Fachkraft des Teams ermöglicht.

In 2019 wurden 1.587 Kinder geboren, für 1.002 von ihnen haben Eltern das Angebot eines Begrüßungsbesuches (Erstbesuches) angenommen. Innerhalb des betrachteten Zeitraums von zehn Jahren zeigt sich eine konstante Inanspruchnahme der Begrüßungsbesuche durch rund 1.000 Haushalte pro Jahr. Entsprechend ist auch der Anteil der nicht zustande gekommenen Besuche ähnlich geblieben. Zwischen 300 und 400 Personen jährlich sagen die Begrüßungsbesuche aktiv ab, sind nicht anzutreffen oder sind im Zeitraum zwischen Geburt des

Kindes und dem Besuchsangebot mittlerweile aus der Stadt Oldenburg verzogen.

5.2 Zugangswege zu Dauerbetreuungen

Im Rahmen der Begrüßungsbesuche kann ein erweiterter Hilfebedarf der Familien offensichtlich werden. Alternativ kann die Kontaktaufnahme durch andere Institutionen wie den Allgemeinen Sozialen Dienst des Amtes für Jugend und Familie, Jugendhilfeeinrichtungen, Fachärztinnen und Fachärzte oder auch Einzelpersonen erfolgen.

Der Begriff Dauerbetreuung beschreibt eine kontinuierliche, regelmäßige und intensive Begleitung und Beratung einer Familie mit einem Säugling. Zwischen 2017 und 2019 wurden jährlich zwischen 83 und 133 Dauerbetreuungen durchgeführt. Anlass für Dauerbetreuungen können belastende Lebenslagen sein, die durch unterschiedliche Faktoren hervorgerufen werden. Diese können seitens des Säuglings oder Kindes eine gravierende oder chronische Erkrankung, eine Frühgeburtlichkeit oder problematische

Entwicklung sowie ein exzessives Schreiverhalten oder Schwierigkeiten bei der Ernährung und Pflege sein. Ebenso relevant sind Aspekte, die sich auf der Beziehungsebene zwischen Eltern und ihrem Kind abspielen: Wie wird eine gesunde Umgebung für den Säugling geschaffen, wie nehmen die Sorgeberechtigten die Bedürfnisse ihres Kindes wahr und entwickeln sie eine gute Bindung zu ihrem Kind? Von elterlicher Seite wird oft der Wunsch nach Unterstützung geäußert, weil sich durch die eigene gesundheitliche oder persönliche Situation eine Überforderung entwickelt und Fragen im Umgang mit dem Kind entstehen. Hierunter fallen auch Problemlagen wie die Minderjährigkeit der Mutter und/oder des Vaters, alleinerziehend zu sein oder eine schwierige soziale und finanzielle Situation. Die Gesamtheit der genannten Faktoren und Ausgangslagen können einzeln oder bei einem Zusammentreffen entscheidend für das seelisch gesunde Aufwachsen von Kindern sein. An dieser Stelle greift die qualifizierte Betreuung durch die Familienhebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit ihren Zusatzqualifikationen. Während einer Dauerbetreuung werden die Ziele

ausdrücklich gemeinsam mit den Eltern formuliert. Die Zielerreichung wird von Eltern wie auch Unterstützern gleichermaßen in regelmäßigen Abständen reflektiert und bewertet. So erfahren die Eltern eindrücklicher, ob sie ihren Zielen näher gekommen sind und erleben sich als selbstwirksam.

Die Betreuungen nehmen einen sehr unterschiedlichen Zeitumfang ein. So kann es nur zu einzelnen Folgebesuchen kommen. Erst ab einem Umfang von mehr als drei Beratungsterminen wird die Begleitung als Dauerbetreuung bezeichnet. Der Zeitumfang beläuft sich dabei bei circa einem Drittel auf maximal drei Monate (kürzer als ein Quartal). Diese bilden den Großteil der Betreuungen ab.

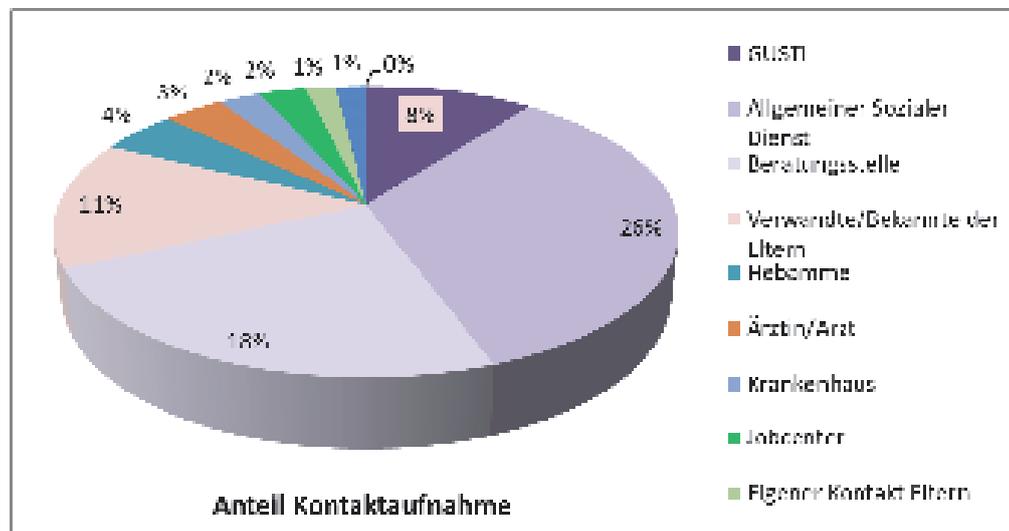
Eine Dauerbetreuung kann durch die Kontaktaufnahme unterschiedlichster Personen und Institutionen zustande kommen. An erster Stelle ist der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) der Jugendämter zu nennen.

Beratungsstellen sind der zweitgrößte Vermittler. Auch Hebammen, Ärztinnen und Ärzte (Gynäkologinnen und Gynäkologen in Praxis und Klinik,

Kinderärztinnen und Kinderärzte) und zu einem geringeren Anteil das Jobcenter vermitteln weiter in das Angebot der Dauerbetreuung. Vereinzelt kommt der Hinweis aus dem Arbeitskreis Alleinerziehende, aus dem Sozialdienst katholischer Frauen/Babylotsen oder aus ähnlichen sozialen Einrichtungen. Ein regelmäßiges Beratungsangebot besteht in der Mutter-Kind-Einrichtung der Stadt Oldenburg.

Acht Prozent der Dauerbetreuungen entstehen über die GUSTL-Erstbesuche, Eltern nehmen häufig auch ein zweites oder drittes Mal einen Hausbesuch einer Familienhebamme oder einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin zur Unterstützung wahr (über die Jahre 2017 bis 2019 jeweils um die vier Prozent). Zudem werden weitere Formen der Beratung, zum Beispiel E-Mail- oder Telefonberatungen sowie die allgemeine Sozialberatung, angefragt.

Abbildung 3: Zugangswege zur Betreuung 2017 bis 2019



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

Die Vielfältigkeit der Zugangswege (siehe Abbildung 3) zeigt, dass es einer breiten Streuung des Wissens um das Angebot bedarf. Aufgrund personeller Fluktuation in den Institutionen ist es immer wieder von Neuem wichtig, sich in das Bewusstsein der genannten Initiatoren zu bringen. Auch aus diesem Grund ist das Team bei den Treffen der Hebammen, beim Oldenburger System Frühe Hilfen (OSFH) und beim Arbeitskreis Präventionskette vertreten. Da ein gewisser Anteil aus der Eigeninitiative der Eltern heraus erfolgt, kann der Betreuungsbeginn im Einzelfall durchaus auch verspätet erfolgen und beispielsweise erst im achten Lebensmonat des Kindes liegen. In manchen Fällen beginnen Betreuungen wiederum bereits in der Schwangerschaft. Eine Betreuung wird in begründeten Fällen auch für Kinder bis zum dritten Lebensjahr angeboten.

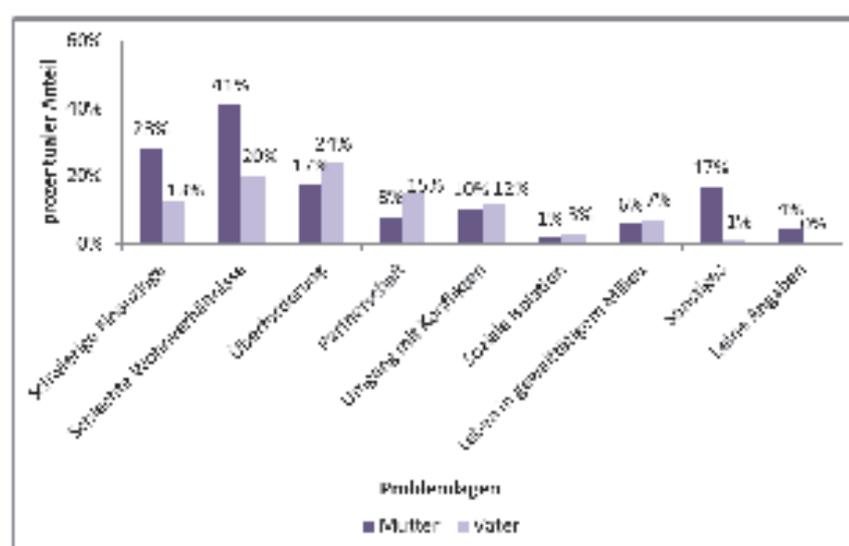
Bei der Benennung von Betreuungsgründen sind häufig mehrere Faktoren gleichermaßen ausschlaggebend. **Im Zeitraum 2018 und 2019 wurde hier überwiegend als ausschlaggebender Betreuungsgrund die gesundheitliche oder persönliche Situation der Eltern be-**

nannt, gefolgt von Problemen auf der Eltern-Kind-Beziehungsebene. Vergleichsweise selten ist ein kindlicher Risikofaktor vorhanden.

5.3 Soziale Situation der Eltern in Dauerbetreuung

Als Hauptproblem der betroffenen Sorgeberechtigten hat sich über die Jahre das Bestehen einer schwierigen psychosozialen Lage erwiesen. Darunter fallen im Speziellen Problemlagen wie Überforderung, Schwierigkeiten in der Partnerschaft und schlechte Wohnverhältnisse. Eine schwierige finanzielle Situation, der problematische Umgang mit Konflikten sowie soziale Einsamkeit machen weitere Belastungen im Leben von Eltern, die die Betreuungen in Anspruch nehmen, aus. Existenziell wichtig wird die Betreuung in solchen Fällen, bei denen Gewalt im Familienleben eine große Rolle spielt. Wie aus dem obenstehenden Balkendiagramm (Abbildung 4) ersichtlich, unterscheiden sich dabei die Problemlagen bei den betroffenen Müttern von denen der Väter teilweise beträchtlich. So sind Mütter häufiger von finanziellen Belastungen und schlechten Wohnverhältnissen be-

Abbildung 4: Problemlagen der Mütter und Väter



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

troffen, Väter eher von Überforderung und Partnerschaftskonflikten.

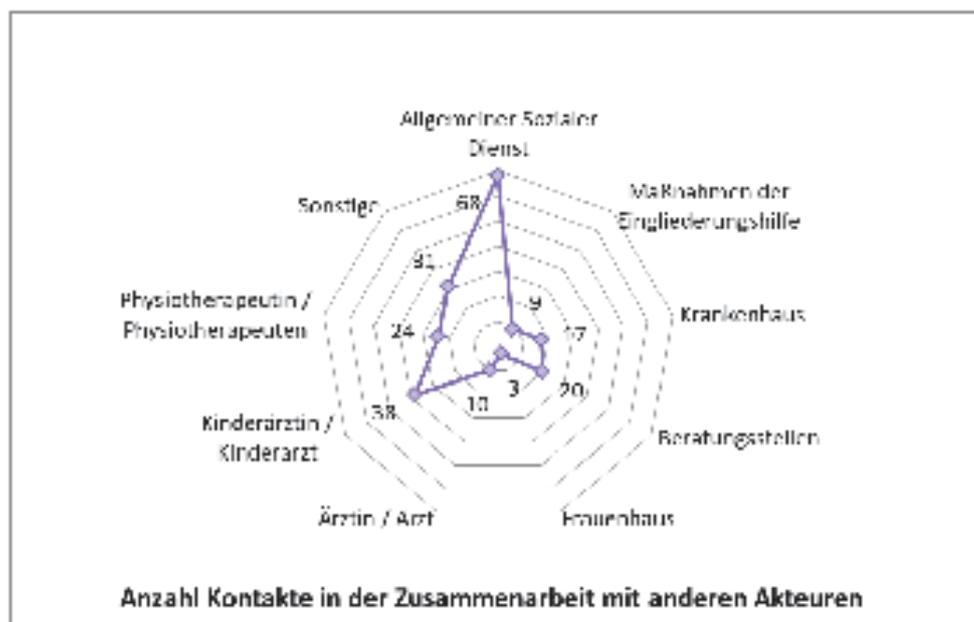
Dabei fallen zwei besondere psychosoziale Belastungen auf: Alleinerziehende Mütter machten im Jahr 2017 einen Anteil von 27 Prozent der betreuten Oldenburgerinnen und Oldenburger aus, 2018 einen Anteil von 25 Prozent sowie 2019 einen Anteil von 44 Prozent. Auch einzelne alleinerziehende Väter von Neugeborenen wurden betreut. Die Falldokumentationen zeigen,

dass der Anteil minderjähriger Mütter in der Betreuung vergleichsweise gering war, mit einem Fall bis zu maximal sechs Fällen pro Jahr im Zeitraum 2015 bis 2019.

5.4 Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Im Verlauf einer Dauerbetreuung erfolgt immer wieder die Vernetzung mit anderen Akteuren. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgrup-

Abbildung 5: Kontakte in der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

pen und Institutionen sowie die Verbindung von Kinderschutz und Kindergesundheit stellen dabei wichtige Bausteine dar. Zum Tragen kommen hier vor allem der Allgemeine Soziale Dienst und verschiedene Jugendhilfeeinrichtungen. Auch die Kinderärztinnen und Kinderärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Beratungsstellen werden in die Betreuungen miteinbezogen. Es können aber auch wei-

tere Institutionen oder Anlaufstellen zum Einsatz kommen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe initiiert werden.

Die Abbildung 5 verdeutlicht durch den Abstand zum Zentrum die Häufigkeit einer genannten Zusammenarbeit. Mehrfachnennungen sind hierbei inbegriffen.

Betreuungsende

Der überwiegende Teil der Betreuungen wird bis zum ersten Geburtstag beendet. Eine von zehn Familien bricht die Hilfe vorzeitig ab. Insgesamt viermal wurden die Hilfen in den Jahren 2018 und 2019 durch eine Inobhutnahme des Kindes beendet (kein Fall im Jahr 2017). Am Ende der Dauerbetreuung kann für die Hälfte der betreuten Familien kein weiterer Hilfebedarf festgestellt werden, 20 Prozent benötigen weitere Unterstützung. Wurden Empfehlungen ausgesprochen, kam die Betreuung durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) zur Sprache, die Überleitung an eine Beratungsstelle, eine Eingliederungshilfemaßnahme über Sozialleistungen für das Kind, oder beispielsweise eine psychologische Betreuung der Mutter.



Handlungsempfehlung

1. Das Team GUSTL strebt an, das Angebot frühestmöglich bekannt zu machen, zum Beispiel für alle Familien bei Anmeldung des Neugeborenen beim Standesamt.
2. Die Familienhebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sind in den Stadtteilen präsent, um die Vernetzung mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst zu verstärken und gemeinsam zu wirken. Zum Beispiel soll die Offene Mütterberatung ausgebaut werden.
3. In der Zusammenarbeit von Gesundheitsamt und Jugendamt erfolgt eine neue Dokumentation und Evaluation der Arbeit, um – auf Basis einer sozialräumlichen Erfassung der Bedürfnisse – die richtigen Angebote am richtigen Ort bereitzustellen.



Quelle:

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, Gesundheitsamt Oldenburg – 2020/2021, Text: Annika Baum, Planung Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung

Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern

Johanna Ostermann und Roland Kohls, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Seit 2004 besteht das Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern als Angebot der kollegialen Beratung in der Stadt Oldenburg. In der Region haben sich nach dem Oldenburger Vorbild ebenfalls Beratungsforen gebildet.

Das Angebot richtet sich an alle Mitarbeitenden aus den Bereichen Kinder- und Jugendarbeit, Eingliederungshilfe, Schule, stationäre Versorgung sowie ambulante ärztliche und therapeutische Versorgung, die im Beratungsforum einen Fall vorstellen können.

Die bisherige erfolgreiche Arbeit basiert auf dem interprofessionellen und interinstitutionellen Ansatz und einem Kooperationsvertrag. Ein festes Team von Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen aus den Einrichtungen der Gesundheits- und Jugendhilfe beraten gemeinsam mit den Vorstellenden einen Fall und geben (Handlungs-)Empfehlungen ab. Der Fall wird hierbei immer in anonymisierter Form vorgetragen.

Besonders die unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmenden eröffnen neue Möglichkeiten zur weiteren Arbeit mit den Betroffenen. So unter anderem das Herausarbeiten von Ressourcen und die Hinweise auf weitere diagnostische und therapeutische Ansätze oder Hilfen zur Alltagsbewältigung.

Wir erleben derzeit eine stetig steigende Inanspruchnahme der Gesundheits- und Jugendhilfe. Das ist sicher zu einem Großteil auf die Corona Pandemie und deren Folgen zurückzuführen. Selbstverständlichkeiten, wie die Kindertagesbetreuung oder der Schulbesuch sind erheblich eingeschränkt und überfordern insbesondere Familien, die bereits durch andere Umstände belastet sind. Darüber hinaus sind auch die Angebote der Gesundheitsversorgung wie beispielsweise die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung stark nachgefragt, was zum Teil zu langen Wartezeiten führt. Gerade in dieser Zeit ist die Kooperation mit allen versorgenden Institutionen von besonderer Wichtigkeit.

Sich unter diesen Bedingungen auf einen Fall besonders zu fokussieren und diesen im Beratungsforum vorzustellen, ist eine zeitlich besonders herausfordernde Aufgabe.

Hilfreich kann hier eine telefonische Erstberatung mit den Mitarbeitenden des Sozialpsychiatrischen Dienstes sein, was zeitliche Ressourcen schonen und dennoch eine Erweiterung der Perspektive bieten kann. Diese Erstberatung eröffnet aber auch die Möglichkeit solch einen Fall zu einem späteren Zeitpunkt im Forum zu beraten.

Die kollegiale Beratung im Beratungsforum wird auch in Zeiten der Pandemie angeboten. Wenn die Umstände es zulassen, kann die Beratung auch gemeinsam mit allen Beteiligten in Präsenz erfolgen. Alternativ können Video- und Telefonkonferenzen organisiert werden.

Erstberatung und Anmeldung zur anonymisierten, kollegialen Fallberatung im Sozialpsychiatrischen Dienst:

Johanna Ostermann, 0441 235-8625,
E-Mail: johanna.ostermann@stadt-oldenburg.de

Roland Kohls, 0441 235-8666,
E-Mail: roland.kohls@stadt-oldenburg.de

Kontakt zur Autorin/zum Autor:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

2. Schwerpunktthema: Früherkennung psychischer Störungen

Einführung zum Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“

Christina Kok/Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Wir blicken zurück...

Im Landespsychiatrieplan Niedersachsen¹⁵, der im Jahr 2016 im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung erstellt wurde, ist die Empfehlung festgehalten, die Frühintervention zur Verhinderung von Krankheitsverschlimmerung und Chronifizierung auszubauen. Der Ausbau soll zudem sozial desintegrierende Krankheitsfolgen verhindern beziehungsweise mildern.

Vor dem Hintergrund des Landespsychiatrieplans wurden in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes aus dem Jahr 2017/2018¹⁶ Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Prävention“ herausgegeben. Bereits in diesem Zusammenhang wurde auch für die Stadt Oldenburg auf die Wichtigkeit von Maßnahmen zur Früherkennung von psychischen Störungen hingewiesen.

Zwei Jahre später schrieb Herr Universitätsprofessor Dr. Dr. Hurlemann von der Universitätsklinik der Karl Jaspers Klinik in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2020/2021¹⁷ folgendes: „Die Majorität der psychischen Erkrankungen manifestiert sich im Kindes- und Jugendalter. Geplant ist deshalb der Aufbau einer transitionspsychiatrischen Versorgung, um die Kompetenzen im Bereich Früherkennung und Frühintervention insbesondere schizophrener Erkrankungen zu bündeln und Behandlungsbrüche zu verhindern.“

¹⁵ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) 2016: Landespsychiatrieplan Niedersachsen – Zusammenfassung -. Niedersachsen: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, S. 33ff.

¹⁶ Sozialpsychiatrischer Dienst Oldenburg (Hrsg.)2017, Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum

Thema Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen, Dr. phil. P. Orzessek/A. Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst, S. 133

¹⁷ Sozialpsychiatrischer Dienst Oldenburg (Hrsg.) 2020: Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik, Prof. Dr. Dr. R. Hurlemann, S.20ff.

Auf dem letzten Sozialpsychiatrischen Forum, dem jährlichen Gesamttreffen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, im Frühjahr 2021 wurde für die Arbeit im Verbund und für die weitere Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes als neues Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“ vereinbart.

Während Sie ab Seite 112 die Empfehlungen zum letzten Schwerpunktthema „Psychiatrische Notfallversorgung“ lesen können, finden Sie in diesem Abschnitt der Ihnen vorliegenden Veröffentlichung diese Einführung und weitere Artikel, die sich mit Thema „Früherkennung psychischer Störungen“ auseinandersetzen.

Die Artikel sollen die Grundlage für die Diskussion in den Arbeitskreisen des Verbundes zur Frage, wie die „Früherkennung von psychischen Störungen“ in der Stadt Oldenburg verbessert werden kann, bilden. Die gemeinsame Arbeit an diesem Thema wird dann zu Empfehlungen führen, die in der nächsten Ausgabe des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2022 veröffentlicht werden.

Auf den Seiten 71 bis 84 drucken wir noch einmal die Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens ab, um den Zusammenhang zwischen den Begriffen Früherkennung und Prävention einzuordnen.

Bei vielen somatischen Erkrankungen sind Früherkennungsuntersuchungen inzwischen anerkannter Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Auch bei psychischen Störungen ist ein frühes Erkennen und Behandeln wichtig, denn auch bei ihnen besteht eine große Chance, einen ungünstigen Verlauf abzumildern oder einen chronischen Krankheitsverlauf zu verhindern.

Psychische Erkrankungen sind nicht selten und die Früherkennung somit besonders wichtig. Im Landespsychiatrieplan ist zu lesen: „Epidemiologische Untersuchungen geben Anhaltspunkte, dass in der Gesamtbevölkerung bezogen auf einen Einjahreszeitraum Erwachsene zu ca. 27 % bis 32 % eine psychische Störung aufweisen, bei Kindern und Jugendlichen sind 15 % bis 21 %

anzunehmen, für Personen ab 65 Jahre 20 % bis 25 %. Verteilung und Ausprägung psychischer Störungen variieren in Abhängigkeit von Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund.“

Es ist somit besonders bedeutsam, Einschränkungen durch Erkrankungssymptome rechtzeitig – wenn möglich noch vor dem Eintreten des Vollbildes der Erkrankung – zu erkennen, umfassend über Behandlungsmöglichkeiten und soziale Hilfen zu informieren und erste Behandlungsschritte in Angriff zu nehmen.

Alle häufigen und zur Chronifizierung neigenden psychiatrischen Störungen haben einen langjährigen Vorlauf, das stellten prospektive und retrospektive epidemiologische Forschungen in den vergangenen Jahren fest. Jahre beziehungsweise Jahrzehnte vor der ersten Diagnosestellung und der ersten Behandlung treten noch wenig charakteristische erste klinische Symptome und unterschwellige Anzeichen der kommenden Erkrankung auf.

Schizophrenien und andere psychotische Erkrankungen weisen im Mittel fünf Jahre vor dem Beginn der ersten Vollmanifestation sogenannte negative und unspezifische Symptome, wie etwa depressive Verstimmung, Ängstlichkeit und Konzentrationsstörungen auf.¹⁸

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) weist darauf hin, dass es bei schizophrenen Erkrankungen im Durchschnitt 15 Monate dauert, bis die Betroffenen nach dem Auftreten der ersten Symptome eine Therapie bekommen. Bei bipolaren Störungen sind es sogar zehn Jahre.¹⁹

Primärprävention gehört aus Sicht der DGPPN inzwischen zu den wichtigsten Zielsetzungen heutiger Psychiatrie. Doch trotz der Chancen, die eine Früherkennung schwerer psychischer Erkrankungen bietet, gibt es in Deutschland noch kein flächendeckendes Angebot von Früherkennungszentren, wie zum

¹⁸ Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) 2003: Kongressbericht Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Störungen, Ansätze zur Prävention und zur Vermeidung von Chronifizierung, Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier, S. A2236

¹⁹ Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) 2003: Kongressbericht Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Störungen, Ansätze zur Prävention und zur Vermeidung von Chronifizierung, Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier, S. A2236

Beispiel das Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ) an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik in Köln (siehe hierzu Seite 107ff.).

Kontakt zur Autorin/zum Autor:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens¹

Iphigenie Brandenbusch, Hermann Elgeti, Sandra Exner, Peter Orzessek, Anke Scholz und Folke Sumfleth

Zusammenfassung

Die Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens sollen nach dem 2017 novellierten NPsychKG nun auch darauf hinwirken, dass Angebote der Prävention in Anspruch genommen werden können. Den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) und Sozialpsychiatrischen Verbänden (SpV) kommt bei der Erfüllung dieser neuen Aufgabe eine besondere Bedeutung zu, und in diesem Beitrag erhalten sie dazu einige Empfehlungen. Sie basieren auf entsprechenden Diskussionen in der Arbeitsgruppe »regionale Vernetzung« des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN), die Ausarbeitung übernahm eine Autorengruppe aus diesem Kreis in eigener Verantwortung. Zunächst wird das zeitgemäße Verständnis von Prävention aus der Sicht der psychiatrischen Wissenschaft erläutert, das auch dem 2015 vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetz (PrävG) zugrunde liegt. Das Gesetz ermöglicht es der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen für vulnerable Bevölkerungsgruppen zu fördern. Dazu zählen zweifellos chronisch und schwer psychisch beeinträchtigte Menschen mit Teilhabe-Einschränkungen. Um diese Gruppe kümmern sich in den Kommunen Niedersachsens insbesondere auch die SpDi und SpV. Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV, nicht vorrangig eigene Präventionsprojekte zu konzipieren, sondern sich an geeigneten interdisziplinär angelegten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vulnerabler Gruppen auf kommunaler Ebene zu beteiligen. Beispielhaft werden Initiativen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (universelle Prävention), für Kinder psychisch kranker Eltern (selektive Prävention) und zur Alterssuizidalität (indizierte Prävention) näher erläutert.

1 Diese Empfehlungen basieren auf Diskussionen zum Thema in der Arbeitsgruppe 5 »regionale Vernetzung« des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen, zu deren Mitgliedern die Autorengruppe gehört.

Herausforderungen und allgemeine Empfehlungen

Prävention als neue Aufgabe im novellierten NPsychKG

Schon seit vielen Jahren wird von verschiedenen Seiten gefordert, der gestiegenen Bedeutung präventiver Ansätze auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen auch im NPsychKG Rechnung zu tragen. In der zum 01.10.2017 in Kraft getretenen Novellierung des NPsychKG haben Landkreise und kreisfreien Städte nach § 6 (Art und Ziele der Hilfen) nun u. a. auch darauf hinzuwirken, dass Angebote der Prävention in Anspruch genommen werden können. Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV, diese Aufgabe in den Verbundgremien zu diskutieren und nach Möglichkeiten zu suchen, ihr gerecht zu werden.

Zeitgemäßes Verständnis der Prävention aus der Sicht der Psychiatrie

Die früher als sekundäre und tertiäre Prävention bezeichneten Aktivitäten werden inzwischen nicht mehr zu den präventiven Maßnahmen gezählt, sondern zur Akut-Behandlung bzw. Stabilisierung bei behandelten Erkrankungen.² Man unterscheidet nun zwischen universeller, selektiver und indizierter (Primär-) Prävention, wobei sich letztere auf Personen mit ersten Krankheitszeichen unterhalb der Diagnoseschwelle bezieht. Hier gibt es eine enge Nachbarschaft zur Früherkennung und Frühintervention psychischer Störungen, die früher als Sekundärprävention bezeichnet wurden und inzwischen der Akutbehandlung zugerechnet werden (Abbildung 1). Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV der Kommunen, sich dieses zeitgemäße Verständnis von Prävention zu eigen zu machen. Unabhängig davon sollten selbstverständlich auch den Themen Früherkennung und Frühintervention – wie im Landespsychiatrieplan Niedersachsen gefordert – ein verstärktes Gewicht zugemessen werden.

Übergänge zwischen Prävention und Gesundheitsförderung

Maßnahmen zur Prävention von psychischen Störungen, die diagnosespezifisch ausgerichtet sind, werden abgegrenzt von solchen zur Förderung der seelischen Gesundheit. Diese sollen die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbes-

2 KLOSTERKÖTTER J (2017): Psychische Krankheiten verhindern (mit einem Hotspot zur Suizidprävention von Wolfersdorf M, Schneider, B, Hegerl U, Schmidtke A). In: HAUTH I, FALKAI P, DEISTER A (Hg.): Psyche Mensch Gesellschaft – Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 87–109

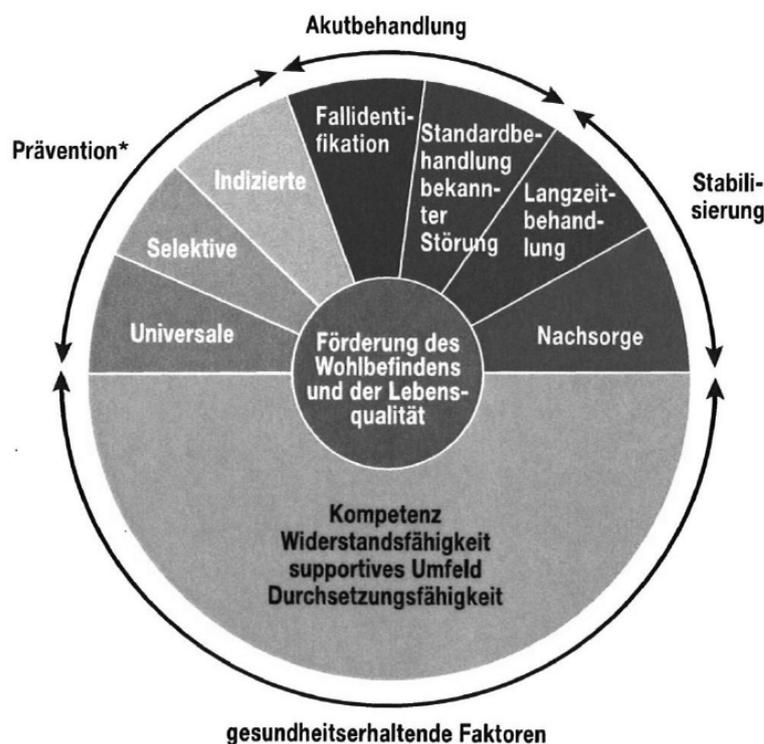


Abb. 1: Förderung der psychischen Gesundheit (nach Mrazek, Haggerty 1994)³

sern und ihre Widerstandskraft (*Resilienz*) gegenüber gesundheitsschädlichen Außeneinflüssen stärken, ohne Beschränkung auf Zielgruppen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko. Dabei stehen allgemeine Wirkfaktoren im Fokus, ebenso beim einzelnen Menschen (z. B. Selbstbewusstsein, Durchsetzungskraft, Substanzkonsum) wie bei den sozialen Rahmenbedingungen (z. B. Lebenswelten in der Familie und Wohnumwelt, in Schule, Ausbildung und Beruf). Hier gibt es Übergänge zu individuellen und umweltbedingten Risiko- und Schutzfaktoren, die sich auf die Entwicklung bestimmter psychischer Störungen beziehen. Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV, bei ihren Initiativen vor Ort zu klären, wie sie zu charakterisieren sind, welche Zielsetzung sie verfolgen und welchen Personenkreis sie erreichen wollen.

Einbettung der Aktivitäten in bestehende kommunale Strukturen

Beim Auf- und Ausbau von Angeboten zur Prävention psychischer Erkrankungen sollten die Sozialpsychiatrischen Verbände an schon bestehende kommunale Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung anknüpfen.

³ Aus: KLOSTERKÖTTER J (2008): Indizierte Prävention schizophrener Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt PP (Heft 8); 363–370

Hierzu sollte man den Austausch mit der örtlichen Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich (KIBIS)⁴ suchen und sich erkundigen, welche weiteren Initiativen es gibt, z. B. im Rahmen der Gesundheitsregion oder der Präventionsketten⁵.

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention

Im Juli 2015 hat der Bundestag das sogenannte Präventionsgesetz (PrävG) verabschiedet, das sich das oben erläuterte zeitgemäße Verständnis der Prävention zu Eigen macht. Nach der Neufassung des § 20 SGB V erbringt die Krankenkasse auch Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung). Sie sollen zur Verminderung sozial bedingter Risiken sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Neben Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention werden *Setting*-Ansätze verfolgt; darunter versteht man einerseits die Gesundheitsförderung in Betrieben, andererseits die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Lebenswelten werden definiert als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme u. a. des Wohnens, des Lernens und des Studierens sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports (SGB V § 20a Abs. 1, Satz 2). In diesem Zusammenhang fördern Krankenkassen in kassenübergreifender Zusammenarbeit insbesondere auch den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV, sich bei geplanten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auf lebensweltbezogene *Setting*-Ansätze zu konzentrieren und dazu Förderungsmöglichkeiten des PrävG zu erwägen.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Niedersachsen

Eine nationale Präventionsstrategie und Rahmenvereinbarungen auf Landesebene sollen das zielorientierte Zusammenwirken aller Beteiligten gewährleisten. Dazu gehören neben den Krankenkassen und den übrigen Sozialleistungsträgern die in den Ländern zuständigen Stellen wie der öffentliche Gesundheitsdienst sowie weitere relevante Einrichtungen und Organisationen. Im Rahmen der Umsetzung

4 Informationen gibt auch das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen unter <http://www.selbsthilfe-buero.de/>

5 Informationen gibt auch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. unter www.gesundheit-nds.de

des PräVG hat der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit beauftragt, die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit qualitativ und quantitativ weiterzuentwickeln und personell aufzustocken. Somit zählt zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen die Erstberatung von Lebenswelten-Verantwortlichen, die Unterstützung beim Aufbau kommunaler Strukturen, die Koordination von Netzwerken bzw. die Kooperation mit ihnen sowie die Qualifikation von Multiplikator*innen im Rahmen von Fachtagungen sowie Fort- und Weiterbildungen.

Darüber hinaus konzipiert die KGC derzeit Projektwerkstätten zur Umsetzung des Präventionsgesetzes für kommunale Akteur*innen/Träger*innen von Lebenswelten. Folgende Inhalte sollen im Rahmen der Projektwerkstätten vermittelt werden:

- Wissensvermittlung zu gesetzlichen Neuregelungen,
- Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten (auf Grundlage des Leitfadens Prävention in der aktualisierten Fassung),
- Planung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Projekte insbesondere mit Blick auf sozial benachteiligte Gruppen in nicht-betrieblichen Lebenswelten,
- Antragstellung im Rahmen des Präventionsgesetzes und des Leitfadens Prävention über die Gemeinsame Stelle der GKV Niedersachsen; Kriterien, Rahmenbedingungen usw.,
- Unterstützung des Auf- und Ausbaus kommunaler integrierter Strategien (ausgehend von der Kommune als Antragstellerin und Setting),
- Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten: Qualität von Anträgen und Projekten unterstützen.

Mitarbeiter*innen der SpDi und SpV sind ausdrücklich eingeladen, an den Fachtagungen, Fort- und Weiterbildungen sowie Projektwerkstätten teilzunehmen. Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV zudem, sich bei der Planung präventiver Maßnahmen von der KGC als Ansprechpartnerin der Kommunen beraten zu lassen.

Herausforderungen bei der Konzeption präventiver Maßnahmen

Wer Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung plant und durchführt, darf sich nicht auf eine individualmedizinische Sichtweise beschränken. Vielmehr müssen die allgemeinen Lebensbedingungen und eine bevölkerungsbezogene Perspektive berücksichtigt werden – nicht nur, aber insbesondere auch im Hinblick auf psychische Erkrankungen. Dies bezieht Armut, Arbeitslosigkeit und

andere Ausgrenzungserfahrungen ein.⁶ Die Forschungen zu Vorstellungen und Einstellungen der Bevölkerung aus den letzten 20 Jahren erbrachten insgesamt ernüchternde Ergebnisse:⁷ Die Akzeptanz psychiatrischer Behandlungsmethoden hat zwar zugenommen, die Einstellungen in der Bevölkerung haben sich jedoch trotz aller Antistigma-Kampagnen zu depressiv Erkrankten und Alkoholkranken nicht verbessert, zu schizophren Erkrankten sogar verschlechtert. Dazu haben offenbar auch das bisher vorherrschend vertretene biologische Krankheitsmodell und eine einseitig individualpsychologische Sichtweise beigetragen, die unbedingt um psychosoziale bzw. gesellschaftliche Perspektiven zu ergänzen wären. Breit angelegte Bevölkerungskampagnen scheinen nur einen bescheidenen Effekt zu haben. Die am besten belegte Strategie zur Entstigmatisierung ist persönlicher Kontakt mit Betroffenen.⁸ Schließlich muss man darauf achten, dass der mögliche Nutzen präventiver Maßnahmen in einem marktgesteuerten Gesundheitssystem mit seiner Ausrichtung auf Umsatzsteigerung und Gewinn nicht in sein Gegenteil umschlägt.⁹ Der LFBPN empfiehlt den SpDi und SpV, diese Erkenntnisse bei der Planung präventiver Aktivitäten zu berücksichtigen.

Empfehlungen zur universellen Prävention: Prävention durch Entstigmatisierung

Die Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen schafft verbesserte Teilhabe-Möglichkeiten der betroffenen Menschen durch Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit und verminderte Belastungen ihres Selbstwertgefühls. Jeder Mensch kann seelisch erkranken, und jeder, der hiervon betroffen ist, läuft Gefahr, zum Opfer seiner eigenen Vorurteile zu werden. Je mehr Vorurteile ich hege, desto schwerer fällt es mir im Falle einer seelischen Krise oder Erkrankung, rechtzeitig Hilfsangebote zu nutzen, darunter vor allem auch Möglichkeiten aus dem Bereich der Selbsthilfe. Auch das in den Medien vermittelte Bild von der Psychiatrie und von seelisch erkrankten Menschen behindert oft die Bemühungen um Entstigmatisierung. Es bleibt eine kontinuierliche Aufgabe, dem entgegenzuwirken, z. B. durch eine per-

6 Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (2016): »Psychiatrische Versorgung: Länder wollen Prävention ausbauen. Stellungnahme des Fachausschuss Psychiatrie«

7 ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H, SCHOMERUS G (2017): 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 44 (im Druck)

8 SCHOMERUS G, ANGERMEYER MC (2011): Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie* up2date 5 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276917>

9 DÖRNER K (2004): Prävention ohne Zwang zur Gesundheit. In: *Aktion Psychisch Kranke*, SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H, PEUKERT R (Hg.): *Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 140–147

sönliche Stellungnahme in Diskussionsrunden, einen Leserbrief oder Positionierung in sozialen Medien. Im Folgenden werden Anregungen gegeben zur Ausgestaltung der Antistigma-Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden:

- Durchführung von öffentlichen Veranstaltungen zur Information und Diskussion psychiatrisch relevanter Themen, z. B. in Form von Lesungen, Aufführungen eines Theaterstücks oder eines Kinofilms;
- Förderung der Ausbildung von betroffenen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zur Genesungsbegleitung (z. B. nach dem Ex-In-Modell) und Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für Absolventen dieser Ausbildung;
- Entwicklung inklusiver Arbeits- bzw. Beschäftigungsprojekte mit öffentlicher Wirksamkeit und Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit der Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM);
- Etablierung einer dialogischen Grundhaltung im Sozialpsychiatrischen Verbund und allen psychiatrischen Versorgungsbereichen mit einer im Alltag gelebten Gleichberechtigung der Perspektiven und Partnerschaft zwischen der betroffenen Menschen, ihren Angehörigen und den Professionellen;
- regelmäßige Durchführung öffentlicher Dialog-Veranstaltungen, Beteiligung an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen oder Aktionen, z. B. örtliche Gesundheitstage, Gesundheitsmärkte, Aktionstag der seelischen Gesundheit;
- Stärkung der Selbsthilfefreundlichkeit aller Versorgungsangebote;
- Öffnung der psychiatrischen Kliniken, auch mittels Durchführung öffentlicher kultureller Veranstaltungen in ihren Räumlichkeiten,
- regelmäßige Teilnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes und/ oder einer Vertretung des Sozialpsychiatrischen Verbundes an den Sitzungen des Sozial- und Gesundheitsausschusses der Kommune, dabei auch Einbringen psychiatrisch relevanter Themen;
- Nutzung der speziellen Tage der WHO, z. B. Tag der seelischen Gesundheit.

Mit Engagement und Kreativität lassen sich weitere und oft noch ungeahnte Möglichkeiten erschließen – nur Mut!

Empfehlungen zur selektiven Prävention: Ein Beispiel zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern

Fachliche Begründung und historische Entwicklung des Projekts

Das vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) der Stadt Delmenhorst koordinierte Unterstützungsangebot DelKip hat sich mit Hilfe der engagierten Beteiligung vieler Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) als gesundheitsförderliche kommunale Präventionsmaßnahme entwickelt und bewährt. Es betrifft

Personen bzw. Gruppen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko und kann anderen Regionen als Beispiel selektiver Prävention dienen.

Kinder psychisch kranker Eltern werden trotz ihrer äußerst schwierigen Lebenssituation von der Fachwelt als Angehörige auch heutzutage noch häufig vergessen. Sie haben selbst ein massiv erhöhtes Risiko für Beeinträchtigungen ihrer seelischen Gesundheit, aber das Gefährdungspotential lässt sich durch eine effektive Unterstützung der betroffenen Kinder wesentlich reduzieren. Gleichzeitig lassen sich auf diese Weise kostenintensive Jugendhilfemaßnahmen abkürzen oder einsparen.

Bereits 1932 stellte ein Kongress in Amerika eine empirische Studie an Kindern psychotischer Patienten vor. 1966 kam die Dissertation des Psychiaters Sir Michael Rutter über seine Untersuchung an 461 Kindern (*Children of sick Parents*) heraus. Anfang der 1970er Jahre erschienen in Deutschland und in der Schweiz Dissertationen zu dem Thema. In den 1980er Jahren wurden in den Niederlanden praktische Hilfsangebote und Informationshefte entwickelt, die später für den deutschen Sprachraum angepasst und übersetzt wurden. Die wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu diesem Thema nahmen sprunghaft zu, 13 waren es Anfang der 1960er Jahre, 325 im ersten Jahrzehnt dieses Jahrtausends. In Deutschland entstanden in den 1990er Jahren erste konkrete Hilfeangebote, so KIPKEL in Hilden und Auryn in Freiburg. Bis heute sind es rund 100 Initiativen, wovon einige allerdings nach Ablauf der Projektzeit wegen fehlender Anschlussfinanzierung eingestellt wurden. Inzwischen sind mehrere Fachbücher und vor allem auch Kinderbücher zum Thema veröffentlicht worden.¹⁰

In Delmenhorst widmete sich die Fachgruppe Kinder/ Jugend/ Familie des SpV schon früh der Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern. Sie warb und informierte kontinuierlich durch Vorträge und Tagungen.¹¹ 2007 hatte die Fachgruppe eine Studie durchgeführt, in der 202 Delmenhorster Familien mit einem psychisch kranken Elternteil erfasst wurden. 2008 entstanden erste Patenschaften und eine Spiel- und Gesprächsgruppe für betroffene Kinder. 2011 ergab eine Untersuchung im Rahmen einer *Bachelor*-Arbeit, dass sich psychisch kranke Eltern in Delmenhorst vor allem eine wahrheitsgemäße und altersadäquate Aufklärung für ihre Kinder wünschten. Da eine solche angstreduzierende Aufklärung als wesentlicher Schutzfaktor gilt, haben wir 2011 ohne zusätzliche Ressourcen das zunächst auf ein Jahr angelegte Projekt DelKip gestartet. Es entwickelte sich so erfolgreich, dass wir es nie beendet, sondern weiter ausgebaut und um die DelKip-Fachberatung ergänzt haben.

¹⁰ Informationen im Netz finden sich z.B. auf den Seiten www.bag-kipe.de, www.kipsy.net und www.netz-und-boden.de

¹¹ zuletzt 2017 mit einem Vortrag »Von 3 bis 30 – werden Kinder nie erwachsen? Bindung, Lebensphasen, Übergänge« beim 20-jährigen Jubiläum des SpV und einem Vortrag »VERrücktes Familienleben – Kinder psychisch kranker Eltern« im September 2017

Beschreibung der DelKip-Bausteine des Projekts

Im Rahmen des Bausteins DelKip bietet der Fachdienst Gesundheit der Stadt Delmenhorst Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Gespräche und Hilfen an, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Dabei geht es um eine angst-reduzierende Information über die psychische Erkrankung der Eltern. Fragen werden beantwortet, und bei Bedarf geht es auf die Suche nach Hilfen zur Erleichterung des Alltags. Die betroffenen Eltern und weitere Bezugspersonen erhalten Unterstützung, um über ihre Erkrankung mit den Kindern zu sprechen. Die Ansprechpartner beraten, wo die Betroffenen für sich selbst Hilfe finden können, und überlegen gemeinsam mit ihnen, wie sie wieder mehr für ihre Kinder da sein können. Die Zusammenarbeit erstreckt sich auf alle Personen und Einrichtungen, die sich für die Belange von Kindern psychisch kranker Angehöriger engagieren.

Der Projektbaustein Fachberatung wendet sich an Fachpersonal im Jugend- und Gesundheitsbereich, das oft in Interessenskonflikte zwischen Kindern und ihren psychisch kranken Eltern gerät. Dabei geht es auch um die Frage, welche Interventionen hilfreich wären, und manchmal gibt es Zweifel, ob die Eltern das Kindeswohl noch sicherstellen können. Es ist eine gemeinsame Aufgabe des mit solchen Problemstellungen befassten Personals im Gesundheitswesen und in der Jugendhilfe, der besonderen Situation dieser Kinder und ihrer psychisch kranken Eltern mit der gebotenen Aufmerksamkeit und Sorgfalt zu begegnen. Im Herbst 2016 wurde zu diesem Zweck das DelKip-Beratungsforum ins Leben gerufen, das interdisziplinär und institutionsübergreifend arbeitet. Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe, den Kindertagesstätten und Schulen haben dabei regelmäßig die Möglichkeit, in anonymisierter Form einen Fall ausführlich vorzustellen. Im Beratungsforum werden dann gemeinsam Lösungsansätze und neue Handlungsperspektiven entwickelt, dabei auch der Blick auf die bereits vorhandenen Ressourcen geschult.

Kooperationspartner für das DelKip-Beratungsforum sind der SpDi, der Kinder- und Jugendärztliche Dienst, der Allgemeine soziale Dienst des Jugendamtes, die Psychologische Beratungsstelle, die psychiatrische Tagesklinik Delmenhorst der Karl-Jaspers-Klinik, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wichernstift und die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Josef-Hospitals Delmenhorst. Die 2016 geschlossene Kooperationsvereinbarung regelt u. a., dass die beteiligten Einrichtungen zeitliche Ressourcen für das Beratungsforum zur Verfügung stellen, für personelle Kontinuität sorgen und Vertretungssituationen regeln. Das Beratungsforum findet vierteljährlich beim Fachdienst Gesundheit der Stadt Delmenhorst statt. Die Fälle werden dort angemeldet und anonym dokumentiert. Die Ergebnisse werden intern protokolliert; ein Rückmeldebogen dient der Qualitätssicherung.

Mit der Auftaktveranstaltung am 18. Juni 2014 begann die Verknüpfung der Präventionsbausteine zu einer Präventionskette. Ausgangspunkt waren folgende, in Delmenhorst seit 1994 aufgebauten Präventions-Bausteine: Kommunaler Präventionsrat (ehemals: Kriminalpräventiver Rat) der Stadt Delmenhorst, Nachbarschaftsbüros Wollepark und Düsternort des Diakonischen Werks, *Streetwork*, Sozialarbeit an Schulen der Delmenhorster-Jugendhilfe-Stiftung, Familienstützender Dienst der Arbeiterwohlfahrt und der Lebenshilfe e. V., Familienhebammendienst der Caritas, Neugeborenen-Besuchsdienst der Stadt Delmenhorst, Runder Tisch Unfallprävention (der zur Zertifizierung von Delmenhorst als erste deutsche »Safe Community« führte), Mobiler Dienst Grundschule, Mobiler Dienst Kindergarten für Kinder mit sozial-emotionalem Förderbedarf und die drei Familienzentren, die seit 2011 eingerichtet wurden.

Empfehlungen zur indizierten Prävention am Beispiel der Suizidalität im Alter

Relevanz des Themas und Risikofaktoren

Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zielt die indizierte Prävention auf Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen. In diesem Beitrag wird zunächst das Thema der Suizidalität im Alter skizziert, um die Notwendigkeit entsprechender präventiver Programme zu begründen und dazu mögliche Ansatzpunkte zu beschreiben.

Der vollzogene Suizid ist ein Thema des Alters; denn die Gefährdung steigt mit zunehmendem Alter an: Die Suizidziffer pro 100 000 Einwohner beträgt bei den über 60-Jährigen für Männer 35, für Frauen 10, sie ist im Vergleich zum Durchschnitt aller Altersgruppen damit fast doppelt so hoch (Männer: 20; Frauen: 6). Zu den allgemeinen Risikofaktoren zählen z. B. eine psychische Erkrankung (insbesondere Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen) und Suizidversuche in der Vorgeschichte.

Daneben gibt es auch spezielle Risikofaktoren für Suizidalität im höheren Lebensalter. Zunächst ist hier der mögliche Verlust bzw. das mögliche Nachlassen von körperlicher, seelischer und sozialer Gesundheit zu nennen. Das Älterwerden konfrontiert Menschen mit einem Nachlassen der Leistungsfähigkeit. Körperliche Erkrankungen treten mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auf, schränken oftmals auch die Mobilität ein oder sind mit Schmerzen verbunden; Multimorbidität ist keine Seltenheit. Ein weiterer Risikofaktor ist nachlassende geistige Leistungsfähigkeit, auch wenn sie möglicherweise zunächst durch die größere Erfahrung der alten Menschen kompensiert werden kann. Psychische

Erkrankungen können im Alter neu auftreten, z. B. depressive oder demenzielle Entwicklungen. Zusätzlich leidet oft auch die soziale Gesundheit. Freunde oder sogar der Lebenspartner versterben, werden krank oder sind in der Mobilität eingeschränkt. Eigene Kinder sind längst erwachsen geworden und führen ihr eigenes Leben.

Diese Einschränkungen der Gesundheit verändern auch die Möglichkeiten, das eigene Leben selbständig zu gestalten. Möglicherweise muss Hilfe angenommen werden, um Angelegenheiten im eigenen Leben zu bewältigen, die zuvor noch Bestandteil des eigenen Selbstbildes waren. Die Frage nach dem Sinn der eigenen Existenz kann auftauchen; insbesondere wenn ihr im bisherigen Lebenslauf nicht genügend Beachtung geschenkt wurde. Das kann dann bis zu einem gefühlten Verlust der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens führen: »Ich bin zu nichts mehr nütze und nur noch eine Last für andere.«

Diese Veränderungen können, auch in Verbindung mit dem Verhalten des sozialen Umfeldes, Kränkungen mit sich bringen, die sich eventuell auch krisenhaft zuspitzen. Dabei sind neben den individuellen auch die gesellschaftlichen Einstellungen zum Alter zu beachten. Wenn nur aktuelle Leistung, hohes Tempo und diejenigen Dinge zählen, die sich vermeintlich »lohnen«, wirken das Alter und die älteren Menschen im allgemeinen Bewusstsein leicht als überflüssig und lästig. Gleichgültigkeit gegenüber Suiziden im Alter drückt sich möglicherweise aus in dem Gedanken »Der hat ja sein Leben gelebt«. Die Auseinandersetzung mit solchen Einstellungen muss nicht nur individuell, sondern auch gesamtgesellschaftlich geführt werden.

Suizidalität erkennen und dem Suizid vorbeugen

Wenn die Risikofaktoren und präventiven Ansätze zur Suizidalität im Alter bekannt sind, kann das Problem im Einzelfall auch besser wahrgenommen werden. Bedeutsam ist auch die Kenntnis des Präsuizidalen Syndroms (RINGEL 1953) und der Stadien der Suizidalen Entwicklung (PÖLDINGER 1968). Praktisch relevant sind darüber hinaus neuere Entwicklungen wie die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (JOINER 2005) und das 6-Phasen-Modell suizidaler Krisen (REISCH 2012). Wichtig ist, dass die Bezugspersonen des betroffenen Menschen auch seine indirekten Suizidäußerungen (z. B.: »Ich hätte gerne endlich Ruhe.«) erkennen, um diese dann offen, empathisch und angstfrei anzusprechen. Der Ablauf der Krisenintervention bei Suizidalität im Alter sollte sich an einem fachlich etablierten Schema orientieren, z. B. an den fünf Phasen von RUPP (2012): Verbinden, Vorbereiten, Verstehen, Verändern, Verabschieden. Orientierung für die therapeutische Arbeit gibt auch das Prozessmodell von TEISMANN & DORMANN (2014).

Wo kann eine wirksame Suizidprävention überhaupt ansetzen? Zunächst geht es um eine individuelle Vorbereitung auf das Alter, im Hinblick sowohl auf die körperliche als auch auf die seelische und die soziale Gesundheit. Dazu gehören u.a. eine ausreichende Bewegung, eine ausgewogene Ernährung und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Freundschaften und Beziehungen müssen gepflegt werden, möglichst auch zu jüngeren Menschen. Mit einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht kann rechtzeitig der eigene Willen dokumentiert werden. Schon in jüngeren Jahren sollte man sich damit auseinandersetzen, später möglicherweise einmal auf die Annahme von Hilfen angewiesen zu sein. Das Gleiche gilt für die Sinngebung des eigenen Lebens, um sich die Sinnfrage nicht erst im Alter stellen zu müssen. Hierbei ist wiederum zu betonen, dass es dabei sowohl um individuelle als auch um gesellschaftliche Einstellungen zum Alter geht.

Wer präventiv tätig werden will, muss zunächst überhaupt einmal das Gespräch mit suizidalen alten Menschen suchen. Menschen, die Kontakt zu Älteren haben, sollten um diese Problematik wissen, versteckte Suizidäußerungen erkennen und ernst nehmen. Dann bedarf es aber natürlich auch einer im Ernstfall verfügbaren Krisenhilfe. Wenn altersgebrechliche und sterbenskranke Menschen Bescheid wissen über die Hilfsmöglichkeiten am Lebensende, zu denen Palliativmedizin, Hospizdienste und Schmerztherapie gehören, verändert das unter Umständen ihre Perspektive auf das eigene Ende. Nicht vergessen dürfen wir auch den Bedarf an geeigneter Unterstützung für die (pflegenden) Angehörigen.

Indizierte Präventionsprogramme umfassen nach der Definition der BZgA allgemein solche Interventionen, die auf spezifische Hochrisikopersonen vorsorgend, frühbehandelnd, schadensminimierend oder rückfallpräventiv einzuwirken versuchen. Das kann über Mentoren-Programme geschehen, die das *Screening* und die Früherfassung von sogenannten Risikoträgern schulen, in Verbindung mit der Fähigkeit zur Vermittlung geeigneter Angebote zur Beratung, Betreuung und Pflege, Behandlung und Rehabilitation. Ein Projekt zur indizierten Prävention bei Suizidalität im Alter wäre also z. B. die Schulung von Hausärzten und Pflegekräften, Personal im Rettungsdienst, ehrenamtlich in der Altenhilfe tätigen Laienhelfern und anderen Schlüsselpersonen (*Gatekeeper*).

Es ist bekannt, dass ältere Menschen seltener von sich aus psychosoziale Hilfen in Anspruch nehmen. Also ist es sinnvoll, dass die Personen, die ohnehin viel Kontakt zu älteren Menschen haben, für dieses existenzielle Thema sensibilisiert werden und Handwerkzeug vermittelt bekommen. Wenn das Ausmaß von Suizidalität im Alter, häufige Suizidmethoden, Risikofaktoren und Vorurteile bekannt und Gesprächsinterventionen gelernt und geübt sind, dann kann »das Unerhörte« gegenüber dem älteren Menschen angesprochen werden. Entlastung wäre so unmittelbar möglich, in weiterführende Hilfen könnte vermittelt werden. Von der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm

für Deutschland liegen bereits geeignete Materialien und Erläuterungen zu Aus-, Fort- und Weiterbildungszwecken vor.

Literatur

- Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2013): Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter. <https://www.bmfsfj.de/blob/95512/984d4e818ac61c2c610e610d7e872211/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-data.pdf> (letzter Zugriff: 12.12.2017)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Prävention und Krankheitsprävention. www.leitbegriffe.bzga.de/pdfseite.php?id=angebote&idx=130 (letzter Zugriff: 12.12.2017)
- EINK M, HALTENHOF H (2017): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- JOINER TE (2005): Why people die by suicide. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- LINDNER R, HERY D, SCHALLER S, SCHNEIDER B, SPERLING U (2014): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Berlin: Springer.
- PÖLDINGER W (1968): Zur Abschätzung der Suizidalität. Bern: Huber.
- REISCH T (2012): Wo kann Suizidprävention ansetzen? Vorschlag eines 6-Phasen-Modells suizidaler Krisen. *Psychiatrische Praxis* (39); 257–258.
- RINGEL E (1953): Der Selbstmord – Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Wien: Maudrich.
- RUPP M (2012): Basiswissen: Psychiatrische Krisenintervention. Köln: Psychiatrie Verlag.
- SCHNEIDER B, SPERLING U, WEDLER H (2011): Suizidprävention im Alter. Frankfurt/Main: Mabuse.
- TEISMANN T, DORRMANN W (2014): Suizidalität. Göttingen: Hogrefe.

Kontaktadresse für die Autorengruppe

*Dr. Hermann Elgeti
Geschäftsstelle des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen
Region Hannover – Dezernat für soziale Infrastruktur
Stabsstelle Sozialplanung
Hildesheimer Str. 20
30169 Hannover
hermann.elgeti@region-hannover.de*

Anlage: Erläuterungen zum Begriff der Prävention

Die beiden Tabellen wurden erstellt in Anlehnung an den Artikel von KLOSTERKÖTTER J (2017): Psychische Krankheiten verhindern (mit einem Hotspot zur Suizidprävention von Wolfersdorf M, Schneider, B, Hegerl U, Schmidtke A). In: HAUTH I, FALKAI P, DEISTER A (Hg.): Psyche Mensch Gesellschaft – Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 87–109

Tabelle 1: Gebräuchliche Einteilungen der Prävention

nach dem Zeitpunkt	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
nach den Zielgruppen	universelle, selektive und indizierte Prävention
nach den Ansatzpunkten	medizinische, Verhaltens- und Verhältnisprävention

Tabelle 2: Erläuterungen und ausgewählte Beispiele zur Primärprävention

Bezeichnung	Beschreibung	ausgewählte Beispiele aus der Stadt Wolfsburg
universell	Angebote für die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen ohne vorherige Risiko-identifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit: Tag der seelischen Gesundheit, Suchtpräventionsprogramme/ Fachstelle für Suchtprävention • Schulprojekt »Verrückt na und?« • Projekt HaLT (Hart am LimiT) • Schulungen von Ärzten und Pflegekräften zu Themen wie Demenz, Suizidalität • Frühe Hilfen • Verhältnisprävention – Quartiersentwicklung • Bildungsoffensive – Präventionsketten • Gesundheitsregion
selektiv	Angebote an Individuen oder Bevölkerungsgruppen mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> • Patenprojekt – »Kleine Angehörige« • Elternsprechstunde • Schulsprechstunde • Krisendienst • Akutsprechstunde Psychotherapeuten
indiziert	Angebote für Personen, die ein hohes Erkrankungsrisiko besitzen, aber bislang keine Diagnosekriterien erfüllen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit aller Beratungsangebote innerhalb und außerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes für psychosoziale Notlagen, einschließlich Verfügbarkeit eines Krisenwegweisers • Niederschwelliger Zugang zu frühzeitiger (Notfall-) Behandlung • offene Sprechstunde im Sozialpsychiatrischen Dienst einschließlich Angehörigenberatung

Quelle:

Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens" (S. 153 ff) aus Psychiatrie in Niedersachsen, Band 9, 2017/18. Psychiatrie Verlag, Köln.

Kinder mit sozial-emotional herausforderndem Verhalten

Beratungsangebot für Kindertagesstätten durch den Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitsamt

Daniela Eckbauer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsamt Oldenburg

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigt in der Welle 2 (2014 bis 2017) anhand repräsentativer Daten erneut, dass psychische Auffälligkeiten bereits bei Kindern im Vorschulalter zu beobachten sind. Die durchgeführte Fragebogenerhebung zu Stärken und Schwächen ihrer Kinder (SDQ) zeigt im Ergebnis, dass 13,9 Prozent der Mädchen und 20,9 Prozent der Jungen im Alter von 3 bis 5 Jahren von ihren Eltern als psychisch auffällig wahrgenommen werden.

Es gilt, dass emotionale und soziale Probleme besonders dann auffallen, wenn sie nach außen gerichtet, das heißt expansiv oder externalisierend sind.

Unter dem Begriff expansives Problemverhalten oder auch herausforderndes Sozialverhalten werden unter anderem folgende Verhaltensweisen verstanden:

- Mangelnde Regelakzeptanz
- Mangelnde Frustrationstoleranz
- Oppositionelles Verhalten
- Aggressivität (Fremd- und Selbstgefährdung)
- Impulsivität (Unfallneigung)
- Unruhe (auch motorisch)
- Unkonzentriertheit, leichte Ablenkbarkeit
- Eingeschränktes Spielvermögen
- Nachteilige Effekte auf andere Kinder (zum Beispiel Ängste)

Die Ursachen für ein solches Verhalten sind sehr unterschiedlich, können sich gegenseitig bedingen oder verstärken und müssen individuell recherchiert

werden, um passende Interventionen einleiten zu können. Folgende Ursachen sind denkbar:

- Mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern
- Psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen der Eltern
- Irritation durch Trennung und/oder Scheidung der Eltern
- Häusliche Gewalt
- Misshandlung/Missbrauch/Vernachlässigung
- Entwicklungsdefizite (zum Beispiel kognitiv) oder somatische Erkrankungen beim Kind
- Psychische Belastungen oder Erkrankungen des Kindes:
 - Belastungsstörungen ICD10 F43 (Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen),
 - Tiefgreifende Entwicklungsstörungen ICD10 F84 (Autismus-Spektrum-Störungen),
 - Hyperkinetische Störungen ICD10 F90 (ADHS),
 - Störungen des Sozialverhaltens ICD10 F91,
 - Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ICD10 F94 (reaktive Bindungsstörung, Bindungsstörung mit Enthemmung)

Im Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg steht seit 2018 eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für die Beratung von Mitarbeitenden in Kindertagesstätten zur Verfügung. Zuvor war in den Einrichtungen herausforderndes Sozialverhalten der betreuten Kinder im zunehmenden Umfang beobachtet worden.

Die Beratung durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin beinhaltet eine Hospitation in der Einrichtung, Gespräche mit den Mitarbeitenden in der Einrichtung, Gespräche mit den Sorgeberechtigten sowie gemeinsame Gespräche mit allen Beteiligten je nach Bedarf. Ziel der Beratung ist es, hilfreiche Interventionen zu ermitteln und anzubahnen.

Die erforderlichen Interventionen in diesen Fällen gehen oftmals weit über ein pädagogisches Handeln im Rahmen der Kindertagesstätte hinaus und beinhalten zum Beispiel eine Begutachtung auf Frühförderbedarf, somatische und/oder kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Hilfen zur Erziehung, weitere Beratungs- oder Therapieangebote. Dazu bedarf es des Einbezugs von Fachkräften aus den Bereichen SGB V, SGB VIII und SGB IX aus dem bestehenden Helfersystem in der Stadt Oldenburg, um den Familien adäquat helfen zu können.

Unbehandelt tendieren expansive Verhaltensauffälligkeiten zum Persistieren und beeinträchtigen in der Folge sehr häufig auch den Schulerfolg.

Nach innen gerichtete (internalisierende) Auffälligkeiten wie Traurigkeit, Ängste, extreme Anpassung oder sozialer Rückzug fallen im Vergleich dazu weniger auf und bereiten in den Kindertagesstätten in der Regel auch weniger Probleme.

Ob externalisierend oder internalisierend – psychische Auffälligkeiten beeinträchtigen in jedem Fall die Persönlichkeitsentwicklung, Lern- und Leistungsfähigkeit und auch die soziale Teilhabe der betroffenen Kinder.

Erfreulicherweise zeigt es sich, dass die Kindertagesstätten das Beratungsangebot auch dann nutzen, wenn Kinder mit internalisierenden Verhaltensweisen auffallen und so auch Hilfsangebote für diese Gruppe von Kindern initiiert werden können.

Im Vorschulalter lassen sich keine langfristigen Aussagen darüber treffen, in welcher Weise sich psychische Auffälligkeiten über die Lebensspanne entwickeln werden. Die Interventionen sollen dazu beitragen, die verfügbaren Ressourcen der betroffenen Kinder zu stärken, um so ihre Resilienz zu fördern. Sind bereits psychische Erkrankungen zu diagnostizieren, kann die Anbahnung einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schon im Vorschulalter einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die psychische Gesundheit der Kinder nachhaltig wiederherzustellen.

Es wird deutlich, welche zentrale Rolle in der Früherkennung psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen gerade bei jungen Kindern den Kindertagesstätten zukommt. Qualifizierte Mitarbeitende in den Einrichtungen können hier wichtige Weichen für das gesunde Aufwachsen von Kindern stellen, wenn sie entsprechende Symptome aufmerksam beobachten und dann Hilfen initiieren. Das Beratungsangebot für Kindertagesstätten flankiert und unterstützt diese Arbeit und weist Wege ins etablierte Hilfesystem.

Kontakt zur Autorin:

Daniela Eckbauer, Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitsamt,
Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

Kidstime

Merle Bührmann, Amt für Jugend und Familie, Koordination Präventionskette

„Kidstime“ ist ein Angebot für Eltern mit psychischen Belastungen/Erkrankungen und ihre Kinder. Das Programm arbeitet mit dem multifamilientherapeutischen Ansatz. Im Gruppensetting werden sowohl die Eltern als auch deren Kinder unterstützt.

Das Angebot findet jeden dritten Freitag im Monat in der Zeit von 15 bis 18 Uhr in den Räumen der Gemeinwesenarbeit (GWA) Bloherfelde statt.

Mit Hilfe dieses Angebotes soll einer Isolation, die oftmals mit einer seelischen Belastung verbunden ist, entgegengewirkt werden. Die Kinder erleben ein Stück Normalität und erfahren, dass sie nicht alleine in dieser Situation sind. Die Eltern haben die Möglichkeit zum Austausch und bekommen lebenspraktische Tipps für den Alltag. Darüber hinaus sollen die Eltern mittels dieses Konzeptes für die Emotionen, Gefühle und Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert werden. Familien, in denen sich ein Elternteil in einer Akutsituation befindet, sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Nachdem sich das Angebot im Stadtgebiet West etabliert hat, ist für das Jahr 2022/2023 eine Ausweitung auf einen weiteren Standort im Stadtgebiet Oldenburg Süd geplant.

Besonders Familien, die zusätzlich zur psychischen Erkrankung eines Elternteils auch weitere belastende Faktoren aufweisen, sind auf Angebote wie „Kidstime“ angewiesen. Neben den Belastungen, welche auf die Erkrankung zurückzuführen sind, erschweren Themen wie finanzielle Probleme, soziale Isolation, sprachliche Barrieren et cetera die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und der Gesundheitsprävention für die betroffenen Familien.

Mit Hilfe des Programms „Kidstime“ werden die Kinder und Jugendlichen in den Fokus der Unterstützung genommen.

„Aufgrund der vielfältigen Folgen einer elterlichen Erkrankung, die meist das gesamte Familiensystem betreffen, sind sowohl die Kinder als auch die erkrankten Eltern auf fachlich qualifizierte Beratung, Behandlung, Betreuung

und multiprofessionelle Hilfen angewiesen. Die krankheitsbedingt häufig eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch Erkrankten und der hochschwellige bürokratische Zugang zu Hilfen tragen dazu bei, dass betroffene Eltern vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen können oder keine für sie passenden Angebote finden. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil tragen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken.“²⁰

Zielgruppe sind Familien (Kinder und Eltern) in denen mindestens ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung/Belastung leidet. Die Fachkräfte aus den Kindertagesstätten, den Schulen, der Gemeinwesenarbeit, des „BewohnerInnenvereins Wir für Uns!“, der Arztpraxen, der Krankenhäuser, der Psychiatrie, des Sozialpsychiatrischen Dienstes et cetera machen die entsprechenden Familien auf das Angebot aufmerksam.

Die Teilnahme am Angebot ist freiwillig. Eine langfristige Anbindung wird angestrebt, um im Sinne der Beziehungsarbeit handeln zu können. Beim Angebot „Kidstime“ ist Vertrauen in der Beziehungsarbeit ein wichtiger Schwerpunkt. Die Gruppen werden von maximal zehn Familien und deren Kindern aufgesucht. Das Alter der Kinder kann von 3 bis 18 Jahren variieren. Die altersentsprechenden Bedürfnisse der Kinder werden im Setting berücksichtigt.

Die Treffen werden mit einem klaren zeitlichen Ablauf strukturiert, um über die Routine eine Sicherheit für die Teilnehmenden zu gewährleisten. Die Eltern und die Kinder werden zu Beginn jedes Treffens gemeinsam begrüßt.

In dieser sogenannten „Warming up-Phase“ werden die Familien von den Fachkräften in Empfang genommen, erste Beobachtungen zum aktuellen Empfinden der Teilnehmenden werden gesammelt. Nach diesem „Ankommen“

20

folgt ein gemeinsamer, inhaltlicher Impuls zu einem Schwerpunktthema wie zum Beispiel „Depressionen“, „Vereinsamung/Isolierung“ et cetera.

Nach dem gemeinsamen Teil der Veranstaltung wird die Gruppe getrennt. Sowohl die Kinder als auch die Eltern arbeiten mit je zwei Fachkräften weiter.

Je nach dem Altersschwerpunkt der Kinder wird das Thema aufbereitet. Der partizipative Ansatz ist für diese Arbeit von großer Wichtigkeit. Im geschützten Rahmen entwickeln die Kinder im Prozess miteinander, in welcher Form weiter zum Eingangsimpuls „gearbeitet“ wird. Mittels einer großen Methodenvielfalt (zum Beispiel theaterpädagogische Elemente, gestaltpädagogische Inhalte, et cetera) kann in diesem Setting individuell auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Kinder eingegangen werden. Somit erhalten die Kinder einen geschützten Rahmen, in dem sie sich austauschen können oder einfach mal „Kind“ sein können. Auch die Eltern arbeiten zum Thema, bekommen darüber hinaus aber auch die Möglichkeit, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen, Unterstützungsmöglichkeiten kennenzulernen und sich mit anderen erkrankten Eltern zu vernetzen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Einfluss der Erkrankung auf das Familienleben und insbesondere auf den Einfluss der Erkrankung auf die Kinder. Anschließend kommt die gesamte Gruppe zum gemeinsamen Essen zusammen.

Ein gemeinsamer Abschluss zum Ende eines jeden Termins findet mit allen Kindern und allen Eltern statt. Die Kinder präsentieren in Form eines kleinen Filmes, Zeichnungen oder Berichten, was sie an diesem Tag „erarbeitet“ haben.

Die Ziele des Angebotes „Kidstime“ sind sowohl auf verhaltens- als auch auf verhältnispräventiver Ebene zu benennen.

Maximal können je Standort 10 bis 12 Familien an dem Angebot teilnehmen.

Das Angebot „Kids Time“ wird über das GKV Bündnis für Gesundheit²¹ finanziert.

²¹ <https://www.gkv-buendnis.de/>

Die Anmeldung erfolgt über die psychologische Beratungsstelle der Stadt Oldenburg (Telefon 0441 235-3500).

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Fachbereich Frühe Hilfen/Prävention
Projektverantwortung: Petra Bremke-Metscher
Telefon 0441 235-3097
E-Mail: petra.bremke-metscher@stadt-oldenburg.de

Kontakt zur Autorin:
Merle Bührmann, Amt für Jugend und Familie, Koordination Präventionskette
Oldenburg, Bergstraße 25, 26122 Oldenburg

Fachstelle für Sucht und Suchtprävention – Rose 12 – in Oldenburg

Dhara Breitholz, Sozialarbeiterin B. A., STEP gGmbH, Rose 12

Die Abteilung Prävention unserer Fachstelle für Sucht ist seit Anfang des Jahres 2021 neu besetzt und stellt sich besonders in den Bereichen der Organisation und Struktur auch in Zusammenarbeit mit der Stadt Oldenburg neu auf. Gerne arbeiten wir hierfür mit Behörden, Einrichtungen der Jugendhilfe, Schulen und Sportvereinen zusammen und erarbeiten zugängliche Angebote für drogengefährdete Kinder und Jugendliche. In Gremien und Schulungen können Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Projekte aktiviert werden und zukünftig die Reichweite unserer Suchtprävention vergrößern.

Junge Konsumentinnen und Konsumenten

Insbesondere in den vergangenen eineinhalb Jahren bemerken wir den Anstieg des Beratungs- und Behandlungsbedarfs Jugendlicher und junger Erwachsener bezüglich ihres Drogen- und Medikamentenkonsums. So waren beispielsweise im ersten Quartal 2019 26 Jugendliche unter 18 Jahren bei uns in Beratung, im ersten Quartal 2021 sind es bereits 35. Daher möchten wir folgend auf bereits bestehende Interventionsmöglichkeiten unserer Arbeit eingehen, welche wir diesem Anstieg anpassten.

Es geht vorrangig um opioidhaltige Schmerzmittel wie Tramadol und Tilidin und um den Gebrauch von Benzodiazepinen, sogenannten Angstblockern wie beispielsweise Xanax und Tavor. Der Konsum kann oftmals länger versteckt werden als der von Cannabis oder anderen Substanzen; es entstehen beispielsweise keine Gerüche und eine Tablette ist schnell geschluckt. Zusätzlich wundern sich Eltern bei ihren pubertierenden Jugendlichen auch nicht unbedingt über deren Wortkargheit oder Rückzug. Für die Zusammenarbeit mit der Klientel gilt es also unter anderem darum, Informationen zu vermitteln. Hilfreich wäre es auch, Angehörige zu integrieren und bei der Vermittlung in eine stationäre Entgiftung zu unterstützen, um körperliche und/oder psychische Entzugssymptome nicht unbehandelt zu lassen. Daher möchten wir folgend auf Interventionsmöglichkeiten unserer Arbeit eingehen, welche wir den oben genannten Faktoren anpassten.

Präventionsarbeit an Schulen

Externe Veranstaltungen im Rahmen der Drogen- und Suchtpräventionsarbeit waren besonders von den Maßgaben und Bestimmungen der Covid-19-Pandemie betroffen – so schien dieser Arbeitsbereich zunächst besonders beeinträchtigt.

In den Präventionsveranstaltungen versuchen wir Risikokompetenzen zu vermitteln, die dazu beitragen, den Einstieg in den Konsum legaler oder illegaler Stoffe zu vermeiden oder hinauszuzögern. Unsere Adressaten sollen dadurch mögliche problematische Verhaltensweisen frühzeitig (selbst) erkennen beziehungsweise bei einem bereits bestehenden riskanten Konsum Missbrauch und Abhängigkeit mit ihren Folgeschäden vermeiden lernen. Ein weiteres Ziel ist, die Zugangswege zu Beratungseinrichtungen, hier Suchtberatung, zu erleichtern.

Eine neue Chance ergab sich ab Februar 2021 durch die Zuwendung der Stadt Oldenburg in Folge der Ausschreibung für eine Präventionsfachkraft, dessen Engagement beispielsweise in der Etablierung von multimedialer Präventionsarbeit liegt. Immer mehr können moderne Medien mit in die Arbeit einbezogen werden und gewährleisten so eine nicht nur zeitgemäße, sondern auch dem derzeitigen Hygienekonzept angepasste Arbeit. Die Rose 12 arbeitet hierbei mit dem Online-Programm blu:prevent, welches vom Blauen Kreuz e. V. aus Kassel initiiert wurde. In Gremien wie der Oldenburger Präventionskette oder im Kontakt zu Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeitern sowie Lehrerinnen und Lehrern wird dementsprechend an hinreichenden Möglichkeiten für die längere Unerreichbarkeit der Schülerinnen und Schüler gearbeitet.

Der Bereich Frühhilfe bietet eine individuelle und vertrauliche Beratung in Form von Einzelberatung und Gruppengesprächen für junge Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten an – das sogenannte Chill out Programm. Zulauf gewinnt die Gruppe vor allem über die Vermittlung der Jugendgerichtshilfe, Jugendrichterinnen und Jugendrichtern, Bewährungshilfe und Polizei, da es sich um eine Diversionsmaßnahme handelt.

Umfassende Informationen über Gefährdungsfaktoren, Harm Reduction²² und typische Suchtverläufe, sowie Angebote der Behandlung speziell für Jugendliche erhöhen die Bereitschaft der Betroffenen, sich weiteren Beratungs- und Behandlungsangeboten zu öffnen.

Danach kann bei Berücksichtigung individueller Problemstellungen die Weiterleitung in das Drogen- und/oder Jugendhilfesystem erfolgen und so frühzeitig interveniert werden. Es finden regelmäßige Kooperationsgespräche mit der Justiz, der Polizei und allen beteiligten Stellen statt.

Elternworkshop Start Oktober 2021

Zusätzlich gilt es, Familien beziehungsweise Eltern zu informieren, zu sensibilisieren und zu unterstützen. Hierfür soll ab Oktober 2021 ein von unseren professionellen Fachkräften geleiteter Elternworkshop stattfinden. Auch hier ist das Ziel der Suchthilfe, tätig zu werden, bevor eine Abhängigkeitserkrankung entsteht beziehungsweise die Gesundheit der Kinder/Jugendlichen – wie auch die der Eltern – zu fördern. Die Abende sollen unter anderem folgende Inhalte vermitteln: Klärung der Begriffe Sucht und Abhängigkeit, Stufen der Suchtentwicklung, Suchtmittel und Gefahren, Differenzierung zwischen pubertären Entwicklungsaufgaben und Suchtverhalten unter Einbettung in aktuelle Kontexte, suchtpreventive Möglichkeiten im Rahmen elterlicher Erziehung, möglichst unter dem im Communities That Care (CTC) herausgestellten Schutzfaktor „Anerkennung für prosoziale Mitwirkung“ von Jugendlichen.

Entgiftungsmöglichkeiten für Minderjährige

Leider kann unsere Arbeit nicht immer präventiv greifen und Jugendliche vor schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit bewahren. Befinden sich minderjährige Konsumentinnen und Konsumenten bei uns Beratung, welche ihren Konsum nicht oder nicht mehr allein einstellen können oder auf Grund gefährlicher Entzugserscheinungen nicht sollten, so stehen wir vor einer der größten Herausforderungen unserer aktuellen Arbeit: Hier im Gebiet Weser Ems gibt es keine Möglichkeit für unter 18-jährige Jugendliche und Kinder zu entgiften.

²² Schadensminimierung (Abhängigkeitssyndrom)

Weitere Angebote der Suchtkrankenhilfe STEP Niedersachsen

Mit unserem niedrigschwelligen Angebot, dem Café CaRo, liegen wir zentral an der Alexanderstraße, unweit des Pferdemarktes und bieten Konsumentinnen und Konsumenten praktische Unterstützung im Alltag. Es gibt warmes Essen, eine Waschmaschine zur freien Nutzung und es können Spritzen getauscht werden.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort beraten zudem in Behördenangelegenheiten und vermitteln in andere Hilfen, wie zum Beispiel in das Angebot der ambulanten Assistenz beim Wohnen; eine Leistung, welche über die Eingliederungshilfe finanziert wird und Menschen in wöchentlichen Kontakten individuelle Unterstützung bietet oder in stationäre Wohnformen, wie die CMA-Einrichtungen (kurz für chronisch mehrfach Abhängigkeitserkrankte) in Bardenfleth oder Kayhauserfeld.

Außerdem erwähnenswert in Bezug auf Veränderungen und Chancen unserer Arbeit ist die Erweiterung des Suchthilfekonzeptes in der Stadt Oldenburg mit der Etablierung einer Tagesstätte für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Dieses Vorhaben wurde bereits in der Fortschreibung 2017/2018 des Sozialpsychiatrischen Planes²³ vorgestellt.

Kontakt zur Autorin:

Dhara Breitholz, STEP gGmbH, Rose12 – Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Alexanderstraße 17, 26121 Oldenburg

²³ W. Wigbers, Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, Stand: September 2017, S. 121 ff.

Früherkennung psychischer Erkrankungen – was kann eine Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen (EFL) dazu beitragen?

Carsten Bösing, Ökumenische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen Oldenburg

Vor nunmehr 70 Jahren gründeten engagierte Menschen in der Evangelischen Kirche Oldenburgs und andernorts Beratungsstellen, die helfen sollten, die seelischen und sozialen Verwerfungen der Kriegs- und Nachkriegsjahre aufzufangen. Die Mitarbeitenden waren zunächst ehrenamtlich tätig. Im Zuge der gesellschaftlichen Veränderungen der 60er und 70er Jahre entwickelten sich in der gesamten Bundesrepublik Stück für Stück professionellere Beratungsstrukturen, was sich zunächst an einer deutlichen Zunahme der Anzahl an Beratungsstellen bemerkbar machte. Bald entstanden auch entsprechende Fachverbände mit je eigenen, aber durchaus vergleichbaren Qualitätsstandards.

Die Ökumenische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen Oldenburg besteht aktuell aus einem multiprofessionellen Team fest angestellter Beraterinnen und Beratern: Unsere Fachkräfte²⁴ verfügen über eine mehrjährige Weiterbildung in Ehe-, Familien- und Lebensberatung und andere Fachqualifikationen. Die Trägerschaft teilen sich eine katholische milde Stiftung (Caritas-Sozialwerk St. Elisabeth) mit Sitz in Lohne und die Evangelisch-Lutherische Kirche in Oldenburg. Die Finanzierung erfolgt ausschließlich über Kirchensteuern und Spenden.

Im vergangenen Jahr wurde unsere Einrichtung in 500 Fällen für insgesamt 650 Ratsuchende tätig. Uns suchten Einzelpersonen auf, Paare und Familien. In die Beratung beziehen wir aktiv zwar ausschließlich volljährige Personen ein, nichtsdestoweniger hat unsere Arbeit auch Rückwirkungen für Kinder und Jugendliche. Über 140-mal waren wir bei Paarkrisen, Trennung oder Scheidung im Sinne des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) tätig, darüber

²⁴ Diplom-Sozialpädagoginnen/Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Pädagoginnen/Diplom-Pädagogen, Lizentiatin/Lizentiat der Theologie, Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen

hinaus berieten wir auch junge Erwachsene, ebenfalls eine Leistung nach KJHG.

In den letzten zwei Jahrzehnten fällt es Menschen zunehmend leichter, die Hilfe einer Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen, sei es bei Paar-, Familien- oder Lebensfragen, sei es bei Problemen beim Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, die ganz überwiegend in Erziehungsberatungsstellen bearbeitet werden. Das ist eine erfreuliche Entwicklung, weil Hilfen umso wirksamer sind, je offener und früher sie angenommen werden. Der Anteil an Ratsuchenden, die auf den mehr oder weniger sanften Hinweis sozialer Kontrollinstanzen zu uns kommen, ist nur noch gering. Die Allermeisten suchen uns aus eigener Initiative auf, oder weil sie im Freundes- und Bekanntenkreis auf uns aufmerksam gemacht wurden. Dementsprechend steigt der Anteil von Menschen, die zu einem Zeitpunkt um Hilfe nachsuchen, an dem Paar-, Lebens- oder Familienprobleme noch nicht chronifiziert sind.

Damit wären wir bei der Ausgangsfrage angekommen: Was leistet eine Beratungsstelle wie die unsere in der Gesundheitsvorsorge?

Wir glauben, eine ganze Menge. Wenn psychische Probleme oder Beziehungskrisen geklärt und gelöst werden können, sinkt auch das Risiko, psychisch zu erkranken. Wir setzen allerdings bei unserer Arbeit eine andere diagnostische Brille auf als die der ICD²⁵. Unser Hauptaugenmerk liegt nicht auf Erkrankungen, sondern auf Problemen und deren Lösungen. Für Menschen, die im Bereich der psychischen Gesundheit tätig sind, ist es nicht unerheblich zu wissen, aus welcher Richtung die Kooperationspartner jeweils auf die Phänomene schauen, die es zu verstehen und zu verändern gilt. An dieser Stelle mischt sich das klassische Henne-Ei-Problem in die weiteren Überlegungen ein: Einerseits können Erkrankungen durch Probleme bedingt, verursacht oder ausgelöst werden. Aber das Umgekehrte ist eben auch möglich: eine psychische Erkrankung kann ursächlich für ein soziales oder Beziehungsproblem sein. Dazu ein Fallbeispiel:

²⁵ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Ein Ehepaar, Mitte 40 mit zwei minderjährigen Kindern, meldet sich zur Paarberatung an. Der Mann ist vor kurzem von zu Hause ausgezogen, nachdem sich die ehelichen Konflikte seit etwa einem Jahr zugespitzt haben und zu eskalieren drohen. Beide Partner suchen zunächst nach einer tragfähigen Lösung für Absprachen zum Umgang mit den Kindern. Auf die Frage, ob sie denn noch Chancen für die Paarbeziehung sehen, können weder er noch sie eine klare Antwort geben. Hintergrund der Problematik ist die Angst der Frau vor einem Anschlag auf ihr Leben, der, wie sie befürchtet, von ihrem Mann ausgehen könnte. Da eine gemeinsame Beratung angesichts der existentiellen Thematik keine Aussicht auf Erfolg hat, berät eine Kollegin die Frau und ein Kollege den Mann. Die Fachkräfte erhalten die Erlaubnis, miteinander zu kooperieren, von Zeit zu Zeit finden gemeinsame Gespräche aller Beteiligten statt.

Unter der Beratung wird deutlich, dass der Mann unter depressiven Verstimmungen und verschiedenen psychoorganischen Symptomen leidet. Auf Hinweis des Beraters sucht er seine Hausarztpraxis auf, wo eine beginnende Herz-Kreislauf-Erkrankung festgestellt und eine medikamentöse Behandlung eingeleitet wird. Zudem wird eine Anpassungsstörung diagnostiziert und eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Bis zu deren Beginn kann der Mann überbrückend von der Beratungsstelle weiter begleitet werden.

Ziel der Arbeit mit der Ehefrau ist es, sie zu einer psychiatrischen Fachbehandlung zu motivieren. Dabei hilft der Hinweis darauf, dass ihre Befürchtungen inzwischen eine weitgehende Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität zur Folge haben. Gegenüber einem hinzugezogenen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie erklärt sie sich bereit, die gemeinsamen Kinder für die Dauer einer stationären Behandlung der Obhut ihres Ehemanns anzuvertrauen.

Unsere diagnostische Brille ist multifokal gearbeitet. Für die erste Inaugenscheinnahme verfügt sie über ein systemisches und ein kommunikationspsychologisches Glas. Für den Nahbereich gibt es einen tiefenpsychologischen und einen emotionsfokussierten Einschliiff. Damit sehen wir uns schon ziemlich gut aufgestellt und können intra- und interindividuelle Problemdynamiken nicht

nur breit wahrnehmen, sondern auch tief verstehen. Aber ist das auch ausreichend, um psychische Erkrankungen im Frühstadium zu erkennen?

Bedingt. Wir bekommen in Beratungen recht schnell mit, wenn etwas „nicht stimmt“. Aber um zu begreifen, was genau es ist, benötigen wir die kooperative Vernetzung mit anderen Akteuren aus dem System der medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Diese pflegen wir sowohl einzelfallbezogen als auch fallübergreifend durch unsere Teilnahme an unterschiedlichen Facharbeitskreisen in der Stadt Oldenburg.

Mit Hilfe interner Fallkonferenzen und externer Supervision erkennen wir auch, wenn Problemstellungen unsere eigenen fachlichen und institutionellen Möglichkeiten überfordern. Dann helfen wir Betroffenen, den Weg zu Menschen und Einrichtungen zu finden, die passendere und umfassendere Hilfestellung anbieten. Umgekehrt verweisen auch viele Fachärztinnen und Fachärzte, Kliniken sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an uns, wenn es nach oder während einer Behandlung angezeigt erscheint, ergänzende Beratungshilfen in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel bei der Bewältigung der Folgen einer psychischen Erkrankung für das familiäre Umfeld eines Patienten oder einer Patientin.

Die Funktion einer Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle im Verbund psychologischer und medizinischer Hilfen einer Kommune könnte man vielleicht mit dem Begriff des Seismographen beschreiben. Die Fähigkeit von Beratungsstellen, (Ver-)störungen menschlicher Systeme in einem frühen Stadium aufzuspüren, ist dabei nicht nur auf den einzelnen Beratungsfall bezogen, sondern kommt auch bei übergreifenden gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen zum Tragen. Die Verbände der kirchlichen Träger der EFL-Beratungsstellen – auf evangelischer Seite ist das die Evangelische Konferenz für Familien und Lebensberatung (EKFuL), auf katholischer die Katholische Bundeskonferenz Ehe-, Familien- und Lebensberatung (KBK) – reagieren mit ihren laufend aktualisierten Fort- und Weiterbildungsprogram-

men für Beraterinnen und Berater auf solche übergreifenden sozialen Entwicklungen. Beispielhaft seien Seminare genannt, die Fachkräfte auf die Unterstützung betagter Paare mit ihren besonderen Herausforderungen vorbereiten.^{26;27}

Unser Fazit: Die Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensfragen in kirchlicher Trägerschaft leisten auch einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge.

Kontakt zum Autor:

Carsten Bösing, Ökumenische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen
Oldenburg, Peterstraße 22 – 26, 26121 Oldenburg

²⁶ <https://www.ekful.de/veranstaltungen/aktuelle-ekful-veranstaltungen/>

²⁷ https://www.katholische-beratung.de/fileadmin/Seminarangebot/KBK_Fortbildung_2021.pdf

(Elterliche) Paarbeziehungen stärken

Ein Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen

Alfons Gierse, Ökumenische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen Oldenburg

Die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen ist von entscheidender Bedeutung – nicht nur für die körperliche, sondern auch für die psychische Gesundheit. Dies gilt sowohl für die betroffenen Partnerinnen und Partner selbst, als auch im Blick auf die Entwicklungsbedingungen der Kinder, wie auch für die Gesellschaft als Ganzes.

Wenn Paarbeziehungen scheitern, ist dies mit hohen und langanhaltenden Belastungen für die Betroffenen und ihre Kinder verbunden. Zudem führen die hohen Trennungs- und Scheidungszahlen im Gesundheits- und Sozialwesen zu jährlichen Kosten in Milliardenhöhe.

Insofern ist die Prävention von Paarproblemen und von Trennung und Scheidung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dieser Erkenntnis tragen sowohl die Systeme der Familienhilfe als auch der Gesundheitsfürsorge in Deutschland aber bisher zu wenig Rechnung. Es gilt, den kindorientierten Blick zu erweitern und Familie immer auch von der Paarbeziehung der Eltern als zu stärkender Basis her zu denken.

Die Ehe-, Familien- und Lebensberatung in kirchlicher Trägerschaft sieht in der Stärkung von (elterlichen) Paarbeziehungen ihren Markenkern. Sie leistet dadurch einen wesentlichen Beitrag auch zur Prävention psychischer Erkrankungen.

Die Rolle der Paarbeziehung bei psychischen Erkrankungen

Neben genetisch-biologischen Aspekten oder psychischen Faktoren wie Persönlichkeit, Kompetenzen und Informationsverarbeitung spielen soziale Aspekte im Blick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen eine bedeutende Rolle. Dazu gehören Faktoren wie psychosoziale Stressoren, die soziale Einbettung der Betroffenen oder der Grad an erfahrener sozialer Unterstützung. Fehlende soziale Unterstützung und

mangelnde soziale Integration sind in hohem Maße Prädiktoren für psychische Erkrankungen.

Untersuchungen zeigen, dass eine **konfliktreiche Partnerschaft** mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung psychischer Störungen, einer stärkeren Ausprägung der Symptomatik, einem ungünstigeren Störungsverlauf und einem höheren Rückfallrisiko nach einem vorübergehenden Nachlassen der Krankheitssymptome korreliert.

Destruktive Partnerschaftskonflikte führen zu einer hohen physiologischen Erregung mit Auswirkungen auf das Stress-Hormonsystem, das kardiovaskuläre System und das Immunsystem und damit zu einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten.

Demgegenüber korreliert eine **glückliche Partnerschaft** mit einer höheren Lebenszufriedenheit, einem besseren psychischen Befinden, besserer somatischer Gesundheit, besserer Leistungsfähigkeit und einer günstigeren Entwicklung der Kinder. Grundsätzlich haben in Partnerschaft lebende Menschen einen gesünderen Lebensstil, ein geringeres Risiko für akute oder chronische Erkrankungen. In Partnerschaft lebende Frauen haben eine um 50 Prozent niedrigere Mortalitätsrate, bei in Partnerschaft lebenden Männern ist diese gar um 250 Prozent niedriger. Sogar die Wundheilung wird von der Partnerschaftsqualität beeinflusst. Demnach heilen Wunden in einer als glücklich erlebten Partnerschaft schneller als in unglücklichen Beziehungen.

Eine verbindliche Paarbeziehung ist insofern **Risikofaktor und Schutzfaktor** in einem. Denn der Stress des einen ist immer auch der Stress der anderen. Die Partnerschaftsqualität und das Befinden von Personen in Partnerschaften beeinflussen sich gegenseitig. Personen in Partnerschaft teilen ihren Stress, Auswirkungen auf beider Befinden ist die Folge. Allerdings – und dies ist eine entscheidende Ressource – stehen Paaren auch mehr Bewältigungsressourcen zur Verfügung im Sinne eines gemeinsamen dyadischen Copings. Diese gilt es zu nutzen oder nutzbar zu machen im Rahmen einer Ehe- oder Partnerschaftsberatung. Dabei ist gemeinsames dyadisches Coping etwas anderes als nur delegiertes und supportives Coping. Geht es bei letzterem darum, den

Partner oder die Partnerin bei der Bewältigung von Stresssituationen zu unterstützen, meint dyadisches Coping die gegenseitige Unterstützung in Partnerschaften in belastenden Situationen. Es berücksichtigt sowohl die Stressäußerung des einen Partners/der einen Partnerin als auch die Reaktion des andern darauf. Paarberatung unterstützt Paare bei der Etablierung emotionsfokussierter dyadischer Copingstrategien. Diese führen letztlich zu gemeinsamen Einschätzungen und zu einer gemeinsamen Bewältigung von Stress.

„We-Disease“: Eine interpersonelle Sicht von Krankheiten und psychischen Störungen

Der eidgenössische Paartherapeut Guy Bodenmann bietet mit dem Konzept der „We-Disease“ eine interpersonelle Sicht auf Krankheiten und psychische Störungen.²⁸ Er betont darin die Wichtigkeit von paarorientierten Interventionen sowohl bei psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen oder Suchterkrankungen, als auch bei somatischen Krankheiten (Krebserkrankungen, Herzkreislauferkrankungen, Arthritis, Diabetes (Typ-2) oder Schmerzstörungen). Dabei geht nach dem Konzept der „We-Disease“ die Einbeziehung der Partnerin/des Partners bei individualtherapeutischen Behandlungen über eine reine Psychoedukation hinaus. „We-Disease“ bedeutet, dass eine Störung als gemeinsames Problem des Paares gesehen wird, als gemeinsam zu bewältigende Aufgabe. Beide leiden, beide können aber auch zur Bewältigung beitragen. Der Partner/die Partnerin wird dabei nicht nur als Unterstützende/Unterstützender gesehen, sondern ebenfalls als zu Unterstützende/zu Unterstützender. Beide Partner sind von der Krankheit oder psychischen Störung in hohem Maße betroffen und in ihrer individuellen wie dyadischen Bewältigung der Belastung gefordert. Beide leiden unter der Störung. Beide haben aber auch Ressourcen, um zur Bewältigung und Überwindung der Krankheit beizutragen. Dadurch wird trotz Krankheit ein Gleichgewicht im Paar gewahrt.

²⁸ Guy Bodenmann, We-disease. Eine interpersonelle Sicht von Krankheiten und psychischen Störungen; www.psychologie.uzh.ch; www.paarlife.ch

Partnerschaftsqualität und Kinder

Destruktive Konflikte in der Partnerschaft setzen einen negativen Zirkel in Gang: Schlechtes psychisches Befinden führt zu einer geringeren Sensitivität für das Kind und seine Bedürfnisse und kann zu inadäquatem Erziehungsverhalten führen. Die möglichen Folgen für die Kinder sind ein Verlust von emotionaler Sicherheit, eine gesteigerte physiologische Erregung, negatives Modellernen, Loyalitätskonflikte oder schwieriges Kindsverhalten.

40 bis 70 Prozent der Kinder, die destruktiven Konflikten zwischen den Eltern ausgesetzt sind, zeigen gravierende Verhaltensprobleme. Viele zeigen klinische Auffälligkeiten bereits ab dem Säuglingsalter. Demgegenüber senkt eine verbesserte Paarbeziehung die Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.

Die hohen Trennungs- und Scheidungszahlen in Deutschland sind alarmierend. Die Scheidungsrate liegt bei 45 Prozent. Hinzukommen bis zu 25 Prozent Paare, die zwar in stabilen, aber unzufriedenen Paarbeziehungen leben. Von den etwa 200.000 geschiedenen Ehen pro Jahr sind circa 150.000 Kinder betroffen. Die gesundheitlichen und psychischen Belastungen für die betroffenen Kinder werden in der Forschung sehr unterschiedlich bewertet. Die einen belegen, dass sich die Kinder nach anfänglichen Schwierigkeiten zwei Jahre nach Trennung/Scheidung wieder gut erholt haben. Demgegenüber vertreten zum Beispiel Wallerstein & Lewis (2001)²⁹ die Ansicht, dass viele gesundheitliche und psychische Belastungen erst im jungen Erwachsenenalter offenbar werden, vor allem in der Gestaltung eigener Paarbeziehungen. Diese Sicht deckt sich durchaus mit unseren Erfahrungen in der Beratungsarbeit. Die These: Kinder sind psychisch, körperlich und in ihrer Leistungsfähigkeit nicht nur unmittelbar während und nach der Trennung der Eltern beeinträchtigt. Folgewirkungen können sich auch über Jahre hinweg in einer höheren Rate psychischer Symptomatiken zeigen. Wallerstein zeigte, dass Kinder und Jugendliche lebenslang in ihrer Beziehungsfähigkeit beeinträchtigt sind, was wiederum das Risiko erhöht, selber Trennung und Scheidung zu erleben.

²⁹ <http://www.agsp.de/html/a10.html>

Nach wie vor heiraten 85 Prozent der Menschen im Verlauf ihres Lebens – und 75 Prozent der Geschiedenen heiraten erneut, teilweise mehrfach. Die Sehnsucht ist groß, von einem anderen Menschen geliebt und verstanden zu werden. Sich mit seinen Ängsten und Schwächen zeigen zu können, ohne beschämt zu werden. Einen Menschen an der Seite zu wissen, der auch in schweren Zeiten zu mir steht. Und das ein Leben lang.

Paaren an dieser Stelle Unterstützung anzubieten ist nicht nur von persönlichem Interesse, sondern – wie in diesem Beitrag ausgeführt – von gesamtgesellschaftlichem Belang. Dazu leistet auch die Ökumenische Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle einen profunden Beitrag.

Literatur und Websites zum Thema:

Christian Roesler, Innovative Strategien zur Prävention von Paarproblemen, in: familiendynamik 1/2021, S. 56-67.

Guy Bodenmann, We-disease. Eine interpersonelle Sicht von Krankheiten und psychischen Störungen

www.epl-kek.de

www.paarlife.ch

Kontakt zum Autor:

Alfons Gierse, Ökumenische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen
Oldenburg, Peterstraße 22 – 26, 26121 Oldenburg

Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ) an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln

Dr. A. Muthesius, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie der Klinik

Störungen der seelischen Gesundheit kommen häufig vor und können jeden Menschen ereilen. Sie bedeuten für die Betroffenen erhebliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit und des Beziehungs- und Arbeitslebens. Auch für die Angehörigen entsteht oft eine erhebliche psychische Belastung.

Bis zu ihrer Erkennung haben sie oftmals einen zeitlichen Vorlauf von Monaten bis Jahren. Inzwischen weiß man, dass eine frühzeitige Erkennung und Behandlung die Chancen auf einen günstigen Krankheitsverlauf deutlich verbessern können. Das Wissen um spezifische Risikokonstellationen, die das Risiko für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen präzisieren, ist ein wichtiger Baustein, um präventiv tätig werden zu können.

Dies gilt in besonderem Maße für die Psychosen, für die eine solche Früherkennung von Risikoanzeichen und Symptomen einer beginnenden Störung inzwischen in entsprechend spezialisierten Zentren gezielt möglich ist. Unser 1997 gegründetes Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ) zählt zu den international führenden Einrichtungen auf diesem Gebiet.

Eine Psychose ist ein psychischer Ausnahmezustand, der oftmals im Rahmen von Erkrankungen wie der Schizophrenie auftaucht. Erlebt ein Mensch eine Psychose, so verliert er zumindest vorübergehend den Bezug zur Realität. Wahrnehmung, Denken, Stimmung und Verhalten sind verändert. Meist geht die Symptomatik mit einem Verlust des Bezugs zur Realität einher. Trotzdem sind die Symptome für die Betroffenen und die nahestehenden Personen oftmals aber schwer zu verstehen und einzuordnen, sodass nicht immer sofort Hilfe aufgesucht wird.

Daher wird die Erkrankung manchmal erst spät erkannt und spät behandelt, dabei konnte in der Forschung gezeigt werden: je früher eine Psychose

erkannt und behandelt wird, umso höher sind die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie.

In etwa 1 Prozent der Bevölkerung erkrankt an einer Schizophrenie, eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung mit oben genannter Symptomatik.

Die Erkrankung beginnt oft zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr und verläuft in vielen Fällen phasenhaft mit erneut auftretenden Episoden. Die Behandlung umfasst ein Gesamtkonzept, bestehend aus psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen sowie einer medikamentösen Behandlung.

In den meisten Fällen (das heißt bei circa drei Viertel der Patientinnen und Patienten) geht einer psychotischen Episode eine längere Vorläuferphase vor, auch Prodrom oder Prodromalstadium genannt. Dieses Stadium kann je nach Betroffenen zwischen einigen Tagen und mehreren Jahren betragen. Während dieser Zeit erleben Betroffene bestimmte Abweichungen im Denken, Erleben sowie Verhalten oder zeigen milde psychotische Symptome, welche von speziell geschulten Ärztinnen und Ärzten und Psychologinnen und Psychologen erkannt werden können.

In einem Gespräch wird mit der hilfeschuchenden Person eruiert, ob eines der folgenden Anzeichen vorliegt:

- Unsicherheit darüber, was echt ist und was nicht/imaginär
- Gefühl, von außen beobachtet oder kontrolliert zu werden
- Tendenz, neutrale Informationen (zum Beispiel Radiosendungen) auf sich zu beziehen
- Leichte Wahrnehmungsstörungen (zum Beispiel im Sehen, Hören, Riechen, Körperempfindungen)
- Schwierigkeiten beim Verstehen von Sprache (zum Beispiel beim Unterhalten, Lesen)
- Schwierigkeiten beim Sprechen (zum Beispiel auf den Punkt zu kommen, geeignete Wörter zu finden)

- Gedankenabreißen, Gedankenflut, Gedankenarmut, den „roten Faden verlieren“
- Erhöhte Geräuschempfindlichkeit, leichte Ablenkbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Depressive Zustände, Traurigkeit, Reizbarkeit
- Gesteigertes Bedürfnis, alleine zu sein
- Interessensverlust an Tätigkeiten, die früher Spaß gemacht haben
- Plötzlicher Leistungsabfall in Schule/Beruf
- Probleme in sozialen Beziehungen (Freunde/Familie/Partnerschaft)

Typische Symptome einer Psychose sind:

- Sinnestäuschungen (zum Beispiel Stimmenhören, optische Halluzinationen)
- Trugwahrnehmungen im Sehen, Fühlen, Schmecken, Riechen
- Überzeugung, von jemandem kontrolliert, verfolgt oder bedroht zu werden oder Ziel einer Verschwörung zu sein
- Bizarre Überzeugungen (zum Beispiel im Kontakt zu Außerirdischen zu stehen)
- Eindruck, dass Gedanken von außen eingegeben werden, oder dass andere Menschen die eigenen Gedanken lesen oder das eigene Verhalten steuern können
- Denkstörungen (zum Beispiel Verlust des roten Fadens), Unfähigkeit eigenes Denken zu strukturieren und gezielt einsetzen zu können
- Starke Beeinträchtigungen des emotionalen Erlebens
- Sozialer Rückzug
- Starke Einschränkung der beruflichen und privaten Leistungsfähigkeit

Unser Früherkennungszentrum (FETZ) ist an die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln angegliedert. Hilfesuchende können sich per E-Mail an uns wenden und erhalten in der Regel nach ein bis zwei Tagen eine persönliche Antwort. Unser Angebot richtet sich an Personen zwischen 18 und 40 Jahren, welche selber an einer Diagnostik interessiert sind oder deren Umfeld, inklusive ambulante Therapeutinnen/Therapeuten, eine Diagnostik in unserem Zentrum für sinnvoll erachten. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren erfolgt eine Weitervermittlung an die entsprechende Sprechstunde der Kinder- und Jugend-Psychiatrie der Uniklinik Köln. Es erfolgt zunächst ein etwa 30minütiger Kennenlernermin und gegebenenfalls ein zweiter etwa zweistündiger Termin für die oben genannte spezielle Diagnostik. Durchgeführt werden speziell zur Diagnose von Risikoanzeichen entwickelte klinische Interviews sowie eine ausführliche Anamnese und klassische Diagnostik von psychischen Störungen sowie persönlichen Ressourcen.

Der Schwerpunkt liegt auf der Differenzialdiagnostik mutmaßlicher Risikostadien psychotischer Störungen, wobei sich das Tätigkeitsfeld des FETZ zunehmend und fortlaufend erweitert. Auch konzeptuell verstehen wir uns heute in erster Linie als ein spezialisiertes Zentrum zur Förderung seelischer Gesundheit im Allgemeinen. Das FETZ ist zudem eine Forschungseinrichtung zur Weiterentwicklung und Validierung klinischer Kriterien zur Identifikation von Risikoanzeichen der Entwicklung einer psychotischen Störung. Darüber hinaus beschäftigen wir uns mit der Beschreibung biologischer und medizinischer Besonderheiten und epidemiologischer Kennzeichen des Risikostatus.

Die Ziele unserer Arbeit sind:

- Erforschung psychotischer Erkrankungen hinsichtlich ihrer Entstehung und Behandlung
- Die seelische Gesundheit junger Erwachsener erhalten
- Rechtzeitig die Frühzeichen einer psychischen Erkrankung oder eines erhöhten Erkrankungsrisikos erkennen
- Rechtzeitig erforderliche Hilfe anbieten

- Aufklärung über psychische Erkrankungen und ihre Prävention

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Früherkennungszentren für die diagnostische Einschätzung eines Psychoseerisikos und die Einleitung von Präventionsmaßnahmen von Bedeutung sind.

Interessierte Personen können gerne per E-Mail unter der Adresse FETZ@uk-koeln.de mit uns aufnehmen.

Kontakt zur Autorin:

Dr. A. Muthesius, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln, Gleueler Straße 109, 50931 Köln

3. Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Psychiatrische Notfallversorgung“

Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema „Psychiatrische Notfallversorgung“

Christina Kok/Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

In der vorherigen Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2020/2021 haben wir den Hintergrund für die Wahl des Schwerpunktthemas skizziert und verschiedene Artikel zu diesem Thema abgedruckt.

Notfallsituationen durch psychische Störungen sind oft komplex, potenziell lebensbedrohlich und machen eine sofortige Diagnostik und Therapie erforderlich, Sie kommen häufig nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in anderen Kontexten vor. Aufgrund von soziodemografischen, gesellschaftlichen und versorgungspolitischen Veränderungen werden diese Notfallsituationen weiter zunehmen³⁰

Es gibt einen deutlichen Unterschied in der Versorgung von anderen (somatischen) medizinischen Notfällen und der Versorgung von psychiatrischen Notfällen. Psychiatrische Kliniken haben in der Regel keine Notfallambulanzen, wie sie aus somatischen Krankenhäusern für andere medizinische Notfälle bekannt sind, sondern nur Notaufnahmen, die nicht vergleichbar personell besetzt sind und in der Regel keine ambulanten Notfallbehandlungen durchführen, da es offenbar keine geregelte Finanzierung dieser Leistungen gibt.³¹

Um krisenhafte Krankenhauseinweisungen durch Notfallsituationen zu vermeiden und die gesundheitliche Stabilität von psychisch kranken Menschen zu erhalten, sollen neue Richtlinien die Versorgungslücken zwischen der multiprofessionellen, stationären Behandlung im Krankenhaus und der ambulanten Regelversorgung perspektivisch schließen.

³⁰ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.), 2019, S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“, S.7

³¹ Sozialpsychiatrischer Dienst Oldenburg (Hrsg.)2020, Einführung zum Schwerpunktthema „Psychiatrische Notfallversorgung“, Alexandra Döpke/Dr. phil. Peter Orzessek, S.86

Die weiterhin ausstehende Reform der Notfallversorgung durch das Bundesministerium für Gesundheit darf psychiatrische Notfälle nicht außer Acht lassen.

Die am Ende dieses Textes zu findenden Empfehlungen sollen dazu beitragen, psychiatrische Hilfen in der Stadt Oldenburg so zu verändern, dass eine bessere psychiatrische Notfallversorgung etabliert werden kann.

Hier soll kurz skizziert werden, mit welchem methodischen Vorgehen die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu den gemeinsam getragenen Empfehlungen gelangt sind (siehe dazu auch die innere vordere Umschlagseite).

Auf dem Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2020 wurde das Thema „Psychiatrische Notfallversorgung“ festgelegt. In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2020 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 2020/2021 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2020 veröffentlicht.

Auf dem sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2021 wurde das Thema „Psychiatrische Notfallversorgung“ arbeitskreisübergreifend, intensiv diskutiert.

In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2021 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 überarbeitet und kann jetzt hier veröffentlicht werden.

Betont werden muss an dieser Stelle noch, dass die Adressaten dieser Empfehlungen dieselben sind, wie die Adressaten des Sozialpsychiatrischen Planes an sich: Leistungsträger, Leistungsanbieter, Leistungsempfängerinnen und -empfänger genauso wie Politik, Verwaltung, Forschung, Lehre und die interessierte Öffentlichkeit. Sie alle sind aufgefordert, im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu prüfen, ob und wie sie die Empfehlungen umsetzen können.

Empfehlungen zur Psychiatrischen Notfallversorgung

- Einrichtung von Notfallambulanzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Ausweitung der aktuell ausschließlich somatischen Notfallambulanzen auch für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (zum Beispiel im Rahmen der beabsichtigten bundesweiten Reform der Notfallversorgung)
- Erweiterung und Ausbau von ambulanten Hilfen für Menschen, die in Krisensituationen nicht zu Hause sein können (zum Beispiel Krisenbetten an ein Wohnheim angliedern und somit die Versorgung durch Fachpersonal ermöglichen)
- 24/7 Hilfemöglichkeiten, auch aufsuchend, in psychosozialen und psychiatrischen Krisen
- Psychiatrieerfahrene Menschen in die Kriseninterventionsteams (zum Beispiel in die „Mobilen Multiprofessionellen Teams eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums“) einbeziehen
- Ein Angebot der Nachbesprechung von Krisensituationen und Zwangsmaßnahmen schaffen
- Etablierung von Vorausverfügungen, wie zum Beispiel Behandlungsvereinbarungen
- (Teil-)stationäre Notfallbehandlung auch für Kinder unter 6 Jahren ermöglichen und Begleitung durch die Eltern/Bezugspersonen erwägen
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege (Ambulante psychiatrische Krankenpflege „APP“) auch im Kinder- und Jugendbereich etablieren (fehlende Anbieter)
- Schaffung von qualifizierten Entzugs-/Entgiftungsmöglichkeiten für abhängigkeiterkrankte Kinder und Jugendliche in der Region (auch bei Polytoxikomanie)

- Die besondere Situation von obdachlosen und wohnungslosen Menschen bei der Notfallversorgung beachten (zum Beispiel kein regulärer Rückzugsort vorhanden, oftmals kein stützendes soziales Umfeld)
- Krisen-/Notfall-Hilfen auch für Angehörige von psychisch kranken Menschen ermöglichen
- Einbeziehung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, insbesondere im ländlichen Bereich
- Schulung für psychiatriefremdes Personal im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und im Umgang mit Kriseninterventionen
- Einladung der Akteure traumaspezifischer Angebote in den Arbeitskreis Allgemeinpsychiatrie zur Aussprache über die Versorgungssituation

Kontakt zur Autorin/zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

4. Übersicht

Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Christina Kok/Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Zur strukturierten Erfassung des Bestandes an psychiatrischen Hilfen innerhalb der Stadt Oldenburg wird seit einigen Jahren eine Empfehlung des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen umgesetzt. Mit Hilfe einer vom Landesfachbeirat herausgegebenen tabellarischen Übersicht der notwendigen regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung wird durch die Verbundmitglieder jährlich im Sinne eines Konsensverfahrens diskutiert, ob diese Angebote vorhanden sind und ob die Versorgung zufriedenstellend bis sehr gut ist („grün“) oder ob das Angebot nicht ausreichend („gelb“) oder gar nicht vorhanden ist („rot“). Den aktuellen Stand finden Sie in Farbe auf der dritten Umschlagseite (innere hintere 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.

Es soll hier angemerkt werden, dass die Benennung der Versorgungsangebote und teils der gesetzlichen Grundlage aufgrund der gesetzlichen Veränderungen des Bundesteilhabegesetzes zukünftig verändert werden müssen (Punkt 12, Punkt 24). Dies muss auf Landesebene erfolgen.

Im Jahr 2021 wurde für den Bereich Psychiater/Nervenärzte in Praxis oder MVZ darauf hingewiesen, dass für zu substituierende Patienten kein Aufnahmestopp besteht.

Unter Punkt 9 wurde das Angebot „Ambulante Psychiatrische Pflege“ für die Bereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht von „grün“ auf „gelb“ gesetzt. Die Änderung erfolgte, da ein bisheriger Anbieter in der Stadt Oldenburg ausschied und es aktuell zu langen Wartezeiten bei der Inanspruchnahme dieser Hilfe kommt.

Für den Bereich Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht wird das Angebot der Soziotherapie von keinem Anbieter in Oldenburg umgesetzt. Sodass das Angebot unter Punkt 10 von „grün“ auf „rot“ geändert wurde.

Da eine Tagesstätte für Menschen mit Suchterkrankungen in diesem Jahr fertiggestellt wurde, wird dies unter Punkt 13 mit „grün“ statt „rot“ gekennzeichnet.

Unter Punkt 15 wird darauf hingewiesen, dass Menschen in Altersrente zwar nicht in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt sein aber gegebenenfalls die Seniorentagesstätte besuchen können.

Die Unabhängige Beschwerdestelle (UBS) ist nach deren eigener Mitteilung derzeit nicht ausreichend arbeitsfähig. Daher wird dieses Angebot unter Punkt 20 von „grün“ auf „gelb“ gesetzt.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird unter Punkt 22 darauf aufmerksam gemacht, dass die Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie erst von Kindern ab dem 6. Lebensjahr besucht werden kann.

Unter Punkt 23 wird darauf hingewiesen, dass in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eine Aufnahme von Kindern und Jugendlichen gemeinsam mit den Eltern nicht möglich ist.

Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie wird unter Punkt 24 festgehalten, dass für die Aufnahme im „stationär betreuten Wohnen“, lange Wartezeiten bestehen.

Kontakt zur Autorin/zum Autor:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

Die zwangsweise Unterbringung von psychisch kranken Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus ist nur gerechtfertigt, wenn geringere Mittel zur Abwehr einer von der Person ausgehenden Gefahr nicht greifen. Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Oldenburg hat ein großes Interesse daran, Unterbringungen nach NPsychKG nach Möglichkeit zu vermeiden. Die im Sozialpsychiatrischen Dienst zu den Unterbringungsverfahren vorliegenden Daten werden anonymisiert statistisch erfasst und ausgewertet, um Hinweise auf Möglichkeiten zur Vermeidung von Unterbringungen zu erhalten. Eine tabellarische Übersicht finden Sie in der nachfolgenden Tabelle:

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gesamtzahl	239	241	243	266	363	365
m / w	131 / 108	131 / 110	142 / 101	150 / 116	222 / 141	188 / 177
0 - < 18	0	0	0	0	0	0
18 - < 25	26	39	32	46	67	56
m / w	15 / 11	20 / 19	17 / 15	23 / 23	42 / 25	32 / 24
25 - < 45	90	84	101	102	153	149
m / w	49 / 41	50 / 34	71 / 30	69 / 33	99 / 54	88 / 61
45 - < 65	68	74	64	71	81	96
m / w	41 / 27	34 / 40	38 / 26	43 / 28	49 / 32	41 / 55
65 +	55	44	46	47	62	64
m / w	26 / 29	27 / 17	16 / 30	15 / 32	32 / 30	27 / 37
aus Einrichtungen	20	35	37	32	43	28
Anzahl der Personen, die mehrfach nach NPsychKG untersucht wurden	25	17	23	18	30	44
m / w	16 / 9	7 / 10	15 / 8	8 / 10	22 / 8	24 / 20
Beteiligung Gesundheitsamt	21	38	26	37	42	24

Wir möchten aber an dieser Stelle unser Vorgehen zur Datenerhebung etwas näher beleuchten.

Dem Sozialpsychiatrischen Dienst werden alle in der Stadt Oldenburg nach NPsychKG untersuchten Bürgerinnen und Bürger genannt, damit zu diesen möglichst noch in der Klinik Kontakt aufgenommen werden kann, wenn im Rahmen der Untersuchung eine Unterbringung erfolgte. Das Ziel ist, dass der Sozialpsychiatrische Dienst in Zusammenarbeit mit den untergebrachten Bürgerinnen und Bürgern, mit der Klinik und den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten die notwendige ambulante Hilfe und Behandlung einleitet (§ 6 NPsychKG). Daher erhält der Sozialpsychiatrische Dienst sowohl die Anträge auf Unterbringung als auch eine Durchschrift des ärztlichen Zeugnisses. Aus diesen werden anonymisiert Daten in eine Tabelle übertragen, die jedoch aus Gründen der Übersichtlichkeit mehr Parameter enthält als in der vorstehenden Übersicht dargestellt sind.

Eine Bachelorarbeit der Friedrich-Schiller-Universität Jena hat sich auf der Grundlage unseres anonymisierten Datensatzes mit der Entwicklung der Einweisungsrate über die Jahre 2015 bis 2019 befasst. Diese Analyse zeigt unter anderem „eine steigende Tendenz der Unterbringungsrate innerhalb dieses Zeitraumes. Die Rate liegt dabei zwischen 129 und 196 Personen je 100 000 Einwohner. Unter den eingewiesenen Personen überwiegt das männliche Geschlecht mit einem Anteil von 56 % gegenüber dem weiblichen mit 44 %. Der Altersdurchschnitt der untergebrachten Männer liegt bei 43 Jahren, während die Frauen im Mittel 47 Jahre sind. Insgesamt besitzen die Hälfte aller eingewiesenen Personen ein Alter im Bereich von 29 bis 61 Jahren. Beim männlichen, als auch weiblichen Geschlecht liegen schizophrene und wahnhaftige Störungen, sowie affektive Störungen besonders häufig vor.“ (Kaiser, 2020)³²

³² Kaiser, Juliane (2020). Entwicklung der Zwangseinweisungsrate und Analyse kritischer psychischer Situationen hinsichtlich Risikofaktoren für Einweisungen in Oldenburg über die Jahre 2015 bis 2019. Bachelorarbeit an der Universität Jena zur Erlangung des akademischen Grades eines Bachelor of Science im Studiengang Psychologie.

Außerdem hat das Land Niedersachsen die Landespsychiatrieberichterstattung neu organisiert und legt den Kommunen seit diesem Jahr individuelle Feedbackberichte vor, die auch niedersachsenweit vergleichend auf die Unterbringungen nach NPsychKG eingehen. Die Daten dafür entstammen einer Abfrage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung bei den nach NPsychKG beliehenen Kliniken.

In den nächsten Fortschreibungen des Sozialpsychiatrischen Plans der Stadt Oldenburg soll auf diese neue Datengrundlage eingegangen werden.

Auch vor dem Hintergrund der steigenden Einweisungsrate werden wir die an Unterbringungen beteiligten Institutionen zu Gesprächen einladen, um die möglichen Ursachen zu besprechen und um möglichst dann daraus Maßnahmen abzuleiten, um Unterbringungen möglichst zu vermeiden.

Wir werden auch in den nächsten Jahren an dieser Stelle die Zahlen zur Unterbringung nach NPsychKG veröffentlichen und so bald möglich auch über das weitere Vorgehen berichten.

Kontakt zum Autor:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

AMPEL-Übersicht regionaler Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Stadt Oldenburg 2021

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 mit Ampelfarben und Zeichen kommentiert werden. Grau hinterlegte Felder bleiben frei.

😊 bei zufriedenstellender bis sehr guter Versorgung

😐 bei nicht ausreichendem Angebot

☹ bei fehlendem Angebot

Nr.	Versorgungsangebot	KJP	Allgemeinpsychiatrie	Gerontopsychiatrie	Sucht	bei Bedarf: Bemerkungen
1	Psychiater/Nervenärzte in Praxis oder MVZ (SGB V)	😊	😐	😐	😐	teils Aufnahmestopp, jedoch nicht bei substituierten Patienten
2	Psychiatrische Institutsambulanz	😊	😊	😊	😊	
3	Psychotherapeuten in Praxis oder MVZ (SGB V)	😊	😐	😐	😐	sehr lange Wartezeit
4	Fachärztlich geleiteter Sozialpsychiatrischer Dienst	😐	😊	😊	😊	Leitung gemäß NPsychKG durch Psychologischen Psychotherapeuten
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		😊			Menschen in Altersrente können nicht beschäftigt bleiben, ggf. Seniorentagesstätte
16	Zuverdienstmöglichkeiten (zum Beispiel Sozialer Betrieb)		😊	😊	😊	
17	Integrationsfachdienst		😊		😊	
18	Betroffenenselbsthilfe		😐	😐	😊	
19	Angehörigenselbsthilfe	😐	😊	😊	😊	KJP: für einzelne Krankheitsbilder
20	Unabhängige Beschwerdestelle	😐	😐	😐	😐	
21	Gerontopsychiatrische Tagespflege			😊		
22	Zugang zur Tagesklinik	😊	😊	☹	😊	KJP: erst ab 6 Jahren
23	Psychiatrische Klinik	😊	😊	😊	😊	KJP: keine Entgiftungsplätze; keine Aufnahme der Eltern
24	Stationär betreutes Wohnen nach SGB XII		😊	😊	😊	Gerontopsychiatrie: nicht ausschließlich für Demenz; Sucht: in der Nähe von OL; Allgemeinpsychiatrie: lange Wartezeit
25	Pflegeheim mit speziellem psychiatrischen Angebot SGB XI		😊	😊	☹	
26	Spezielle Angebote für Arbeitssuchende		😊		😊	
27	Reha-Einrichtung / RPK		😊			Ambulante und stationäre Angebote der Suchtrehabilitation sind vorhanden
28	Niedrigschwellige Beratungs- und Informationsstellen	😊	😊	😊	😊	

