

**Sozialpsychiatrischer Plan der Stadt Oldenburg**

(Fortschreibung: Berichtszeitraum 07/2007 bis 12/2009)

**Teil V**

<b>1.</b>	<b>Allgemeines</b>	
1.1	Rückblick und Ausblick	S. 380
1.2	Dritter Regionaler Reha-Tag	S. 382
1.2.1	„Auf dem Weg in die Zweiklassenpsychiatrie“, Vortrag von Prof. Dr. Röttgers	S. 387
1.3	Bundesweites Filmfestival Ausnahmezustand/Verrückt nach Leben zu Gast in Oldenburg	S. 416
1.3.1	Recovery als Ziel psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe bei der Diagnose Schizophrenie	S. 419
1.4	Sozialpsychiatrisches Forum	S. 429
<b>2.</b>	<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>	
2.1	Einführung	S. 432
2.2	Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter	S. 433
2.3	Darstellung der Angebote	S. 438
2.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kinderklinik Oldenburg	S. 461
2.5	Koordinierungszentrum Kinderschutz	S. 469
2.6	Kinder psychisch kranker Eltern	S. 475
2.6.1	Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – Das Beratungsforum der Stadt Oldenburg –	S. 476
2.7	Buchtipps	S. 485
2.8	Kernaussagen	S. 486

<b>3.</b>	<b>Aktuelles Thema: Forensik</b>	<b>S. 487</b>
3.1	Klinik für forensische Pschiatrie und Psychotherapie in der Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn	S. 491
3.2	Forensische Psychiatrie, Ablauf und Steuerung	S. 495
3.3	Kernaussagen	S. 497

Im Anhang finden Sie noch einmal die Inhaltsverzeichnisse der Planteile I – IV.

*Herausgeber:*

*Sozialpsychiatrischer Dienst/Gesundheitsamt/Dezernat 3*

*(Teile I – IV des aktuellen Sozialpsychiatrischen Plans sind abrufbar unter [www.oldenburg.de](http://www.oldenburg.de), dann Stadtverwaltung/Gesundheit + Soziales/Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst)*

## **1.1 Rückblick und Ausblick**

Um die laufende Fortschreibung und damit die Aktualität des Sozialpsychiatrischen Planes der Stadt Oldenburg sicherzustellen, hatten wir uns methodisch vorgenommen, in einem Gesamtberichtszeitraum von Juli 2007 bis Dezember 2009 fünf einzelne Berichtsteile zu jeweiligen Schwerpunktthemen und aktuellen Themen zu verfassen und zu veröffentlichen. Dieses Ziel ist mit dem nun vorliegenden fünften Teil des Sozialpsychiatrischen Planes erreicht. Es hat sich gezeigt, dass der Sozialpsychiatrische Plan ein geeignetes Arbeitsmittel und eine gute Gesprächsgrundlage ist, wenn es um Hilfen für psychisch kranke Menschen auf kommunaler Ebene geht. Besonders erfreulich ist, dass viele sozialpsychiatrisch interessierte Bürgerinnen und Bürger kommunikativ an der Gestaltung und Weiterentwicklung des Sozialpsychiatrischen Planes der Stadt Oldenburg mitwirken, sei es durch eigene Beiträge oder aber andere Rückmeldungen in vielfältiger Form. Ihnen allen dafür herzlichen Dank.

Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes und des Sozialpsychiatrischen Dienstes war, zumindest soweit nach außen wahrnehmbar, im letzten Halbjahr geprägt durch drei größere Veranstaltungen:

- den 3. Regionalen Reha-Tag,
- das Filmfestival „Ausnahmestand/Verrückt nach Leben“ und
- das Forum des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

Über diese drei Veranstaltungen soll hier im allgemeinen Teil noch einmal kurz berichtet werden.

Schwerpunktthema des fünften Teiles des Sozialpsychiatrischen Planes ist die „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, die, gerade auch in ihrer Schnittmenge mit der Erwachsenenpsychiatrie, Thema des Sozialpsychiatrischen Forums war.

Im aktuellen Thema befassen wir uns mit der Forensik.

Im ersten Halbjahr 2010 wird kein aktueller neuer Teil des Sozialpsychiatrischen Plans der Stadt Oldenburg erscheinen. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird diese Zeit nutzen, um sich noch einmal über methodische und

inhaltliche Aspekte der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes Gedanken zu machen. Auch hier sind wir selbstverständlich für Anregungen und Vorschläge dankbar.

Zur Vorbereitung der Planfortschreibung Ende 2010 wird den Anbietern psychiatrischer Hilfen in der Stadt Oldenburg im ersten Halbjahr ein Datenblatt des Psychiatriereferates des Niedersächsischen Sozialministeriums übersandt, um dann in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes eine etwas genauere Bestandsbeschreibung psychiatrischer Hilfen für die Stadt Oldenburg geben zu können. Auch hier dürfen wir Sie heute schon herzlich um Ihre Unterstützung und Mitarbeit bei der Datenerhebung bitten.

## **1.2 Dritter Regionaler Reha-Tag**

Die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und das Reha-Zentrum am Meer Bad Zwischenahn führten am 4. und 5. September 2009 im Rahmen der Veranstaltungen zur „Stadt der Wissenschaft 2009“ gemeinsam den 3. Regionalen Reha-Tag durch. Unter dem Titel „Herausforderung – Lebensqualität im Alter“ wurde ein ambitioniertes Programm zusammengestellt, das einerseits dem

Anspruch einer wissenschaftlichen Tagung gerecht wurde und andererseits auch ein interessiertes Nicht-Fachpublikum ansprach.

Die Veranstaltungssäule Sozialpsychiatrie wurde vorbereitet und gestaltet von Herrn Dr. Orzessek, psychologischer Psychotherapeut im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg.



Privatdozent Dr. Norbert Krischke, Dr. Henning Scherf

Nach Begrüßung durch Herrn Dr. Krischke von der Universität Oldenburg hielt Herr Dr. Henning Scherf seinen Eröffnungsvortrag zum Thema „Zukünftige Wohnformen“. „Oft denke ich, sinnstiftende Kommunikation und reizvolle Aufgaben im Alter gehören auch zu einer Reha-Konzeption“, so Henning Scherf.



Prof. Dr. Dr. Gottwald, Dr. Orzessek

Das zweite Bild zeigt Herrn Prof. Dr. Dr. Gottwald und Herrn Dr. Orzessek im Gespräch über die Frage „Was passiert, wenn Dr. Faust und Mephisto im Krisendienst anrufen?“. Seit 10 Jahren arbeitet der Psychosoziale Krisendienst in der Stadt Oldenburg; Zeit, Rückblick und Ausblick zu halten, was Herr Dr. Orzessek in seinem Vortrag tat.

Besonders hingewiesen werden soll an dieser Stelle im Sinne einer Literaturempfehlung auf das Buch von Herrn Dr. Orzessek mit dem Titel „Aufbau, Evaluation und Weiterentwicklung eines psychosozialen Krisendienstes unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeiterperspektive“. Das Buch ist 2009 im Niebank-Rusch Fachverlag Bremen erschienen und trägt die ISBN Nr. 978-3-939564-20-1.



Herr Dr. Zimmermann

Im weiteren Verlauf der Veranstaltungssäule Sozialpsychiatrie sprach dann der Ärztliche Direktor der Karl-Jaspers-Klinik in Bad Zwischenahn, Herr Dr. Jörg Zimmermann über die aktuelle Frage „Kann Recovery bei schizophrenen Störungen durch Rehabilitation erreicht werden?“. Nach Einschätzung von Herrn Dr. Zimmermann ist, um Remission oder gar Recovery zu erreichen, ein über die stationäre Behandlung hinausgehendes Rehabilitationskonzept erforderlich.

Das wichtige Thema Recovery war unter anderem auch Thema beim Filmfestival „Ausnahmestand“, über das unter Punkt 1.3 berichtet wird.

Einem sozialpolitisch aktuellen und damit sozialpsychiatrisch interessanten Thema wandte sich schließlich Herr Professor Dr. Röttgers, FH Münster, Medizin und Pflegewissenschaften zu, mit der Frage: „Knappe Kassen für Schwerkranke – Luxus für das Leiden am Alltag: Auf dem Weg in eine neue Zweiklassenpsychiatrie in Deutschland?“.

Der Artikel von Professor Dr. Röttgers ist unter Punkt 1.2.1 hier im allgemeinen Teil des Sozialpsychiatrischen Planes abgedruckt.



Prof. Dr. Röttgers

### **1.2.1 „Auf dem Weg in die Zweiklassenpsychiatrie“ von Prof. Dr. Röttgers, Fachhochschule Münster**

Der englische Arzt Julian Tudor Hart hat vor fast 40 Jahren den Begriff des „Inverse Care Law“ geprägt. Er wies damals anhand von Daten des staatlichen britischen Gesundheitssystems nach, dass gerade die Menschen, die am schwersten krank waren, in England am schlechtesten versorgt wurden.

Was hat dieses Armutszeugnis der damaligen bürokratisch-zentralistischen Planwirtschaft des National Health Service mit der Betreuung und Behandlung psychisch Kranker in der Bundesrepublik zu tun?

Auf den ersten Blick wenig – seit der Psychiatrie-Enquete, die die erschütternden Missstände in den mehr als Verwahranstalt denn als Krankenhaus eingerichteten Großkrankenhäusern der 60er Jahre beschrieb, ist viel passiert: Die Großkliniken wurden in den meisten Regionen durch wohnortnahe Krankenhäuser und Abteilungen ergänzt oder ganz abgelöst, seelisch und körperlich Kranke sind einander rechtlich gleichgestellt, die Psychiatrie-Personalverordnung sichert auf dem Papier hinreichende und multiprofessionelle personelle Ausstattungen.

Die Zahl der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte hat sich seit der Enquete vervielfacht, und dank des Psychotherapeutengesetzes ist mit dem Psychologischen Psychotherapeuten ein neuer Heilberuf mit eigener Qualifikation hinzugekommen.

Alle Bundesländer haben Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, in denen u. a. ein Sozialpsychiatrischer Dienst mit multiprofessioneller Kompetenz verankert ist, der Personen, die krankheitsbedingt das Versorgungssystem nicht nutzen können, unterstützt und betreut. Also müsste doch alles in bester Ordnung sein!

Auf den zweiten Blick dagegen stellt sich die heutige Versorgungslandschaft weniger ideal dar: es gibt etliche strukturelle Fehlentwicklungen, die genau dem „Inverse Care Law“ entsprechen. Kurz gesagt, verschlechtern sich die Bedingungen für schwer, wiederkehrend und chronisch psychisch kranke Menschen, während sich zunehmend Angebote etablieren, die sich an leichter kranke Menschen mit Alltagskonflikten und psychoreaktiven Fehlentwicklungen richten.

Halt – wird hier mancher Leser einwenden – ist es denn legitim, überhaupt eine Kategorisierung psychischer Leiden in „leicht“ und „schwer“ vorzunehmen, oder ist nicht jede seelische Problematik, die einen Menschen hilfsbedürftig macht, erst einmal ohne weitere Differenzierung unterstützungsbedürftig?

In einer idealen Welt der unbegrenzten Ressourcen wäre das sicher ein bedenkenswertes Argument. Nur: die Ressourcen sind nicht unbegrenzt, und im real existierenden deutschen Gesundheitswesen gibt es begrenzte Etats und Kapazitäten sowohl für bestimmte Facharzt- und Therapeutengruppen als auch für stationäre Behandlungsplätze. Da seit Jahren die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung gedeckelt sind, führt ein noch so unabweisbarer Bedarf für ein gesundheitliches Problem zwangsläufig dazu, dass Ressourcen dafür nur auf Kosten der finanziellen Ausstattung an anderer Stelle freigemacht werden können.

Da kaum zu erwarten ist, dass beispielsweise die Versorgung von Unfallverletzten, Krebspatienten, kranken Kindern oder Personen mit Herzerkrankungen zugunsten des „Psycho-Bereichs“ eingeschränkt wird bzw. die damit befassten Interessenvertreter und Dienstleister freiwillig Geld an diesen Bereich abtreten, stellt sich zwangsläufig die Frage einer internen Prioritätensetzung.

Diese kann man, wie dies zurzeit Kassen- und Gesundheitsbürokratie und Ärztefunktionäre tun, auf die eine Weise lösen, nämlich nach der Logik der sogenannten organisierten Interessen. Dieser politikwissenschaftliche Begriff beschreibt, dass gesellschaftliche Entscheidungsprozesse nicht unbedingt nach logischen oder in der Sache liegenden Notwendigkeitskriterien ablaufen, sondern vielmehr nach der Frage, wie gut organisiert und damit durchsetzungsstark die Vertreter einer bestimmten Position auftreten. Ein aktuelles Beispiel dafür ist die Umweltprämie genannte „Abwrackprämie“ der Großen Koalition. Sie hat weder einen ökologischen Sinn, da sie keine ökologischen Kriterien enthält, ja sogar in Deutschland gefertigte Elektroleichtautos von der Unterstützung beim Neukauf ausschließt und statt dessen faktisch den Import benzingetriebener Klein- und Mittelklassewagen unterstützt, noch trägt sie langfristig zur Stabilisierung der Wirtschaft bei, da sie ein Strohfeuer auslöst: Da in Deutschland schon genug Autos auf den Straßen unterwegs sind, wurden Käufe auf das Jahr 2009 vorgezogen, die dann in den Folgejahren fehlen. Dies gilt auch für das mit dem Kauf eines Neuwagens verbundene Mehrwertsteueraufkommen für den Staat, welches kurzfristig die

Prämie teilweise refinanziert. Auch dieses fehlt ja in den Folgejahren, die Schulden dagegen bleiben. Gesamtgesellschaftlich gäbe es unabhängig davon sicher die eine oder andere „Baustelle“, an der die dafür eingesetzten Ressourcen sinnvoller hätten genutzt werden können.

Warum kam diese Regelung trotzdem zustande? Die Idee der Abwrackprämie entstand ursprünglich bei Gewerkschaftlern der Automobilbranche – aus deren Sicht eine logische Interessenvertretung – und wurde von Fachkreisen wegen der offenkundigen Konstruktionsfehler nicht ernst genommen. Dagegen wurde sie von den großen Parteien dankbar aufgegriffen, da sie kurz vor der Bundestagswahl Handlungsfähigkeit inszenieren und damit sichtbare, medienwirksame Symbolpolitik darstellen konnten. Außerdem freute sich VW als der wichtigste deutsche Kleinwagenhersteller. Gewerkschaften und Große Koalition als Interessenvertreter gemeinsam schafften es, zumal in einer medienvermittelten Demokratie, ganz unabhängig von Sinn und Bedarf, eine Position durchzusetzen.

Ähnlich wie hier funktioniert die Entscheidungsfindung auch in der Versorgung psychisch Kranker. Attraktive und medienräftige Vorhaben wie die Eröffnung einer hübsch in die Berglandschaft geplanten psychosomatischen Klinik mit Hotelcharakter sind für die medizinisch-psychiatrischen Laien in der Landes- und Kommunalpolitik besser zu verstehen und zu vermitteln als die Verbesserung der Versorgung chronisch psychosekranker Menschen oder gar die Etablierung einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung. Für Krankenkassen und Ministerialfunktionäre zählt nach deren interner Logik nur die Frage, ob sich eine wirklich oder tatsächlich vernachlässigte Patientengruppe ggf. zusammenschließen und medienräftig organisieren könnte: In dieser Kalkulation sind zwar die Rheumaliga und die Diabeteskranken ein Faktor, schwer psychisch Kranke aber definitiv nicht.

Des weiteren kommt es bei der „internen“ Honorarverteilung bei Kassenärzten und –psychotherapeuten darauf an, welche Fachgruppe gut organisiert und mit vielen Delegierten in den Gremien vertreten ist. Hier haben die kleinen und zudem für endlose Sitzungen viel zu überarbeiteten Fachvertreter, wie Psychiater und

Kinderärzte, schon seit Jahrzehnten schlechte Karten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) werden von den großen Gruppen der Allgemeinmediziner und Internisten und gut organisierten Kleinfractionen wie Labormedizinern und Orthopäden dominiert. Deren Anliegen finden dann auch wieder Unterstützung in Politik und Bürokratie. Wer an der Spitze der Verdienstskala der Ärzteschaft liegt und wer am Ende, kann man daraus ableiten.

Die entgegengesetzte, nicht am realen oder befürchteten Lobbydruck, sondern dem zugrunde liegenden Problem orientierte Vorgehensweise bei der Prioritätensetzung wäre die, nach dem Bedarf, der Schwere des Leidens, dem Maß an Beeinträchtigung durch eine Erkrankung zu fragen und bei begrenzten Mitteln zuerst die dringendsten, danach die nicht ganz so dringenden Fragestellungen und nachrangig alle anderen zu versorgen. Etwas zugespitzt formuliert, benötigt ja bei einem Verkehrsunfall nicht immer der zuerst den Notarzt, der am lautesten nach Hilfe ruft, sondern in der Regel der, der schon zu schwach ist, überhaupt noch ein Wort herauszubringen.

Selbstverständlich ist diese Abschätzung im Bereich psychischer Erkrankungen schwieriger, die Bewertung anfälliger für subjektive Faktoren als in der körperlichen Medizin mit ihren Röntgenbildern, Laborparametern, Temperaturen und technischen Verfeinerungen. Dennoch gibt es vernünftige Kriterien dafür, die einen psychischen Erkrankungen als „schwer“ und die anderen als im Vergleich dazu „leichter“ zu bezeichnen.

Das erste Kriterium ist die zeitliche Komponente. Eine Erkrankung, die wie eine Demenz von vorneherein unbeeinträchtigt nur in eine Richtung, nämlich sich verschlechternd, allenfalls einmal innehaltend, verläuft, ist „schwerer“ als eine Konfliktreaktion auf Mobbing am Arbeitsplatz, die mit der Änderung der äußeren Bedingungen auch wieder zurückgehen wird. Ähnlich ist die Frage zu bewerten, ob eine Erkrankung per se wiederkehrend ist, wie die schizophrenen und die bipolaren Störungen, die damit die elementare Gewissheit der eigenen Stabilität, des „sich auf sich verlassen-Könnens“ dauerhaft zerstören.

Das zweite, mit dem ersten oft Hand in Hand gehende Kriterium ist die Schicksalhaftigkeit. Angst- und Zwangserkrankungen, Substanzmissbrauch und Sucht, vor allem aber „psychosomatische“, besser somatoforme, Störungen sind im Prinzip vom Patienten selbst mitgestaltbar, er kann aktiv an der Behandlung mitwirken, es gibt die Perspektive der Heilung oder zumindest dauerhaften Symptommfreiheit. Diese Erkrankungen sind damit weniger „schicksalhaft“ als hirnorganische Erkrankungen, schizophrene oder affektive Psychosen.

Das dritte Kriterium ist die Ausprägung und Tiefe der Symptome. Die Erkrankungen, die wie die Demenz die elementaren Basisfunktionen des menschlichen Gehirns wie Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis zerstören oder aber wie eine akute Schizophrenie oder Manie den Realitätsbezug und die Gewissheit hinsichtlich der eigenen Person in Frage stellen, haben eine andere Qualität als die Störungen, die z. B. die emotionale Situation massiv belasten, bei denen das grundsätzliche „Funktionieren“ des Gehirns und der Realitätsbezug aber erhalten sind.

Im folgenden soll vereinfachend und typisierend von „schweren und wiederkehrenden Erkrankungen“ im Gegensatz zu den „leichten“, psychoreaktiven, in älterer Sprache oft auch „neurotischen“ Störungen gesprochen werden. Eine integrative Psychiatrie und Psychotherapie macht es sich selbstverständlich unabhängig davon zur Aufgabe, alle diese Erkrankungen zu behandeln, gerade um eine „Zweiklassen-Medizin/-Psychiatrie“ und negative Folgen einer solchen Einteilung, die im Kontakt mit und dem Respekt vor dem je individuellen Leiden eines konkreten Patienten selbstverständlich keinen Platz hat, sondern lediglich ein Bezugssystem für kollektive Betrachtungen darstellen kann, zu vermeiden.

Um so verwunderlicher ist es, wenn (im übrigen ausschließlich in Deutschland, der Rest der Welt schüttelt den Kopf über diesen Sonderweg) seit einigen Jahren eine Fachdisziplin entstanden ist, die sich in Abgrenzung zur Psychiatrie und Psychotherapie, die allen psychisch Erkrankten offen steht, ausschließlich den „leichteren“ Erkrankungen widmet, nämlich die psychosomatische oder psychotherapeutische Medizin.

Hier hat eine anfänglich unwesentlich erscheinende Ursache, nämlich die Etablierung eines neuen Facharzttitels im Jahre 1992 auf Initiative einer kleinen, lautstarken Lobby, große Wirkungen entfaltet. Wenn es einen solchen Facharzttitel gibt, benötigt man auch sogenannte Weiterbildungsstellen, vor allem Krankenhäuser der entsprechenden Fachrichtung. Damit war die Grundlage geschaffen, die Bundesländer, die für die Krankenhausplanung zuständig sind, zur Ausweisung solcher Abteilungen zu drängen. Dies geschieht mit einer rein formalen Argumentation, eine inhaltliche Notwendigkeit steht nicht im Vordergrund. Tatsächlich ist es ja in aller Regel sinnvoller, eine leichte, vor allem von den äußeren Bedingungen des Lebens abhängige Problematik unter Alltagsbedingungen ambulant psychotherapeutisch zu behandeln, damit man das in der Therapie Erlernte dann auch im Alltag umsetzen und anwenden kann. In Deutschland dagegen schickt man die Menschen 6 Wochen in eine „psychosomatische Kur“ in bevorzugte Tourismusregionen, die Norddeutschen in die Mittelgebirge, die Bayern an die Küste, die Harzer ins Alpenvorland. Verständlicherweise ist es für die meisten Menschen attraktiv, wenn sie eine Zeitlang aus einem belastenden häuslichen oder beruflichen

Umfeld heraus kommen: diesen unspezifischen Effekt erreicht aber in aller Regel auch ein Urlaub. Nach dem Aufenthalt unter der Glasglocke des „Zauberbergs“ kehrt denn auch die Realität in aller Regel um so schonungsloser zurück.

Mittlerweile gibt es aufgrund dieses deutschen Sonderwegs und mit stark wachsender Tendenz insgesamt 20.000 Betten (1990: 9000) in der Akut- und Reha-Psychosomatik, gleichzeitig ist die Zahl der psychiatrischen Betten von 88.000 im Jahre 1990 auf 55.000 im Jahre 2008 drastisch gesunken.

Durch den Ausschluss akut und schwer psychisch kranker Menschen betreiben viele der „psychosomatischen“ Kliniken eine „Psychiatrie light“. Die fachlichen Behandlungsangebote sind oft mager, in einer Erhebung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2002 gaben Kliniken spezifische Therapieleistungen zwischen 16 und 84 Minuten am Tag an. Warum für ein solches Minimalprogramm eine teure rund-um-die-Uhr Unterbringung erforderlich sein soll, ist nicht ersichtlich. Wettbewerb zwischen den Häusern findet deshalb vor allem über die jeweiligen Wellness- und Hotelservice-

angebote statt. Fachliche Fundierung und der Einsatz evidenzbasierter Verfahren sind eher die Ausnahme als die Regel, weswegen wenig Erfolge zu erwarten sind. Die meisten dieser Kliniken vermeiden denn auch sicherheitshalber, die eigene Arbeit anhand ihrer Ergebnisse zu bewerten. 41 von 67 befragten Kliniken verweigerten jede Aussage zu den Behandlungsergebnissen, nur 8 der 26 Antwortenden hatten zumindest „mittlere positive Effekte“, beim Rest kamen die Patienten kaum verändert, bei einer Klinik sogar in der Regel verschlechtert nach Hause (Schulz 2008). Tokar stellte 2007 bei der Kernklientel dieser Kliniken, nämlich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen, dementsprechend häufiger Verschlechterungen als Verbesserungen fest. Es sei an dieser Stelle betont, dass es einige Häuser gibt, die traditionell die Bezeichnung „Psychosomatische Klinik“ tragen, dennoch aber exzellente und qualitätsgesicherte Therapiekonzepte anbieten. Für den medizinischen Laien allerdings sind diese Krankenhäuser natürlich nicht von der Fülle der unspezifisch und ohne Evidenzbasierung arbeitenden Häuser zu unterscheiden.

Unabhängig von der fachlichen Problematik wird dieser Zweig der Medizin massiv und undifferenziert unterstützt. Die fachlich inkompetenten und schlecht beratenden politischen Entscheidungsträger achten wie die Krankenhausfunktionäre eher auf ein hübsch dekoriertes Ambiente, fernöstlich angehauchte Innenarchitektur, biologisch-dynamische Vollwertküche und lustig sprudelnde Thermalbäder als auf die tatsächlichen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen. In den Krankenhausbedarfsplänen der Länder werden immer mehr Psychosomatik-Betten auf Kosten der Kapazitäten der allgemeinen Psychiatrie ausgewiesen.

Gewitzte Klinikbetreiber schaffen es sogar, psychiatrische Planbetten in Anspruch zu nehmen, die für die Akutversorgung dringend benötigt würden, und trotzdem nur leicht Kranke zu behandeln. Allein im psychiatrisch ohnehin unterversorgten Flächenland Niedersachsen gibt es mit Wissen des Sozialministeriums zwei große Kliniken, die sich gegenüber Krankenhausplanern und Krankenkassen offiziell „Psychiatrie“ nennen, aber schon auf ihren Internetauftritten klar machen, dass akut oder schwer Kranke in keinem Fall erwünscht sind. „Nicht aufgenommen werden Patienten

mit floriden Psychosen, Suchterkrankungen, erheblicher hirnerkranklicher Beeinträchtigung und akuter Suizidgefahr“, so etwa die Homepage der Clemens-August-Klinik Neuenkirchen, die nichtsdestoweniger über 100 Planbetten für Allgemeinpsychiatrie beansprucht, die andernorts schmerzlich fehlen.

Umso sparsamer verhalten sich Länder und Kassen dagegen gegenüber der allgemeinen Psychiatrie. Die Entfernung zum zuständigen psychiatrischen Pflicht-versorgungskrankenhaus beträgt für manche Gemeinden Niedersachsens immer noch 100 km und mehr und führt damit den Gedanken der Gemeindenähe ad absurdum. Der letzte Massenschlafsaal in einem deutschen psychiatrischen Großkrankenhaus (ehemaliges Landeskrankenhaus Wehnen) wurde erst 2008 geschlossen, weil das Land als Träger weder unter „Rot-Grün“ noch unter „Schwarz-Gelb“ Mittel für den Umbau zu normalen Zimmergrößen bereitstellte. Erst die von vielen mit Sorgen, von einigen auch mit angst-machender Polemik begleitete Privatisierung des Hauses ermöglichte die Humanisierung der Behandlungsbedingungen. Kassen und Krankenhausplaner

ändern nichts daran, weil es ihnen herzlich egal und der Weg des geringsten Widerstands der arbeitssparendste ist.

Parallel dazu entsteht der Eindruck, dass die Krankenkassen aktiv und bewusst die Etablierung der Soziotherapie sabotieren. Dieses Instrument, neu in das SGB V aufgenommen, bietet für schwer und wiederkehrend Kranke, insbesondere schizophrene Menschen, eine vergleichsweise hochfrequente persönliche ambulante Betreuung und Begleitung durch psychiatrische Fachpflegekräfte oder qualifizierte Sozialarbeiter. In Modellversuchen wurde eindeutig nachgewiesen, dass die Lebensqualität der Betreuten sich verbessert, ihre Mitarbeit in der Behandlung profitiert und die Zahl der Kriseninterventionen im Krankenhaus sinkt.

Dennoch sorgen die Krankenkassen durch enorme bürokratische Hürden und prohibitiv niedrige Vergütungssätze dafür, dass daraus kein flächendeckendes Angebot wird, sondern nur wenige Einzelfälle in den Genuss der Leistung kommen. Als sie im Rahmen einer Diplomarbeit an der FH Münster im Herbst 2009 befragt wurden, verweigerten die meisten befragten Kranken-

kassen mit fadenscheinigen Gründen eine Antwort auf die Frage nach den Fallzahlen und deren Entwicklung, einige immerhin legten offen, dass Soziotherapie nur in seltenen Fällen gewährt wird und außerhalb von Modellregionen entweder nie wirklich etabliert wurde oder aber durch den ökonomischen Druck wieder schrumpft. Eine selbstverständlich nicht beweisbare Spekulation zum Motiv: Sobald ein schizophrener Mensch nach dem x-ten Rückfall nicht mehr in der Lage zu einem eigenständigen Leben ist, wird er zu einem Heimbewohner in der Kostenzuständigkeit des Sozialhilfeträgers. Dann entfallen alle Kassenausgaben für Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege usw. usw.

Die sozialpsychiatrischen Dienste könnten im Idealfall hier ausgleichend tätig sein und sind es auch in einigen Regionen: allerdings gehören sie, da sie nur dem Grunde, nicht der Ausstattung und Personalstärke kodifiziert sind, auch zu dem Bereich kommunaler Daseinsfürsorge, der bei knappen Kassen hinten anstehen muss: auch hier gilt die Logik der organisierten Interessen. Hinzu kommt, dass eine Behandlungsermächtigung, also die Erlaubnis, selbst dann tatsächlich ärztlich

und psychotherapeutisch zu behandeln, statt nur zu beraten, zu begleiten und zu vermitteln, oft nicht vorhanden ist. Hier haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Vetorecht und neigen dazu, einen weiteren vermeintlichen Konkurrenten um die gedeckelten Honorare abzublocken, auch wenn in der Realität dann Versorgungslücken zementiert werden.

Kommen wir damit zu dem zweiten großen Sektor, der ambulanten Praxisversorgung. Die Psychiatrie-Enquête hatte sich ja zum Ziel gesetzt, eine kompetente wohnortnahe Betreuung psychisch kranker Menschen sicherzustellen. Bedauerlicherweise gibt es trotz der höheren Zahlen an qualifizierten Ärzten und Therapeuten auch im ambulanten Bereich unter verschiedenen Aspekten eine strukturelle Benachteiligung schwer psychisch Kranker.

Dass dieser für Insider stets „gefühlte“ Sachverhalt nunmehr exakt beziffert werden kann, ist einem 2008 von Melchinger im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellten Gutachten zu verdanken. Nach Auswertung der Daten verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen konstatiert das Gutachten, dass für

75 Prozent der Patienten (knapp 2 Mio. „Fälle“ pro Quartal), erneut sind dies die mit schweren und wiederkehrenden Erkrankungen, lediglich 35 Prozent der Mittel für die Versorgung psychisch Kranker eingesetzt werden.

Demgegenüber steht die privilegierte Minderheit der in aller Regel leichter kranken Psychotherapie-Patienten: sie umfasst etwa 500.000 Personen pro Quartal, beansprucht aber 65 Prozent der Gesamtmittel. Wie kann das sein? Hier treffen wir auf eine weitere Absurdität des deutschen Gesundheitswesens, nämlich eine nach ausschließlich administrativ gesetzten, aber inhaltlich sinnfreien Kriterien gestaltete Bezahlung der Dienstleister.

Die mit 5000 Personen kleine Gruppe der Psychiater und Nervenärzte erhält für die von ihr versorgte Gruppe vor allem schwer Kranker eine lächerlich geringe Pauschalvergütung von etwa 50 € pro Patient und Quartal, unabhängig davon, wie viele Hausbesuche, Kriseninterventionen oder gar Zwangsunterbringungen etwa bei einem jungen Schizophrenen anfallen oder wie viel Diagnostik, Alltagsunterstützung, Aufklärung und

Angehörigenschulung bei einem Demenzkranken erforderlich sind. Schlimmer noch: wird das sogenannte „Regelleistungsvolumen“, ein bürokratisches Monstrum in schlimmster Tradition der Fünfjahrespläne der DDR, mit dem die Patienten-„Sollzahl“ von der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt wird, überschritten, so entfällt die Bezahlung für die „überzähligen“ Patienten fast völlig. Im 2. Quartal 2008 beispielsweise kürzte die KV Westfalen-Lippe das ohnehin bescheidene Honorar um 90 % (!), wenn ein Psychiater das Pech hatte, aufgrund seines guten fachlichen Rufs, des geringen Facharztangebots in seiner Region oder schlicht wegen des Zuzugs von Kranken mehr Menschen zu behandeln, als die Bürokraten ihm aus der Schreibtischperspektive zugestehen wollten. Trotz stets wachsender Verwaltungen bei Kassen und KV sind diese allerdings nicht in der Lage, dies zeitnah festzustellen, sondern zahlen zunächst Abschläge auf der Basis der Regelhonorare. Da sich die Berechnungen, auf denen dann die „Regresse“, also die Rückforderungen an den Arzt beruhen, lange hinziehen können, kann es sein, dass erst Jahre nach der vom Arzt geleisteten Arbeit die Mitteilung kommt, dass er diese umsonst erledigt hat

und teilweise erhebliche Summen sofort zurückzuzahlen sind. Kurzum: das Morbiditätsrisiko, also das Risiko, das sich daraus ergibt, dass ggf. mehr Menschen als absehbar erkranken und eine Behandlung benötigen, wird von Kassen und KV auf die Ärzte abgewälzt. Diese wiederum sind trotzdem rechtlich und ethisch verpflichtet, jeden Kassenpatienten zu behandeln.

Ein solches „Geschäftsmodell“ wäre in jedem anderen gesellschaftlichen Bereich unvorstellbar: Wie würde ein Bäcker reagieren, dem man auferlegt, ab 14 Uhr alle Brötchen umsonst abzugeben, wenn er sein „Tagessoll“ erreicht hat, aber immer noch Kunden im Laden stehen? Die langjährige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt schafft es im Verein mit den Krankenkassen dennoch immer wieder, Ärzte, die gegen Quartalsende die Praxis herunterfahren, weil die Arbeit der letzten 3, 4 Wochen nicht mehr bezahlt wird, als unmoralische Egoisten zu diffamieren. Dies gelingt, weil die breite Öffentlichkeit das System nicht versteht und die ihm innewohnende Absurdität, wenn sie es denn verstehen würden, ohnehin für einen schlechten Scherz halten würde.

Die mit knapp 20.000 Personen weitaus größere Gruppe der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten dagegen kennt die Begriffe Krisenintervention und Hausbesuch bestenfalls als theoretische Größe, kann sich die Patienten nach eigenem Geschmack auswählen und erhält eine garantierte Vergütung von etwa 80 € pro 45 Minuten-Sitzung. Zudem geht hier der Trend zu leichteren Störungen, Patienten werden immer mehr nach den „YAVIS“-Kriterien ausgewählt: der ideale Psychotherapie-Patient ist „young, attractive, verbal, intelligent, successful“.

Dabei werden die Verfahren nicht etwa danach eingesetzt, ob sie für die Störung des Patienten nachgewiesen besonders erfolgversprechend sind, sondern danach, was der jeweilige Therapeut überhaupt oder am besten beherrscht. Die Psychoanalyse als besonders aufwendige, aber bezüglich der Wirksamkeit am wenigsten belegte Methode beansprucht im Gesamtvolumen weiterhin den Löwenanteil. Zwar werden Millionen Euro dafür ausgegeben, dass alle Therapien vor Beginn begutachtet werden müssen, die gesamte Vorschaltbürokratie führt aber zu nichts, da ohnehin fast

alle Therapieanträge genehmigt werden. Die Ablehnungsquoten liegen je nach Kasse bei weniger als 0,5 % (TK 2008). Gleichzeitig richtet sich die Therapiedauer nicht nach dem Behandlungserfolg, sondern die Therapeuten schöpfen fast immer den genehmigten Maximalrahmen aus. Nach Ablauf der bewilligten Stundenzahl kommt es dann zu Sofortheilungen. Auch hier gilt wie oben, dass viele niedergelassene Psychotherapeuten eine gute und verdienstvolle Arbeit leisten. Sie haben allerdings mit wenigen Ausnahmen für schwer psychisch Kranke wenig zu bieten. Das Handeln jedes einzelnen mag rational sein. Das Problem ist auch nicht, dass den Psychotherapeuten ihr Honorar nicht zustünde, sondern entsteht aus dem dramatischen Missverhältnis der Vergütungen.

Da die Lobby der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten aber zahlenmäßig stärker ist als die der Psychiater und Nervenärzte, widersetzt sie sich erfolgreich jeder Veränderung in der Vergütungsstruktur.

Da Psychiater fast immer auch ausgebildete Psychotherapeuten sind, ist es weder verwunderlich noch individuell vorwerfbar, wenn immer mehr angesichts der

Bedingungen ebenfalls ihr Hauptaugenmerk auf die besser finanzierten Psychotherapie-Patienten richten und die beschwerliche und betriebswirtschaftlich riskante bis potenziell existenzvernichtende Arbeit mit Schwerkranken reduzieren.

Ein weiteres Problem der ambulanten Psychiatrie in Deutschland ist das der Medikamentenbudgetierung. Ärzte dürfen nur so viele Medikamente verordnen, wie es dem von den KV jeweils festgelegten Fachgruppenschnitt entspricht. Verstößt man dagegen, drohen ebenfalls Regresse. Deshalb werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Industrieländern deutlich mehr ältere und damit nebenwirkungsreichere und/oder schlechter verträgliche Psychopharmaka verordnet. Bei älteren, auch körperlich kranken Menschen führt dies oft zu gesundheitlichen Komplikationen, bei jüngeren Patienten sorgen auch zunächst einmal objektiv harmlose, persönlich aber stark belastende Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme und Potenzstörungen dazu, dass Behandlungen gehäuft abgebrochen werden. Natürlich kosten Krankenhausaufenthalte, die nach dem Absetzen einer notwendigen Medikation wegen des Wiederauftretens der Erkrankungen nötig werden,

viel mehr als die Einsparungen durch die billigeren Altmedikamente, ganz abgesehen von der persönlichen Tragik eines jeden neuen, an sich vermeidbaren Psychiatrieaufenthalts. Angesichts der Sektorabgrenzung zwischen ambulant und stationär ist dies für die jeweils zuständigen Entscheidungsträger aber unmaßgeblich.

Besonders rücksichtslos wird dies auf dem Rücken der Demenzkranken ausgetragen: Auch hier sorgen die Restriktionen der Kassen und KV dafür, dass nur eine kleine Minderheit der an Alzheimer-Demenz erkrankten Personen mit modernen Antidementiva behandelt wird. Diese können zwar die Demenz nicht heilen, sehr wohl aber den Verlauf der Erkrankung für einen Zeitraum von bis zu etwa 2 Jahren aufhalten. Das ist oft entscheidend für die Frage, wie lange ein Mensch im Frühstadium der Erkrankung noch eigenständig leben kann. Allerdings haben diese Medikamente ihren Preis, und die Kassen kalkulieren mit ähnlichem Zynismus wie bei der Sabotage der Soziotherapie damit, dass die Kosten der Heimunterbringung ja nicht von ihnen, sondern vom Sozialhilfeträger und damit dem Steuerzahler aufzubringen sind. Damit ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht

der Kassen ein möglichst rasch zur Hilflosigkeit führenden Verlauf der Demenz der beste, und die Kassenärztlichen Vereinigungen sorgen mit der Drohung des Regresses bei Überschreitung der Fachgruppenschritte dafür, dass viele Psychiater und Nervenärzte aus eigenem Überlebensinteresse restriktiv bei der Verordnung der Mittel sind. Auch hier liegt also ein Fall des „Inverse Care Law“ vor: Eine schwere Erkrankung führt dazu, dass weniger Ressourcen eingesetzt werden.

Zusammenfassend sei daher festgehalten, dass sich zurzeit in Deutschland die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in der Tendenz verschlechtert. Demgegenüber führt die Privilegierung der stationären Psychotherapie/Psychosomatik sowie der ambulanten Richtlinienpsychotherapie zu einer Besserstellung einer kleinen Gruppe eher leichter kranker Menschen, die zudem eher der gebildeten Mittelschicht zuzurechnen ist. Dies weist mittelfristig tatsächlich in Richtung einer Zweiklassenpsychiatrie und –psychotherapie, eine Umkehrung dieser Tendenz ist nicht abzusehen. Aus fachlich-psychiatrischer Sicht ist dies katastrophal. Aus politischer Sicht ist zudem bemerkenswert,

dass sich hiergegen gerade von sich politisch als „fortschrittlich“ verstehenden Organisationen und Fachverbänden, die eine Schlechterstellung von Bedürftigen in anderen Zusammenhängen stets vehement ablehnen, keinerlei Protest erhebt. Hier mögen ideologische Voreingenommenheit, etwa eine Sympathie für die Anti-psychiatrie, eine weltanschauliche Nähe zur ausschließlich „sprechenden“ Psychotherapie oder gar zu alternativmedizinischen Konzepten im vermeintlichen Gegensatz zu der auch pharmakologisch arbeitenden Psychiatrie eine Rolle spielen. Als Anwälte der schwer Kranken treten in diesem Zusammenhang statt dessen die ansonsten eher als konservativ eingeschätzten, traditionellen Berufsverbände der Psychiater und Nervenärzte auf (Fritze für die DGPPN 2005, Gaebel et al. für die DGPPN 2008), ohne allerdings bisher bei Ministerien und Kassen Gehör zu finden.

#### **Autoreninformation**

Prof. Dr. Hanns Rüdiger Röttgers ist Politikwissenschaftler sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Öffentliches Gesundheitswesen und Umweltmedizin. Er lehrt Gesundheitswissenschaft und Sozialmedizin an der Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen, Hüfferstr. 27, 48149 Münster.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystem, Medizinethik, gesundheitlicher Verbraucherschutz, unwissenschaftliche und seriöse Praktiken im Gesundheitswesen

**Literatur:**

Melchinger, Heiner: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Hannover 2008.

Schulz, Holger: Psychosomatische Versorgung in Deutschland: Krankenhaus- vs. Rehabilitationsbehandlung. Vortrag am 09.01.2008, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.

Tokar, Markus: Therapeutische Misserfolge in der stationären Psychotherapie – Bestimmung von Charakteristika und Katamnesen verschlechterter Patientinnen und Patienten  
Diplomarbeit Universität Koblenz-Landau, Institut für Klinische Psychologie, März 2007

Fritze, Jürgen für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Kommentar zum Gutachten des IGSF – Neue stationäre psychosomatische Kapazitäten? psychoneuro 2005; 31 (6): 321 – 325  
[www.media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/stellungnahmen/2005/stn-dgppn-05-05-fritze-zu-psychsom-betten.pdf](http://www.media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/stellungnahmen/2005/stn-dgppn-05-05-fritze-zu-psychsom-betten.pdf)

Gaebel et al.: Gemeinsames Positionspapier von DGPPN, BVDN, BVDP, BDK und ACKPA zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland: Probleme und Herausforderungen der ambulanten Versorgung psychisch Kranker, 16.09.2008.  
[www.dgppn.de/de\\_stellungnahmen-2008\\_153.html](http://www.dgppn.de/de_stellungnahmen-2008_153.html)

### **1.3 Bundesweites Filmfestival Ausnahmezustand/ Verrückt nach Leben zu Gast in Oldenburg**

In Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund der Stadt Oldenburg gastierte vom 07. bis zum 21.10.2009 das bundesweite Filmfestival Ausnahmezustand/Verrückt nach Leben in Oldenburg. Gezeigt wurde ein interessantes, vielfältiges Filmangebot, das, wie Besucherzahlen und Intensität der anschließenden Diskussionen zeigten, auf eine sehr gute Resonanz stieß.

Zu dem sozialpsychiatrisch besonders interessanten Thema Recovery wurde ergänzend zum Film ein Vortrag von Herrn Diplom-Psychologen Arne Wolter gehalten, der in zusammengefasster Form unter dem Punkt 1.3.1 nachzulesen ist.

## Nachstehend noch einmal das Programm für Oldenburg

Programm für

# Oldenburg

 07. bis 21.10.2009

Veranstalter:

Sozialpsychiatrischer Verbund der Stadt Oldenburg

Ort/Kino:

Casablanca Programmkino, Johannisstr. 17, 26121 Oldenburg

Kartenreservierung: Tel. 0441-884757, [www.casablanca-kino.de](http://www.casablanca-kino.de)**Mi. 7.10., 20.00 Uhr Eröffnung: Film Übergeschnappt**

Regie: Martin Koolhoven, NL 2005, 81 Min., FSK 6

*Begrüßung:* Erste Bürgermeisterin Rita Schilling*Diskussionspartner:* Dr. Holger Koppe, Kinder- und Jugendpsychiater  
Roland Kohls, Sozialpsychiatrischer Dienst  
Elfie Finke-Bracker, Jugendamt  
Kerstin Kuhnert, Lebenswerkstatt gGmbH**So., 11.10., 11.00 Uhr: Vortrag** von Diplom-Psychologe Arne Wolter: "Recovery als Ziel psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe bei der Diagnose Schizophrenie - Möglich? Unter welchen Bedingungen? Wie?"**So., 11.10., 12.15 Uhr: Film Recovery - Wie die Seele gesundet**

Regie: Dieter Gränicher, Schweiz 2008, 70 min., FSK 6

*Diskussionspartner:* Uwe Bening, Diplom-Psychologe  
Ulrich Czarnotta, Lebenswerkstatt gGmbH  
Dr. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst**Mi., 14.10., 17.45 Uhr: Film Nacht vor Augen**

Regie: Brigitte Maria Bertele, D 2008, 91 Min., FSK 12

*Diskussionspartner:* Dr. Carsten Petry, Sozialpsychiatrischer Dienst  
Dr. Birgit Lösener, Bundeswehrkrankenhaus**So., 18.10., 11.30 Uhr: Film Übergeschnappt**

Regie: Martin Koolhoven, NL 2005, 81 Min., FSK 6

*Diskussionspartner:* Dr. Claus Bajorat, Karl-Jaspers-Klinik  
Petra Knipper, Sozialpsychiatrischer Dienst  
Klaus Rinke, Jugendamt**Mi., 21.10., 18.00 Uhr: Film Emoticons**

Regie: Heddy Honigmann, Niederlande 2008, 53 min., FSK 12

Vorfilm: **Felix**

Regie: Andreas Utta, Deutschland 2007, 20 min., FSK 0

*Diskussionspartner:* Silvia von Düffel, Gesundheitsamt  
Hartwin Preussner, Jugendamt  
Jens Renken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Dieter Hubert, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Heike Michnik, Integrative Jugendhilfe

In der Sonntagszeitung Oldenburg erschien am 04.10.2009 folgender Artikel zum Filmfestival

## Sehnsüchte junger Erwachsener

Filmfestival „Ausnahme|Zustand – Verrückt nach Leben“

OLDENBURG. Jugendliche wollen cool sein – doch allzu oft haben sie es ganz und gar nicht leicht. Für viele Heranwachsende ist diese Lebensphase geprägt von Einsamkeit, Ängsten, Schulversagen, Problemen und Selbstzweifeln. Das Filmfestival „Ausnahme|Zustand – Verrückt nach Leben“ will Jugendliche ermutigen, offener mit ihrer Gedanken- und Gefühlswelt umzugehen. Im Rahmen von Oldenburgs Programm als „Stadt der Wissenschaft“ gastiert das Festival vom 7. bis 21. Oktober im Programmkino Casablanca.

„Das Festival steht im Kontext der sehnsüchtigen Aufbruchs- und Umbruchstimmung im Leben angehender Erwachsener“, sagt Karin Evers-Meyer, die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Zur Zielgruppe gehören deshalb auch Erwachsene wie Eltern, Lehrer, Politiker, Sozialarbeiter und Ärzte. „Sie sollten das Festival als Chance sehen, sich mit der Lebenswelt junger Menschen zu beschäftigen und mehr über diese zu erfahren“, hebt Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, hervor.

Organisiert wird das Festival in Oldenburg vom Sozialpsy-



Mit „Übergeschnappt“ wird das Festival eröffnet.

Foto: Agentur

chiatrischen Verbund der Stadt Oldenburg. „Die insgesamt fünf Spiel- und Dokumentarfilme erzählen von der Gedanken- und Gefühlswelt Heranwachsender, berichten vom alltäglichen Wahnsinn jugendlicher Lebenswelten und zeigen, was Jugendliche stark machen kann“, erläutert der Diplompsychologe Dr. Peter Orzessek. Zudem sollen im Anschluss an die Filme Gesprächspartner aus dem Sozialpsychiatrischen Verbund für Fragen und Antworten zur Verfügung stehen.

Nach der Eröffnung durch Rita Schilling, Erste Bürgermeisterin der Stadt Oldenburg, wird am Mittwoch, 7. Okto-

ber, um 20 Uhr „Übergeschnappt“ vom niederländischen Regisseur Martin Koolhoven zu sehen sein. Der Film beschäftigt sich mit den Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern. In der Folge kommen daneben „Recovery – Wie die Seele gesundet“ von Dieter Gränicher (11. Oktober, 12.15 Uhr), „Nacht vor Augen“ von Brigitte Maria Bertele (14. Oktober, 17.45 Uhr), nochmals „Übergeschnappt“ (18. Oktober, 11.30 Uhr) sowie „Emoticons“ von Heddy Honigmann (21. Oktober, 18 Uhr) zur Aufführung. Weitere Informationen unter



[www.ausnahmezustand-filmfest.de](http://www.ausnahmezustand-filmfest.de)

### **1.3.1 Recovery als Ziel psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe bei der Diagnose Schizophrenie**

Arne Wolter & Jörg Zimmermann, Karl-Jaspers-Klinik,  
Psychiatrieverbund Oldenburger Land,  
Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn

Die folgende Zusammenfassung basiert auf einem Vortrag mit gleichem Titel, den wir im Rahmen des Filmfestes zum Tag der Seelischen Gesundheit vor dem Film „Recovery – Wie die Seele gesundet“ vorbereitet haben.

Dabei geht es uns darum, neben den Grundlagen zum Krankheitsbild Schizophrenie, den Definitionen von Recovery und den empirischen Ergebnissen auch etwas zu den gesellschaftlichen und weiteren Bedingungen zu sagen, die Recovery unseres Erachtens begünstigen oder behindern können und auf die Heterogenität dieses Krankheitsbildes besonders einzugehen.

#### Einführung

Die grundlegende Beschreibung des Krankheitsbildes Schizophrenie soll hier nur kurz zusammengefasst werden. Es ist gekennzeichnet durch ein charakteristisches Störungsmuster von Wahrnehmung, Denken, Ich-

Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik. Es werden in der Regel Positiv- und Negativsymptomatik unterschieden. Hierbei zeichnet sich erstere durch Übersteigerungen des „normalen“ Erlebens aus. Die bekanntesten Symptome sind hierbei wahnhaftes Erleben, Halluzinationen und Ich-Störungen. Negativsymptomatik hingegen bezeichnet Einschränkungen des „normalen“ Erlebens. Die Betroffenen wirken für Außenstehende häufig in sich zurückgezogen und emotional kühl.

Das Krankheitsbild ist nicht zu verwechseln mit der Dissoziativen Identitätsstörung oder auch „multiplen Persönlichkeit“.

Betroffen sind ungefähr 1 % aller Menschen, ohne dass es hierbei regionale Unterschiede in der Auftretenswahrscheinlichkeit gibt. Männer und Frauen erkranken etwa gleich oft, wobei Männer durchschnittlich drei bis vier Jahre früher erkranken. Die Ersterkrankung tritt in der Regel zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr auf [1].

Komorbide Störungen – also andere psychische Erkrankungen – treten bei 50 % bis 80 % aller stationär

und 20 % bis 40 % aller ambulant behandelten Patienten auf.

Als ursächlich für die Erkrankung wird – stark vereinfacht dargestellt – eine biologische Empfindlichkeit, die genetisch und/oder durch andere, zum Teil auch vorgeburtliche Schädigungen bedingt sein kann, in Kombination mit stressreichen Ereignissen angesehen. Therapeutische Interventionen bestehen auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Stands aus medikamentöser Therapie, sowie psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen.

### Definitionen von Recovery

Als Vorstufe für Recovery wird im Allgemeinen die sogenannte Remission angesehen. Diese ist definiert als eine höchstens geringe Ausprägung der diagnose-relevanten Symptomatik über einen mittelfristig langen (in der Regel halbjährlichen) Zeitraum [2].

Für Recovery sind zwei unterschiedliche Definitionen zu unterscheiden, die erstens aus Sicht der empirischen Forschung und zweitens von Betroffenenbewegungen vorgenommen wurden [3]. Bei ersterer Definition wird in

der Regel eine Remission der Symptomatik über einen längeren Zeitraum von mindestens zwei Jahren gefordert, die durch subjektive und soziale Faktoren ergänzt wird. Zweitere beinhaltet vor allem den Prozess der erfolgreichen bzw. zufrieden stellenden Krankheitsbewältigung, unabhängig vom Ausmaß der Symptomatik selbst.

### Empirische Ergebnisse

Die Ergebnisse der empirischen Forschung können hier nur stark verkürzt und fokussiert dargestellt werden.

In der Greifswalder Schizophreniestudie [4] an ehemals stationären Patienten konnte kein Patient gefunden werden, der die Kriterien für Recovery – ein über zwei Jahre stabiles Abklingen der Symptomatik, eine Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit sowie eine zufrieden stellende subjektive Lebensqualität – erfüllte. Demgegenüber berichtete über den gleichen Zeitraum ein gutes Drittel der Patienten eine zufriedenstellende Lebensqualität, also Recovery im Sinne der zweiten Definition. Innerhalb dieser Studie ist zu beachten, dass es sich bei ehemals stationären Patienten um eine besonders schwer

betroffene Stichprobe handelt. Im Allgemeinen liegen die berichteten Häufigkeiten von Recovery höher. So wird in den aktuellen Leitlinien davon ausgegangen, dass Recovery bei 20 % bis 30 % aller Betroffenen auftritt [1].

### Bedingungen für Recovery

Auch hier kann nur ein kleiner Ausschnitt aus der gesamten Forschung zum Thema Schizophrenie dargestellt werden. Dementsprechend sind die Befunde selektiert und im Endeffekt diskussionswürdig. Dies war das Ziel des Vortrags! Aus diesem Grund sind am Ende jedes Befundes in diesem Abschnitt die von uns gezogenen Schlüsse als Fragen formuliert.

Zuallererst erscheinen die Befunde zum Vergleich zwischen Entwicklungs- und Industrieländern besonders relevant [5]. Wie oben bereits aufgeführt wurde, wird auf Basis des aktuellen Standes der Forschung zum Thema Schizophrenie davon ausgegangen, dass der medikamentösen Behandlung ein außerordentlich hoher Stellenwert bei dem Abklingen der Symptomatik und der langfristigen Verhinderung von Krankheitsrezidiven bzw. –rückfällen zukommt. Diese Annahme wird

durch eine mittlerweile kaum zu überblickende Menge an qualitativ hochwertigen Studien untermauert. Demzufolge wäre davon auszugehen, dass in Entwicklungsländern der mittel- und langfristige Verlauf der Erkrankung hochgradig schlechter ausfällt als in Industrieländern.

Das Gegenteil ist der Fall! Alle Befunde deuten darauf hin, dass trotz gleicher Auftretenswahrscheinlichkeit der langfristige Verlauf in Entwicklungsländern signifikant besser ist als in Industrieländern und zwar sowohl in Bezug auf die Symptomatik als auch vor allem hinsichtlich der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit.

Wie kann dieser Befund erklärt werden? Allem Anschein nach sind in Entwicklungsländern Bedingungen gegeben, die trotz wesentlich schlechterer medizinischer und medikamentöser Versorgung einen besseren Verlauf der Erkrankung ermöglichen. Aus unserer Sicht spielt die Gesellschaftsform eine entscheidende Rolle – wobei an dieser Stelle betont werden muss, dass es sich hierbei lediglich um Meinungen und nicht um empirisch gut gesicherte Erkenntnisse handelt. In Industriegesellschaften spielen Leistungsfähigkeit und

die diesbezüglichen Normen eine außerordentliche Rolle. Menschen, die zeitweilig unter einer psychotischen Episode leiden – das heißt unter der Symptomatik, die bei der schizophrenen Störung häufig auftritt – muten in diesen Phasen häufig „anormal“ an. Sie fallen auf, können nicht mehr arbeiten und wirken „verrückt“. Dies hat offenbar im Kontext der ausgeprägten gesellschaftlichen Normativität massive Folgen. Patienten verlieren nicht selten ihre Arbeit, ihr soziales Umfeld und ihr gesamtes Bezugssystem. Sie fallen gewissermaßen aus der Gesellschaft. Hat dieses „Herausfallen“ unter Umständen so fatale Folgen, dass selbst die medikamentöse Behandlung sie nicht mehr korrigieren kann?

Gleichzeitig ist, wie oben beschrieben, das Krankheitsbild Schizophrenie außerordentlich heterogen, gerade auch im Verlauf. Eine grundsätzliche medikamentöse Behandlung, wie sie heutzutage z. B. in den aktuellen oben genannten Leitlinien empfohlen wird, wird dieser Heterogenität nicht gerecht. Eine chinesische Studie [6] z. B. weist darauf hin, dass die Häufigkeit von kompletter Remission der Symptomatik mittelfristig medikamentös nicht beeinflussbar ist. Es scheint hier vielmehr so

zu sein, dass die Patienten von der medikamentösen Behandlung profitieren, die unter weiter bestehenden Symptomen leiden, die unter medikamentöser Therapie jedoch weniger ausgeprägt ausfallen. Eine letzte Gruppe von Patienten, die eine deutliche Symptomatik aufweisen, profitieren hingegen wiederum von der medikamentösen Therapie nicht mehr als von gar keiner Behandlung. Bringt also die medikamentöse Therapie nur den Patienten etwas, die unter einer mittelschwer ausgeprägten Symptomatik leiden, die durch die medikamentöse Intervention dann reduziert wird?

Unterstützung findet die Vermutung, dass ein stark individualisiertes Vorgehen erfolgversprechender ist, um der Heterogenität der Erkrankung und den kurz- und mittelfristig unveränderbaren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, in einer finnischen Studie [7]. Hier wurden zwei Behandlungsbedingungen bei Patienten mit einer ersten schizophrenen Episode gegenübergestellt. Eine sogenannte „minimal neuroleptics use“-Experimentalgruppe (42,9 % der Patienten ohne Neuroleptikabehandlung) einer bestimmten Region Finnlands und eine „Treatment as

usual“-Gruppe (5,9 % ohne Neuroleptika) einer anderen Region. Die Behandlungseinrichtungen der Experimentalgruppe waren erfahrener in der Umsetzung des sogenannten „Acute Psychosis Integrated Treatment“ (API), in welchem psychosoziale Interventionsmaßnahmen einen herausragenden Stellenwert genießen. Initial waren beide Gruppen hinsichtlich Krankheitsschwere, Geschlechterverteilung, Alter etc. gleich. Im 2-Jahresverlauf hingegen wiesen die Patienten der Experimentalgruppe in allen Ergebnisvariablen entweder einen signifikanten oder tendenziell besseren Outcome auf, als in der Kontrollgruppe. Ist somit eine individualisierte Therapie mit dem Fokus auf psychosoziale Maßnahmen, die durch Neuroleptikabehandlung bei Bedarf ergänzt werden, möglicherweise erfolgversprechender?

### Fazit

All diese Befunde und Vermutungen sind in der Zukunft detaillierter zu untersuchen. Wichtig erscheint uns der individualisierte Zugang zum betroffenen Menschen, der damit auch eine Neuroleptikabehandlung nicht immer zwingend erforderlich macht, sondern als Therapieoption neben anderen darstellt.

Literatur

- [1] Gaebel W, Falkai P. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie – Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff; 2005
  
- [2] Andreasen N, Carpenter W, Kane J et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry 2005; 162: 441-449
  
- [3] Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T et al. Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. Schizophr Bull 2008; 34: 5-8
  
- [4] Zimmermann J, Wolter A, Hannover W et al. Remissionshäufigkeit bei schizophren erkrankten Patienten innerhalb eines Jahres nach der Klinikentlassung. Psychiat Prax 2009; 182-188
  
- [5] Hopper K, Harrison G, Janca A et al. Recovery from Schizophrenia: An international perspective. New York: Oxford University Press; 2007
  
- [6] Ran M, Xiang M, Huang M et al. natural course of schizophrenia : 2-year follow-up study in a rural chines community. Br J Psychiatry 2001; 178: 154-158
  
- [7] Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T et al. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? Eur Psychiatry 2000; 15: 312-320

#### **1.4 Sozialpsychiatrisches Forum**

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Stadt Oldenburg traf sich in diesem Jahr am 21. Oktober zum zweiten Mal zu seinem Sozialpsychiatrischen Forum, diesmal in den Räumen des Medizinischen Ausbildungszentrums des Klinikums Oldenburg. Themenschwerpunkt war die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Frau Dr. Paul, Chefärztin der neu gebauten und neu gestalteten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Stadt Oldenburg, stellte diese Klinik im Schwerpunkt Vortrag des Nachmittags vor. Frau Dr. Stanek, Oberärztin in der Karl-Jaspers-Klinik, berichtete über die gute Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Durch verbindliche Absprachen und engere Kooperation sei ein guter Stand in der Zusammenarbeit erreicht worden. Ausführungen von Frau Dr. Paul zur Kinder- und Jugendpsychiatrie finden Sie im „Schwerpunktthema“ dieses Planteiles.



Frau Dr. Stanek, Frau Dr. Paul

Besonders bemerkenswert war die gezeigte Begleitausstellung von Frau Melanie Strazar. Gezeigt wurden großformatige Portraits von Menschen mit psychischen Störungen. Parallel dazu wurde den Fotomodellen Fragen zu ihrer Definition von Glück und ihren Träumen gestellt, die Antworten auf Tonträger aufgenommen und dann gemeinsam mit den Fotografien präsentiert.



Frau Strazar, Herr Dirks

Neben dem Dank an die Künstlerin Frau Strazar geht auch ein herzlicher Dank an den Heimleiter des Wohn- und Pflegeheims Bloherfelde Herrn Dirks sowie Herrn Diekhoff, dem Verbandsgeschäftsführer des Bezirksverbandes Oldenburg, die diese sehenswerte Ausstellung mit ihrer Unterstützung erst ermöglichten.

## **2.1 Einführung**

Unser Schwerpunktthema werden wir mit grundsätzlichen Gedanken zu psychischen Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter einleiten. Es folgt eine Darstellung der Institutionen des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Im Anschluss berichtet Frau Dr. Paul, Direktorin der 2008 eröffneten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, über das stationäre Angebot in der Stadt Oldenburg.

Als Beispiel für Prävention und Kinderschutz folgt eine Darstellung des Niedersächsischen Modellprojektes „Koordinierungszentrum Kinderschutz Oldenburg“.

Aus dem Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde eine Arbeitsgruppe zum Thema „Schule, Förderung, Therapie, § 35 a SGB VIII“ gegründet, die ihre bisherige Arbeit vorstellt.

Es folgt ein Bericht aus der Arbeitsgruppe „intoxikierte Jugendliche“ von Herrn Prof. Dr. Korenke, geschäftsführender Direktor der Kinderklinik. In Ergänzung zu diesem Thema stellt die Fachstelle Sucht einen Auszug aus dem Jahresbericht vor.

Der nächste Punkt beschäftigt sich mit dem Thema Kinder psychisch kranker Eltern und dem Angebot der Stadt Oldenburg für diesen Bereich.

## **2.2 Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter**

Auffälligkeiten und Störungen des Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter sind häufig und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld. Die Schätzungen zum Auftreten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich deutlich und weisen im Altersbereich bis 18 Jahre eine Prävalenzrate zwischen 10 und 20 % auf. Die Persistenzrate psychischer Störungen in einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren wird mit über 50 % angegeben. Diese (Schätz-)Zahlen haben bereits im Bericht der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) „Psychiatrie in

Deutschland“ auf unterschiedlichen Ebenen kontroverse Diskussionen über den real gegebenen Bedarf an Hilfen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche ausgelöst.

Dies hat u. a. damit zu tun, dass die Differenzierung zwischen krank und verhaltensauffällig, zwischen beratungs-, erziehungs- und behandlungsbedürftig schwierig ist. Das heißt, genannte Terminologien lassen sich nicht ausschließen und der Übergang ist eher fließend. Daher ist es nach wie vor problematisch, verlässliche Zahlen über psychiatrisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche zu ermitteln.

Realität ist jedoch, dass es heute weitaus weniger Kinder und Jugendliche und – regional sehr unterschiedlich – mehr Angebote im Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Deutschland gibt. Für eine Untersuchung dieser Entwicklung bedarf es vertiefender Analyse und Ursachenforschung.

Grundsätzlich muss gelten, dass Prävention vor Therapie, Lernen vor Krankenbehandlung und Ressourcenorientierung vor krankheitsdefiniertem Diagnoseprozess

steht. Darüber hinaus ist bei Störungen im Entwicklungsprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen grundsätzlich nicht von einer dauerhaften Störung, sondern von einer Entwicklungsoffenheit auszugehen.

Gleichwohl kann heute auf ein differenziertes Wissen in Bezug auf Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zurückgegriffen werden. Entsprechend entstanden in den letzten Jahrzehnten differenzierte Hilfen für die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Deren Verbesserung ist eine beständige Aufgabe, die auch in Zukunft notwendig ist. Nicht nur die Anzahl der Hilfen, sondern der Grad ihrer Vernetzung mit benachbarten Fachgebieten, insbesondere der Pädiatrie, aber auch mit anderen Institutionen und Hilfesystemen wie der Schule und Jugendhilfe, ist ein entscheidendes Qualitätskriterium der Versorgung. Die vorhandenen Versorgungssysteme müssen besser vernetzt werden. Dabei stehen die Kinder und Jugendlichen mit ihren individuellen Hilfebedarfen im Vordergrund.

(Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven – Februar 2007, Seite 63)

Kinder- und Jugendpsychiatrie als psychiatrisches Teilgebiet setzt sich mit den psychischen Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter auseinander.

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. umfassen die Krankheitsbilder insbesondere:

- Psychische Erkrankungen als Folge organischer und hirnfunktioneller Störungen
- Psychosen und wahnhaftige Störungen
- Depressive Erkrankungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Stereotypien
- Psychische Störungen infolge schwerer seelischer Belastungen/Verletzungen, Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen, psychosomatische Störungen (z. B. Essstörungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen)
- Gedeihstörungen, frühkindliche Entwicklungsstörungen
- Störungen der Persönlichkeitsentwicklung
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Autismus

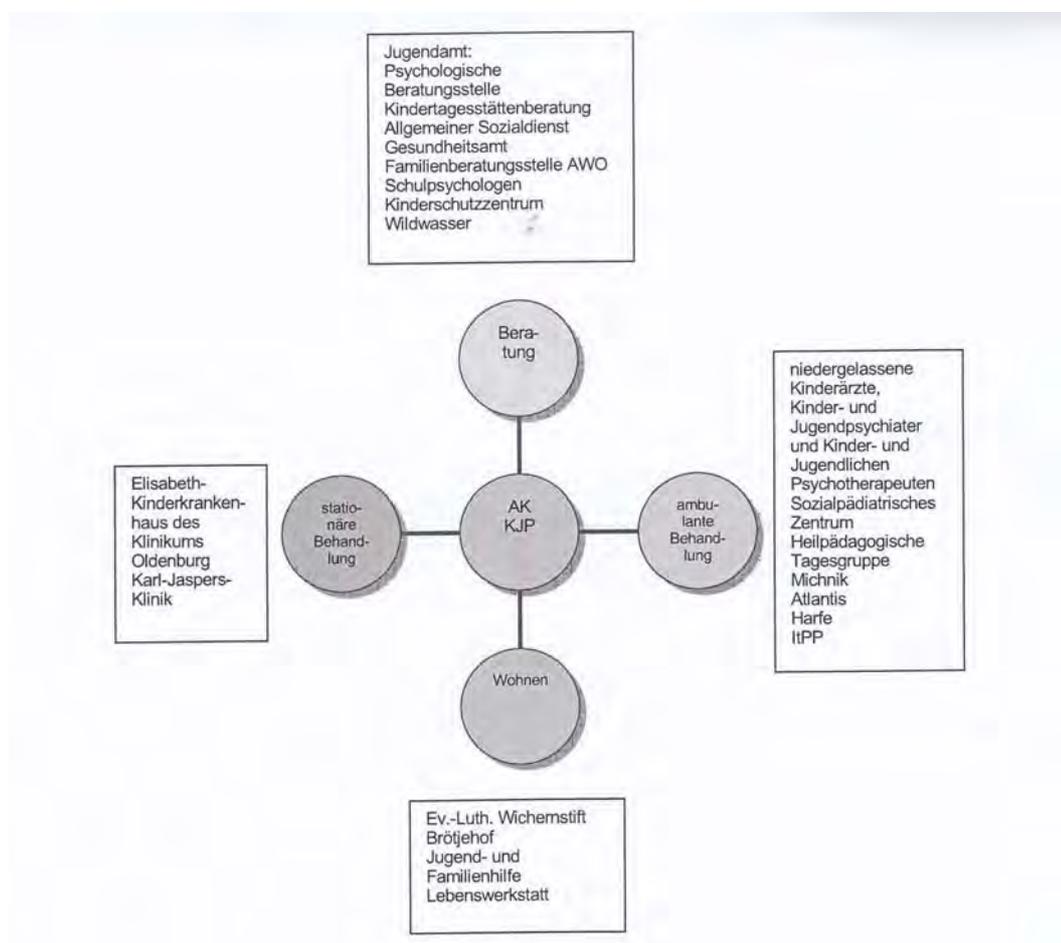
- Störungen des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen, hyperkinetische Störungen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, der motorischen Funktionen, Störungen schulischer Fertigkeiten wie Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung
- Störungen der Intelligenzentwicklung, Störung der psychosozialen Integration
- Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen durch Suchtmittelmissbrauch
- Epilepsien und andere neurologische Erkrankungen

Die Zuweisung zu Fachärzten/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie erfolgt oft durch Haus- und Kinderärzte, an die sich die Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen oder auch die jungen Menschen selbst wenden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie erbringt ihre Leistungen vorwiegend ambulant. In Deutschland behandeln derzeit mehr als 500 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte in eigener Praxis. Daneben sind 6000 teil- und vollstationäre Behandlungsplätze sowie Institutsambulanzen in über 130 Kliniken vorhanden.

Auszüge aus dem Leitbild der Bundesarbeitsgemeinschaft:

„Seelische Krankheit greift tiefgehend in das Leben des jungen Menschen und seiner Familie ein. Sie bedroht den Erziehungs- und Entwicklungsprozess.“ So steht neben der Behandlung der Krankheitssymptome immer auch die Sicherstellung bzw. Ermöglichung von Bildung und Erziehung.

## 2.3 Darstellung der Hilfen des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie



Auf der Abbildung 5 Teil I des Sozialpsychiatrischen Planes wird der Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes dargestellt mit dem Hinweis, dass auch für diesen Arbeitskreis die Hilfen in einem Wegweiser zusammengefasst werden. Im Folgenden wird der Wegweiser weitestgehend vollständig dargestellt und vorab in diesem Planteil veröffentlicht. Er steht der Stadt Oldenburg bald auch als Broschüre zur Verfügung. Die Angebote sind in alphabetischer Reihenfolge abgebildet.

## 2.3.1 Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche



### Atlantis

Ambulanter psychiatrischer und soziotherapeutischer Fachpflegedienst

#### Darstellung der Hilfen

Unser ambulanter psychiatrischer und soziotherapeutischer Pflegedienst betreut Menschen mit seelischen Erkrankungen in ihrem häuslichen Umfeld. Regelmäßige ein- bis mehrmalige wöchentliche Besuche und eine intensive Begleitung haben zum Ziel, den gesundheitlichen und sozialen Zustand der Klienten so weit zu stabilisieren, dass sie ihren Alltag - auch in Krisensituationen - wieder selbständig bewältigen können. So können oft Dauer und Häufigkeit von Klinikaufenthalten reduziert werden. Im Rahmen der Bezugspflege wird jeder Klient von einer festen Pflegekraft betreut und erhält Hilfe und Unterstützung in vielen alltäglichen Situationen wie z.B.

- Unterstützung und Motivation bei Problemen des täglichen Lebens
- Erhalten / Aktivieren / Trainieren lebenspraktischer Tätigkeiten
- Angehörigenarbeit / Akzeptanz und entsprechender Umgang mit der Krankheit
- Unterstützung bei Planung und Umsetzung beruflicher Perspektiven
- Förderung sinnvoller Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten
- Motivation/Anleitung zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme
- und vieles mehr...

#### Anmeldung und Kosten

Sie vereinbaren mit uns ein Vorgespräch, in dem Sie Ihre Wünsche und Vorstellungen schildern.

Wir unterstützen und begleiten Sie bei der Facharztsuche und übernehmen die Antragsstellung bei der zuständigen Krankenkasse.

<b>Ansprechpartner</b>	Jutta Warnicke Horst Warnicke
<b>Adresse</b>	Von- Schrenck- Str. 45 a, 26133 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 94 91 929-6
<b>Telefax</b>	0441/ 94 91 929-5
<b>Notruf</b>	0160/ 36 28 965
<b>E- Mail</b>	info.atlantis@gmx.de
<b>Internet</b>	<a href="http://www.atlantis-warnicke.de">http://www.atlantis-warnicke.de</a>

▪ **Brötjehof**

Jugend u. Familienhilfe  
Sozialtherapeutische Wohngruppe



**Darstellung der Hilfen**

In der sozialtherapeutischen Gruppe bieten wir eine intensive sozialtherapeutische Begleitung für sozial und psychisch beeinträchtigte junge Menschen an. Das Konzept der Gruppe ist speziell zugeschnitten auf Jugendliche u. junge Erwachsene, die ein sozialtherapeutisch gestaltetes Betreuungssetting benötigen oder für die ein besonders kleiner Bezugsrahmen eine wichtige Grundlage der weiteren Entwicklung darstellt.

**Wir arbeiten binnendifferenziert in 2 Wohnformen:**

- Sozialtherapeutische Wohngruppe mit maximal 5 Plätzen
- eine zweier- Trainingswohngemeinschaften auf dem Grundstück mit Einzelzimmern.

**Aufgenommen werden:**

Jugendliche und junge Erwachsene ab 15 Jahren (in Ausnahmefällen ab 14 Jahren) mit seelischen und psychischen Behinderungen oder solche, die von einer Behinderung bedroht sind, nach einer psychiatrischen Diagnostik und Behandlung, deren Unterbringung im Sinne des § 35a entschieden wurde oder nach § 34 untergebracht werden sollen, die aber eine spezielle sozialtherapeutische Betreuung oder einen besonders kleinen Bezugsrahmen benötigen, um ihr abgleiten in eine psychische Erkrankung zu verhindern.

<b>Ansprechpartner</b>	Dagmar Papenfuß
<b>Adresse</b>	Am Hufeisen 38 26123 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 36 10 38 66
<b>Telefax</b>	0441/ 8 00 79 73
<b>Notruf</b>	0173/ 2 33 68 93
<b>E-Mail</b>	broetjehof@aol.com

- **IDEE Brötjehof**  
Ambulant betreutes Wohnen



### Darstellung der Hilfen

Grundlage unseres Handelns in der Betreuungsarbeit ist die Sichtweise, dass jeder Mensch sein Leben lang zu Veränderungen und zu einer Entwicklung fähig ist, auch wenn diese Fähigkeit durch Krisen oder psychische Erkrankungen geschwächt wird.

Vor diesem Hintergrund haben wir es uns zur Aufgabe gemacht ein Angebot zum **ambulant Betreuten Wohnen** psychisch kranker-, von psychischer Behinderung bedrohter-, oder psychisch behinderter Menschen zu gestalten, um sie entsprechend ihren Bedürfnissen zu unterstützen und dadurch die soziale Integration zu ermöglichen. Unser zentrales Anliegen ist, gemeinsam mit den von uns betreuten Menschen, die individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten zu einem selbstbestimmten Leben auszuloten, entsprechende Ziele zu erarbeiten und diese zu erreichen. Wir wollen die von uns betreuten Menschen darin unterstützen, ihre psychische Störung zu verstehen und sie anzunehmen. Sie sollen lernen mit ihr zu leben. Ziel ist es die vorhandene Kompetenzen zu erhalten bzw. verloren gegangene wiederzuerwerben oder auch einen weiteren Abbau der Kompetenzen zu verhindern.

Unser Hilfeangebot ist offen für Menschen ab 18 Jahre, denen Hilfe nach § 53 SGB XII gewährt wird.

<b>Ansprechpartner</b>	Dagmar Papenfuß
<b>Adresse</b>	Unterm Berg 39 26123 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 36 10 38 66
<b>Telefax</b>	0441/ 8 00 79 73
<b>Notruf</b>	0173/ 2 33 68 93
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:broetjehof@aol.com">broetjehof@aol.com</a>

## Familienberatungsstelle Oldenburg



### Darstellung der Hilfen

Das Angebot der Familienberatungsstelle richtet sich an Kinder, Jugendliche und deren Eltern, Familien und Teilfamilien aus der Stadt Oldenburg.

Wir bieten Beratung und Therapie in folgenden Bereichen:

- Erziehungsproblemen
- Familienstreitigkeiten
- Schulproblemen
- Schwierigkeiten in Ehe und Partnerschaft
- Problemen bei Trennung und Scheidung
- Belastungen alleinerziehender Elternteile
- Problemen von Kindern und Jugendlichen

Die MitarbeiterInnen verfügen über die entsprechenden Aus- und Zusatzausbildungen für den Bereich Beratung und Therapie.

Unser Angebot ist kostenlos und unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht.

Anmeldungen sind sowohl per Telefon als auch persönlich während der Sprechzeiten möglich.

Darüber hinaus findet wöchentlich Dienstags eine Offene Sprechstunde in den Räumen der Beratungsstelle statt, die ohne Voranmeldung genutzt werden kann.

Seit Beginn des Jahres 2009 bieten wir auch Beratung in türkischer und kurdischer Sprache an.

<b>Öffnungszeiten/ Anmeldezeiten</b>	Montag und Mittwoch	08.30 Uhr bis 12.00 Uhr
<b>Offene Sprechstunde</b>	Dienstag und Donnerstag jeden 2. Dienstag im Monat im Stadtteiltreff Kreyenbrück An den Voßbergen 58	13.00 Uhr bis 16.15 Uhr 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr

**Ansprechpartner:** Anja Smit

**Adresse:** Familienberatungsstelle Oldenburg  
AWO Kinder, Jugend & Familie  
Cloppenburger Straße 65  
26135 Oldenburg

**Telefon:** 0441 / 9 7 3 7 7 0

**Telefax:** 0441 / 9 7 3 7 7 1 1

**E-Mail:** [info@bs-ol.awo-ol.de](mailto:info@bs-ol.awo-ol.de)

**Internet:** [www.awo-ol.de](http://www.awo-ol.de)

▪ HARFE e.V.



Im gemeinnützigen Verein HARFE e.V. arbeitet ein Team von 12 erfahrenen Pädagoginnen und Psychologinnen mit speziellen Weiterbildungen für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien:

**Darstellung der Hilfen**

- Diagnostik und Beratung
- Heilpädagogische Frühförderung für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder
- Heilpädagogisch-therapeutische Einzel- und Gruppenförderung für Schulkinder
- Integrative Lerntherapie
- Psychotherapie
- Kunsttherapie
- Eltemberatung
- Prävention und Gesundheitsförderung

bei Behinderungen, Entwicklungsschwierigkeiten, emotionalen Problemen, sozialen Problemen, Verhaltensauffälligkeiten, Lern- und Leistungsstörungen, Hochbegabung.

<b>Adresse</b>	Kanalstraße 21 26135 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 8 85 03 03 Mo, Di, Do, Fr 9 bis 11 Uhr oder Anrufbeantworter
<b>Telefax</b>	0441/ 88 56 70
<b>E-Mail</b>	kontakt@harfe-oldenburg.de
<b>Internet</b>	www.harfe-oldenburg.de

- **Integrative Jugendhilfe**  
Heike und Thomas Michnik

Integrative Jugendhilfe  
Heike & Thomas Michnik



#### Darstellung der Hilfen

Die Integrative Jugendhilfe Heike & Thomas Michnik ist ein freier, anerkannter Jugendhilfeträger in Oldenburg. Wir bieten folgende Jugendhilfemaßnahmen an:

- Teilstationäre Hilfe in Form von **5 Heilpädagogischen Tagesgruppen** mit Standort in Oldenburg, Edewecht, Barbel, Lönigen und Friesoythe mit jeweils 9 Plätzen und einem Betreuungsschlüssel von 1:3
- ambulante Hilfen in Form einer **Flexiblen Familien- und Erziehungshilfe**, Sozialpädagogische Familienhilfe und Erziehungsbeistandschaften
- **Heilpädagogische Ambulanz**, Heilpädagogische Einzel und/oder Kleingruppenförderung sowie Lerntherapeutischer Förderung bei Lese-Rechtschreibschwäche und Dyskalkulie, regelmäßige Elterberatung
- **Soziale Gruppenarbeit (LOK)** 4 Kinder werden an 3 Nachmittagen in der Woche von einer PädagogIn betreut. 5 Gruppen an verschiedenen Standorten in Oldenburg, eine Gruppe in Bad Zwischenahn sowie zwei Gruppen an der Haupt- und Realschule Edewecht in AG-Form in Kooperation mit der Schule und dem Jugendamt Ammerland
- **Step-Eltertraining**, jedes Quartal wird neuer Kurs angeboten, Fortgeschrittenen-Gruppen

<b>Ansprechpartner:</b>	Heike Michnik, Thomas Michnik
<b>Geschäftsstelle:</b>	Nadorster Str.222, 26123 Oldenburg, Büro von 8 bis 16.30 Uhr besetzt.
<b>Telefon</b>	0441/ 6 83 42 48
<b>Telefax</b>	0441/ 6 83 42 49
<b>E-Mail</b>	info@integrative-jugendhilfe.de
<b>Internet</b>	www.integrative-jugendhilfe.de

- **Jugendamt der Stadt Oldenburg**  
Allgemeiner Sozialdienst



### Darstellung der Hilfen

Die Jugendhilfe fördert junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung und trägt dazu bei, Benachteiligungen zu vermeiden. Hierzu werden Eltern und andere Erziehungsberechtigte beraten und unterstützt. Art und Umfang von Hilfen richtet sich nach den individuellen und familiären Problemen. Gefahren für das Wohl von Kindern und Jugendlichen müssen abgewendet werden.

Folgende Anliegen und Fragen können dabei relevant sein

- Fragen zur Erziehung des Kindes?
- Fragen zu Trennung, Scheidung, Sorge- oder Umgangsrecht (Besuchskontakt)?
- Probleme in der Schule oder im Freundeskreis?
- Verhaltensauffälligkeiten von Kindes
- Kinder, die ggfs. in Gefahr sind, z.B. körperlicher sexueller oder psychischer Gewalt ausgesetzt zu sein?

Zudem wird dazu beigetragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu erhalten oder zu schaffen. Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit des Jugendamtes ist im SGB VIII formuliert.

**Öffnungszeiten** montags, dienstags und freitags 8.30 bis 12 Uhr  
und nach Terminvereinbarung

**Ansprechpartner** Bezirkssozialarbeiter  
Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnort und kann über das Servicebüro der Stadt Oldenburg erfragt werden. Tel. 0441/ 2 35 44 44

**Adresse** Bergstr. 25, 26105 Oldenburg

**Telefon** 0441/ 2 35 24 06

**Telefax** 0441/2 35 21 54

**E-Mail** jugend@stadt-oldenburg.de

**Internet** www.oldenburg.de

▪ **Jugend- und Familienhilfe  
Oldenburg gGmbH**



**Darstellung der Hilfen**

Unsere gemeinnützige Gesellschaft versteht sich als differenziertes Hilfesystem, in dem für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Familien, individuelle lebenswelt-orientierte Hilfestellungen konzipiert und geschaffen werden. Wir verstehen unsere Arbeit als Hilfe zur Selbsthilfe, wobei die Zielsetzungen immer mit dem Grundgedanken der Prävention verbunden sind.

Wir arbeiten kooperativ und vernetzend und nutzen mit einer systemischen Sichtweise alle sozialen Ressourcen, die für den Erfolg eines Hilfeprozesses notwendig sind. Mit großer Wertschätzung gegenüber den zu begleitenden Menschen und einer hohen Akzeptanz für die vielfältigen Lebensentwürfe versuchen wir einen ausgewogenen Weg zwischen Selbstbestimmung und sozialer Verantwortung zu finden.

Eine entsprechende Hilfe anzubieten, ist das Anliegen unserer Einrichtung. Ausgehend vom individuellen Betreuungsbedarf bieten wir ein aufeinander abgestimmtes Hilfesystem an.

**Beispielhaft sind hier genannt :**

- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Unterstützung von Pflegefamilien
- Einzelfallbetreuung für Jugendliche und junge Erwachsene
- Inobhutnahmen von Kindern
- Ambulantes Clearing in Familien
- Wohngruppe für Kinder
- Soziale Gruppenarbeit

Die Hilfen werden im Regelfall auf Grundlage des SGBVIII und SGBXII gewährt

Auskunft im Sekretariat möglich

<b>Adresse</b>	Geschäftsstelle Bloherfelder Straße 91, 26129 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 5 59 96 07
<b>Telefax</b>	0441/ 5 59 97 70
<b>E-Mail</b>	Jufa-Oldenburg@ewetel.net
<b>Internet</b>	jufa-oldenburg.de

- **Karl-Jaspers-Klinik**

Psychiatrieverbund Oldenburger  
Land gGmbH

**KARL-JASPERS-KLINIK**  
(Psychiatrieverbund Oldenburger Land) gGmbH



### Darstellung der Hilfen

#### Angebot für kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Stadt Oldenburg 2009

Die Karl-Jaspers-Klinik (KJK) ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen. Hier werden psychiatrische Krankheiten und Störungen im Erwachsenenalter (ab 18. Lebensjahr) mit modernen medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen behandelt. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung hat die KJK nicht. Nur in Ausnahmefällen werden Jugendliche mit erheblicher Selbst- und/oder Fremdgefährdung nach Einweisung durch die kinder- und jugendpsychiatrische Klärungsstelle des Klinikums Oldenburg stationär in der KJK aufgenommen und kurzzeitig bis zu einer Verlegung in eine geeignete kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung behandelt.

Um Doppelvorstellungen zu vermeiden, muss vor der Aufnahme Minderjähriger in die KJK eine Vorstellung in der Klärungsstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Oldenburg erfolgen. Gegebenenfalls ist auch eine richterliche Anhörung vor der Unterbringung in einem geschützten Stationsbereich erforderlich.

In Einzelfällen ist bei minderjährigen Jugendlichen nahe der Volljährigkeit mit schriftlicher Zustimmung der Sorgeberechtigten eine freiwillige Aufnahme auf einer offenen Station im Suchtbereich möglich. Die KJK bietet Maßnahmen zur medizinischen Entgiftung. Für längere Entwöhnungsmaßnahmen ist eine Weiterleitung in spezialisierte Einrichtungen notwendig.

Da in der KJK vereinzelt jugendliche Patienten, regelmäßig aber psychisch erkrankte Eltern, z.B. alleinerziehende Mütter, behandelt werden, arbeitet die Klinik eng mit den übrigen versorgenden Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Oldenburg zusammen.

<b>Ansprechpartner</b>	diensthabender Arzt
<b>Adresse</b>	Karl-Jaspers-Klinik Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH Hermann-Ehlers-Straße 7 26160 Bad Zwischenahn
<b>Telefon</b>	0441/ 96 15-0
<b>Fax</b>	0441/ 96 14 48
<b>E-Mail</b>	info@karl-jaspers-klinik.de
<b>Internet</b>	www.karl-jaspers-klinik.de

### ▪ Kinder- und Jugendarztpraxen in Oldenburg

#### Darstellung der Hilfen

- Hausärztliche und fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen von 0 Jahren bis zum 18. Geburtstag (Stadt Oldenburg und überregional)
- Medizinische Diagnostik und Therapie bei körperlichen, psychosomatischen und psychischen Beschwerden und Erkrankungen
- Prävention (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen)
- Diagnostik und Beratung bei Entwicklungsauffälligkeiten, -verzögerungen und -störungen
- Weitervermittlung bzw. Überweisung an geeignete Institutionen (Ärzte anderer Fachrichtungen, Fachambulanzen in Krankenhäusern, Kinderzentrum, Kinder + und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen, Beratungsstellen, Therapeutische Einrichtungen, Gesundheitsamt, Jugendamt )
- Ärztliche Einweisung in sämtliche Krankenhäuser

Name	Strasse	PLZ und Ort	Telefon
Dr. Allgeier, Bruno	Gottorpstr. 13	26121 Oldenburg	14618
Dr. Bruns, Rõbo	Bremer Str. 12	26135 Oldenburg	26903
Dr. große Darrelmann, Christine	Bremer Str. 12	26122 Oldenburg	14618
Diepen, Detlef	Nadorster Str. 208	26123 Oldenburg	81777
Dr. Drunkemõlle, Ruth	Bloherfelder Str. 165	26129 Oldenburg	54353
Dr. Eichelberg, Ursula	Cloppenburger Str. 296	26133 Oldenburg	43055
Dr. Faubel, Rudol	Ahikenweg 68	26131 Oldenburg	501088
Hõltge, Christoph	Cloppenburger Str. 296	26133 Oldenburg	43055
Dr. Kroll, Angelika	Donnerschweer Str. 94	26123 Oldenburg	882554
Dr. Krõnert, Hans-Hugo	Lambertistr. 61	26121 Oldenburg	882626
Dr. Mallien, Jochen	Meinardusstr. 8	26122 Oldenburg	77450
Dr. Marx, Gero	Metzer Str. 21	26121 Oldenburg	81219
Dr. Ohlmeyer, Petra	Donnerschweer Str. 94	26123 Oldenburg	882554
Dr. Richter, Jochen	Bõrgerbuschweg 15	26127 Oldenburg	9620290
Dr. Tõrk-Kraetzer, Barbara	Meinardusstr. 8	26122 Oldenburg	77450
Vogt, Gerhard	Ahikenweg 68	26131 Oldenburg	501088
Dr. Wegner, Elisabeth	Harreweg 151 - 155	26133 Oldenburg	42681

## ▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutische Praxen in Oldenburg

### Darstellung der Hilfen

Als Psychotherapeuten/-innen bieten wir Hilfen bei psychischen Problemen und Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis zum 21. Lebensjahr) im emotionalen Bereich sowie bei Verhaltensauffälligkeiten an.

Nach eingehender Diagnostik werden die Patienten/-innen in tiefenpsychologischen (TP), analytischen (Analyt.) oder verhaltenstherapeutischen (VT) Verfahren in Einzel- und/oder Gruppentherapien (GT) unter möglicher Einbeziehung der Bezugspersonen (Eltern, Betreuer etc.) behandelt.

Berlich	Dieter	Ehnerstr. 95	8850455	TP/Analyt.
Brand-Osterloh	Ulrike	Sodenstich 38	35036837	TP/Analyt.
Bremermann	Jutta	Ulmenstraße 2	7703383	TP/Analyt.
Dirks	Anita	Auguststraße 45	7781834	TP
Finke	Ute	Damm 2	8000920	TP/Analyt.
Gerdes	Theresia	Alexanderstr. 35	24 84 86	VT
Kallenbach	Gudrun	Zeughausstr. 28	77 67 25	TP/Analyt.
Matthiensen	Karen	Alexanderstraße 35	248486	VT
Poser	Märle	Hochhauser Str. 25	883407	TP/Analyt.
Rubart	Birgit	Georgstraße 24	1 69 76	TP
Sahlender-Wulf	Gudrun	Klaus-Groth-Str. 9	50 35 57	TP/Analyt.
Scherpe	Hildegard	Cloppenburger Str. 74	3404433	TP
Schmidt	Erika	Kasinoplatz 3	39 06 36 86	TP
Staske	Hiltrud	Wardenburgstraße 10	7 77 99 82	TP/Analyt.
Kupfer-Engel	Mechthild	Ahornweg 1 Tungeln	04407/918110	TP/GT
Koop	Anke	Poststraße 15 Westerstede	0 44 88/764151	TP/Analyt.
Rohmann	Michael	Wildenlohdsdamm 20 Edeweicht	04486/930804	TP
Reeß	Gisela	Königsberger Str. 14 Hude	0 44 08/97 07 45	TP/Analyt.
Speidel	Wolfram	Birkenweg 12 Hude	0 44 08/97 02 86	TP/Analyt.

- **Kinder- und Jugendpsychiatrische und – psychotherapeutische Praxen in Oldenburg**

**Darstellung der Hilfen**

Als Fachärzte widmen wir uns der Erkennung und Behandlung von psychischen Problemen und seelischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

In den Praxen mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt werden die Patienten und Patientinnen nach Klärung der Ursachen unter Einbeziehung der Angehörigen in einer umfassenden Diagnostik nach einem speziell erarbeiteten Therapieplan durch den Facharzt, Psychotherapeuten, Psychologen, Heilpädagogen, Ergotherapeuten und andere Fachleute behandelt (multiprofessionelles Behandlungskonzept).

In den Jahren mit psychotherapeutischem Schwerpunkt werden die Kinder- und Jugendlichen von einer Fachärztin einzeltherapeutisch behandelt. Die Angehörigen werden durch begleitende Gespräche in die Behandlung einbezogen.

**Praxen mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt**

- Dr. med. Tanja Engel, Stedinger Straße 22-24, 26135 Oldenburg, Tel. 0441/ 9 25 16 30
- Matthias Görtz, Hauptstraße 36, 26122 Oldenburg, Tel. 0441/ 4 08 85 00
- Dr. med. Holger Koppe, Goldfischweg 3a, 26135 Oldenburg, Tel. 0441/ 5 10 15
- K.-Herbert Mertens, Nadorster Straße 97-99, 26121 Oldenburg, Tel. 0441/ 7 30 35
- Dr. med. Arnd Vogel, Alexanderstraße 258, 26127 Oldenburg, Tel. 0441/ 2 17 07 90

**Praxen mit psychotherapeutischem Schwerpunkt**

- Birgit Heinemann, Westkampstraße 9, 26121 Oldenburg, Tel. 0441/ 9 98 65 99
- Elke Ranze-Ziegler, Westkampstraße 9, 26121 Oldenburg, Tel. 0441/ 38 03 84 44

▪ **Kinderschutz-Zentrum Oldenburg**



**Darstellung der Hilfen**

**Die Beratungsstelle des Kinderschutz-Zentrums: Vertrauensstelle Benjamin**

Die Vertrauensstelle Benjamin hat sich in der Stadt Oldenburg und der Region als Fachberatungsstelle bei Kindeswohlgefährdung (Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuelle Gewalt) etabliert.

Die MitarbeiterInnen bieten zeitnahe, kostenlose, vertrauliche Beratung und Krisenintervention für Mädchen und Jungen, weibliche und männliche Jugendliche sowie deren Bezugspersonen bei Vernachlässigung, Kindesmisshandlung, sexueller und häuslicher Gewalt an. Im Fokus der niedrigschwelligen und ressourcenorientierten Arbeit steht immer der Schutz der Kinder.

Die „Vertrauensstelle Benjamin“ bietet – über die Arbeit mit Betroffenen und Rat Suchenden hinaus – auch Fachberatungen, Supervision und Fortbildungen zu den Themenbereichen an. Als „insoweit erfahrene Fachkräfte“ stehen die MitarbeiterInnen für Beratung und Fortbildung bezüglich § 8a SGB VIII zur Verfügung.

Träger des Kinderschutz-Zentrums ist der „**Verein zur Verhütung von Kindesmisshandlung e.V.**“ Der Verein ist Mitglied des Diakonischen Werkes Oldenburg und assoziiertes Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft „**Die Kinderschutz-Zentren**“.

<b>Öffnungszeiten</b>	Montag bis Freitag 9 bis 12 Uhr Bürozeit für Terminabsprachen Dienstag 16 bis 18 Uhr offene Beratung Montag bis Freitag zwischen 8 bis 20 Uhr sind Termine möglich Montags ab 14 Uhr gibt es ein Beratungsangebot in Wildeshausen
<b>Adresse</b>	Friederikenstraße 3 26135 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 1 77 88
<b>Telefax</b>	0441/ 2 48 98 00
<b>E-Mail</b>	info@kinderschutz-ol.de
<b>Internet</b>	www.kinderschutz-ol.de

- **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**



Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Oldenburg trägt einen großen Teil in der Versorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen bei.

In der Klinik werden Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Störungsbildern bis zum 18. Lebensjahr sowohl ambulant, teilstationär und stationär behandelt.

Ein multiprofessionelles Team aus Fachärzten, Diplompsychologen, Pflegepersonal, Erziehern und komplementären Therapeuten erstellen ein individuelles Behandlungskonzept für jeden Patienten.

#### **Struktur der Klinik:**

- Institutsambulanz
- Tagesklinik – 10 Behandlungsplätze
- 3 Stationen: Kinderstation – 12 Behandlungsplätze  
Jugendstation – 12 Behandlungsplätze  
Krisenstation – 8 Behandlungsplätze

Die **Institutsambulanz** stellt sozusagen das Eingangstor für die Klinik dar. Hier finden die Erstkontakte statt und es wird entschieden, ob eine ambulante Diagnostik und Therapie ausreichend oder eine (teil-)stationäre Behandlung erforderlich ist.

#### **Tagesklinik:**

Voraussetzung für eine Behandlung ist das Vorliegen eines kinderpsychiatrischen Störungsbildes. Die Tagesklinik stellt 10 Behandlungsplätze für Kinder bis zum 13. Lebensjahr bereit.

Die kinderpsychiatrische-psychotherapeutische Behandlung beinhaltet:

- Ärztliche, psychotherapeutische und pädagogische Einzelarbeit mit dem Kind
- Förderung des Kindes im sozialen Alltag
- Intensive Einbeziehung der Bezugspersonen
- Elterngruppe
- Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld des Kindes, insbesondere mit Kindergarten/Schule und mit vorherigen und/oder zukünftigen Helfersystemen.

**Die Stationen:****Station 1 – Krisenstation:**

Auf dieser Station werden schutzbedürftige Kinder und Jugendliche, die aufgrund psychiatrischer Erkrankungen akut gefährdet sind, aufgenommen. Die Stationsstruktur und die individuell ausgerichteten Behandlungskonzepte bieten vielfältige Möglichkeiten zum Schutz und ärztliche/psychotherapeutische Versorgung der Patienten.

**Station 2 – Jugendstation:**

Das Behandlungskonzept und die Dauer der Behandlung richten sich nach der Schwere und Komplexität des Störungsbildes.

Die psychotherapeutische Grundhaltung ist an der Entwicklung der Patienten orientiert und stützt sich somit auf entwicklungspsychologische Erkenntnisse.

**Station 3 – Kinderstation:**

Neben einer differenzierten Diagnostik erhält jedes Kind eine klientenzentrierte, kinderpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung. Ein besonderer Wert wird auf regelmäßige Familiengespräche, Elterngruppen und Hospitationsmöglichkeiten gelegt.

In der sozio-pädagogischen Arbeit wird den Kindern Unterstützung bei der Alltagsbewältigung angeboten.

**Anmeldung:**

**Klinikum Oldenburg gGmbH**  
**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,**  
**Psychosomatik und Psychotherapie**

**Institutsambulanz**

**Postadresse:** Rahel-Straus-Str. 10, 26133 Oldenburg

**Anfahrt:** Brandenburger Str. 44, 26133 Oldenburg

**Telefon:** 0441/ 403 1 00 62

**Telefax:** 0441/ 403 1 00 63

**E-Mail:** [kjp-ambulanz@klinikum-oldenburg.de](mailto:kjp-ambulanz@klinikum-oldenburg.de)



## ▪ LebensWerkSTATT Oldenburg

### Darstellung der Hilfen

Die LebensWerkSTATT Oldenburg bietet als Einrichtung der Jugendhilfe ein differenziertes Angebot stationärer Hilfeformen mit unterschiedlichen, auf einander abgestimmten pädagogischen Settings.

- **Jugendwohngemeinschaft** – Rund-um-die-Uhr Betreuung.  
10 Plätze, aufgeteilt auf 2 WGs.
- **Wohngruppe in Apartmentwohnform** – Betreuungszeiten 7 bis 23 Uhr.  
8 Plätze in Einzelapartments.
- **Betreutes Einzelwohnen / Mini-WG** - Betreuungszeiten von 7 bis 23 Uhr.  
8 Plätze in WGs mit 2 Personen oder in Einzelwohnungen.

Über die stationären Angebote hinaus bieten wir noch

- **Ambulante Nachbetreuung** - Zur Stabilisierung der Selbständigkeit für junge Menschen, die aus unseren stationären Hilfen in die eigene Wohnung ziehen.

Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsenen, die für ihre Persönlichkeitsstabilisierung und -entwicklung ein intensives sozialpädagogisches Training benötigen. Dabei finden insbesondere auch junge Menschen mit psychiatrischer Diagnose einen auf sie zugeschnittenen Entwicklungsraum.

Aufnahmen erfolgen nach SGB VIII, in Einzelfällen auch nach SGB XII.

### Ansprechpartner

- |                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| • Jugendwohngemeinschaft:         | Ulrich Czarnotta    |
| • Wohngruppe im Apartmenthaus:    | Rolf Schneider      |
| • Betreutes Einzelwohnen/ Mini-WG | Susanne Lübkeermann |

**Kontaktaufnahme** bitte von 8 bis 13 Uhr über unsere Geschäftsstelle

<b>Adresse</b>	Geschäftsstelle: Görlitzer Str. 78
<b>Telefon</b>	0441/ 3 50 919 04 (Geschäftsstelle: Evi Zieten, Matthias Lübkeermann)
<b>Fax</b>	Geschäftsstelle: 0441/ 3 50 919 05
<b>E-Mail</b>	Geschäftsstelle: LebensWerkSTATT-Oldenburg@web.de

▪ **Psychologische Beratungsstelle  
für Eltern, Kinder und Jugendliche  
der Stadt Oldenburg**



**Darstellung der Hilfen**

Das Angebot der Psychologischen Beratungsstelle richtet sich an Eltern, Kinder und Jugendliche, die in der Stadt Oldenburg oder im Landkreis Oldenburg wohnen. Je nach Problemlage bieten wir Psychologische Beratung und Psychotherapie für ganze Familien, Eltern, Kinder und Jugendliche an. In unserer Beratungsstelle arbeiten Diplom-Psychologen und Diplom-Pädagogen mit Zusatzausbildungen in Einzelpsychotherapie und beziehungsorientierter Psychotherapie. Die Inhalte der Psychologischen Beratung und Psychotherapie beziehen sich häufig auf

- Beziehungskonflikte der Eltern als Partner und/oder der Eltern und Kinder und/oder der Geschwister untereinander
- Hilfen zur Klärung der Beziehungen vor, während und nach einer Trennung der Eltern als Partner und bei der Organisation der Besuche der Kinder beim anderen Elternteil
- Diagnose und Behandlung von seelischen Fehlentwicklungen eines Kindes
- Diagnose und Behandlung von Schulleistungsproblemen und Begabungsbesonderheiten im Kontext der Familie
- Arbeit mit Familien, die von sexueller und/oder körperlicher Gewalt und Vernachlässigung betroffen sind

Für Jugendliche, die sich unabhängig von ihrer Herkunftsfamilie selbstständig melden, bieten wir mittwochs um 16 Uhr eine offene Sprechstunde ohne Voranmeldung an. Außerdem haben professionelle Helfer aus Pädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit und ErzieherInnen-Tätigkeit die Möglichkeit, Fachberatung bei uns zu bekommen.

Unsere Beratungsarbeit findet unter den Grundsätzen der Freiwilligkeit, der Kostenfreiheit und der Schweigepflichtsgarantie statt.

<b>Anmeldung</b>	Telefonisch oder Persönlich montags bis freitags in der Zeit von 9 bis 12 Uhr montags bis donnerstags von 15 bis 17 Uhr.
<b>Ansprechpartner</b>	Frau Arndt und Frau Krüger.
<b>Adresse</b>	Donnerschweer Straße 43 26123 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 235 35 00
<b>Telefax</b>	0441/ 235 35 12
<b>E-Mail</b>	psychologische.beratung@stadt-oldenburg.de

### ▪ Schulpsychologische Beratung

Landesschulbehörde  
Standort Osnabrück  
Außenstelle Oldenburg

#### Darstellung der Hilfen

Psychologische Beratung von Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern bei Problemen im Zusammenhang mit Schule unter lösungsorientierter Perspektive (keine Therapie).

Fortbildungen und Supervision im Schulbereich, auch für spezielle Gruppen (z.B. Beratungslehrkräfte, Schulleitungen usw.).

Wir kooperieren mit anderen psychosozialen Einrichtungen.

Wir unterliegen der Schweigepflicht. Es entstehen keine Kosten. Die Beratung ist für Ratsuchende freiwillig, eben ein Angebot.

<b>Öffnungszeiten</b>	Termine nach Absprache (tel. Erreichbarkeit des Sekretariats jeweils vormittags von Mo bis Fr)
<b>Ansprechpartner</b>	Schulpsychologen: Doris Geiselbrecht Ralf Connemann  Sekretariat: Christine Lehmann Kerstin Dreyer-de Vries
<b>Adresse</b>	Birkenweg 5 26127 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 9 49 98 – 35 oder – 36
<b>Telefax</b>	0441/ 9 49 98 – 37
<b>E-Mail</b>	Doris.Geiselbrecht@lschb-os.niedersachsen.de Ralf.Connemann@lschb-os.niedersachsen.de
<b>Internet</b>	www.schulpsychologie.de www.schulpsychologie-niedersachsen.de

- **SPZ**  
Kinderzentrum Oldenburg



#### **Darstellung der Hilfen**

Das Kinderzentrum Oldenburg ist eines von ca. 100 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Deutschland. Bei uns werden entwicklungsauffällige, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche mit ihren Familien umfassend ambulant betreut. Zurzeit werden im Oldenburger Kinderzentrum jährlich ca. 2.200 Kinder behandelt. Diese werden teilweise einmalig vorgestellt, zum Teil über mehrere Jahre betreut.

Das Kinderzentrum Oldenburg ist eine Einrichtung des Diakonischen Werkes Oldenburg, Förderung und Therapie gGmbH. Dem SPZ angeschlossen ist eine heilpädagogische Frühförderstelle.

Wenn Sie Ihr Kind bei uns vorstellen möchten, ist eine Überweisung vom Kinderarzt oder Hausarzt erforderlich.

<b>Öffnungszeiten</b>	montags bis freitags 8 bis 17 Uhr
<b>Adresse</b>	Cloppenburger Straße 361 26133 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 96 96 70 (bis 13 Uhr, anschl. AB)
<b>Telefax</b>	0441/ 9 69 67 50
<b>E-Mail</b>	kinderzentrum@diakonie-ol.de
<b>Internet</b>	<a href="http://www.kinderzentrum-oldenburg.de">www.kinderzentrum-oldenburg.de</a>

- **Wichernstift Wohn- und Tagesgruppen gGmbH**  
**Wichernstift Jugendhilfe gGmbH**  
Ein Helfersystem für Kinder, Jugendliche und deren Familien



### Darstellung der Hilfen

Mit unseren pädagogischen und therapeutischen Fachkräften unterstützen und fördern wir Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und deren Familien bei der Aufarbeitung von Entwicklungsbeeinträchtigungen und Verhaltensproblemen. In einem integrierten System aus verschiedenen Arbeitsansätzen bieten wir Hilfen für diese Familien. Die Schwerpunkte der Arbeit sind unterschiedlich gewählt, damit die jeweiligen individuellen Problemlagen ihre entsprechende Bearbeitung erfahren.

Unsere Arbeit hat ihre Wurzeln in der Heilpädagogik, von daher ist unser Betreuungskonzept ganzheitlich ausgerichtet. Die Erziehung umfasst den ganzen Menschen und fördert ihn in seinen emotionalen, sozialen, kreativen und kognitiven Bedürfnissen und Fähigkeiten. Eine wesentliche Beachtung findet der Kontext, in dem sich unsere KlientInnen bewegen. Deshalb ist unsere Arbeit stark von systemischen Denk- und Handlungskonzepten geprägt. Wir setzen ressourcen- und lösungsorientierte Methoden ein.

Im Bereich Hilfen zur Erziehung bieten wir ein breites Leistungsangebot wie:

- Hilfen für Familien
- Einzelfallhilfen
- Soziale Gruppen
- Tagesgruppen
- 5-Tage-Gruppen
- Wohngruppen
- Erziehungsstellen
- Verselbstständigung
- Trainings
- Psychologische Beratung
- Individuelle Betreuungssettings

Unsere differenzierte Fachlichkeit trägt dazu bei, dass uns ein breites Instrumentarium für Hilfen zur Verfügung steht. Wir qualifizieren fortlaufend (Tagungshotel Meerblick) unsere Mitarbeitenden und reflektieren und erweitern unsere Kompetenzen.

Es erfolgt ein vernetztes Arbeiten über alle Fachbereiche des Wichernstiftes hinweg, auch mit anderen relevanten Fachkräften und Organisationen.

Kontaktaufnahme:

Wichernstift Wohn- und Tagesgruppen gGmbH  
Oldenburger Str. 333, 27777 Ganderkesee  
Fon 04221/ 85 23 00 Fax 04221/ 8 16 44  
E-Mail: jugendhilfe@wichernstift.de  
www.wichernstift.de

Ansprechpartner:

Frau Preuß : Fon 04221/ 8 523 02, Mobil 0173/ 7 31 97 51  
Frau Franke : Fon 04221/ 8 523 03, Mobil 0172/ 4 55 16 79

▪ Wildwasser



**Darstellung der Hilfen**

**Beratung für:**

- Mädchen und junge Frauen, die sexualisierte Gewalt erleben oder erlebt haben
- Mütter und Väter, die vermuten oder wissen, dass ihre Tochter missbraucht wird oder wurde
- Weibliche und männliche Bezugspersonen, die privat oder beruflich mit sexuell missbrauchten Mädchen zu tun haben

**Präventionsarbeit:**

- „Chatten – aber sicher!“ für Schülerinnen, Eltern und Kollegien
- Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse für Mädchen (WenDo)
- Informationsgespräche für Mädchengruppen bei Wildwasser
- Elternabende

**Öffentlichkeitsarbeit:**

- Informationsveranstaltungen in Schulen, soz. Einrichtungen und f. a. Interessierte
- Vorträge
- Fortbildungen für LehrerInnen und Lehrer, und für psychosoziale Fachkräfte

**Telefonische Sprechzeiten:**

Montags: 9 bis 11 Uhr; mittwochs und donnerstag: 14 bis 16 Uhr;  
Beratung ohne Voranmeldung mittwochs von 16.30 bis 17.30 Uhr.  
Alle weiteren Gesprächstermine nach vorheriger Absprache.

**Ansprechpartnerinnen**

<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	Rita Schilling
<b>Beratung</b>	Ingeborg Wibbe Cornelia de Vries Kerstin Koletschka
<b>Adresse</b>	Wildwasser Oldenburg e. V., Beratungsstelle gegen sex. Missbrauch an Mädchen u. jungen Frauen Lindenallee 23 26122 Oldenburg
<b>Telefon</b>	0441/ 1 66 56
<b>Telefax</b>	0441/ 2 48 95 53
<b>E-Mail</b>	info@wildwasser-oldenburg.de
<b>Internet</b>	www.wildwasser-oldenburg.de

## **2.4 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Elisabeth-Kinderkrankenhaus)**

Klinikdirektorin Dr.-medic (RO) A. Paul

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Oldenburg trägt einen wesentlichen Beitrag in der Versorgung der jungen Menschen, deren Entfaltung von psychischer Erkrankung oder von seelischer Behinderung bedroht ist.

Seelische Krankheiten greifen tief in das alltägliche Leben eines jungen Menschen und seine Familie ein und bedrohen nicht selten erfolgreiche Erziehungs- und Entwicklungsprozesse.

In Deutschland leiden ca. 21 % aller Kinder und Jugendlichen unter psychischen Auffälligkeiten. Diese Zahl ist erschreckend hoch, daher ist die Erhaltung der seelischen Gesundheit junger Menschen eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft.

Die Arbeit in der Klinik entspricht der kinder- und jugendpsychiatrischen Tradition, einem multimodalen Ansatz.

Nach dem Umzug in das neue Gebäude der Klinik am 23.01.2009, das feierlich eingeweiht wurde, kam es zu einer Erweiterung der Planbetten von 24 auf 32. Dazu kommen die 10 teilstationären Behandlungsplätze in der Tagesklinik. Die ambulante Versorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen findet in der Institutsambulanz der Klinik statt.

Mit der Inanspruchnahme der Krisenstation mit 8 Planbetten übernahm die KJPP Oldenburg die Versorgungsverpflichtung.

### **Wir behandeln Kinder und Jugendliche mit:**

- Verhaltensstörungen/emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- ADS, ADHS
- Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens
- Neurotische und somatoforme Störungen
- Psychischen Störungen mit körperlicher Symptomatik
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Asperger Syndrom, Atypischer Autismus)
- Erkrankungen des schizophrenen Formkreises

- Akute Psychosen
- Deprivations- und Misshandlungssyndrom
- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)
- Störungen des Sozialverhaltens
- Störungen der Sexualentwicklung und der Sexualität
- und andere Erkrankungen

Unsere **Institutsambulanz** stellt sozusagen das Eingangstor in die Klinik dar. Hier finden die Erstkontakte statt und es wird entschieden, ob eine ambulante Diagnostik und Therapie ausreichend ist oder eine (teil-)stationäre Behandlung erfolgen sollte. Neben den Regeln diagnostischer und therapeutischer Konzepte gibt es weitere Angebote, wie beispielsweise Krisenintervention, Gruppentherapien (Sozialtraining, Aufmerksamkeitstraining), Traumasprechstunden und -therapien, Sprechstunden für Kinder psychisch kranker Eltern, Sprechstunden für Kinder onkologisch erkrankter Eltern und ggf. Einzeltherapien.

Die **Stationen** sind nach dem Alter der Patienten gegliedert:

- Kinderstation            12 Planbetten
- Jugendstation            12 Planbetten
- Krisenstation            8 Planbetten

Die **Tagesklinik** bietet 10 Behandlungsplätze an.

**Diagnostische Maßnahmen beinhalten:**

- Neuropädiatrische Diagnostik und Einbeziehung aller klinisch-relevanten somatischen Befunde
- Umfassende Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld
- Interaktions- und Beziehungsdiagnostik einschließlich biographischer Anamnese mit Beobachtung der Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seinem Umfeld
- Spezifische Diagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung

**Behandlungsmaßnahme:**

- Angebote des ärztlichen und psychologischen Dienstes → psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung
- Angebote des Pflege- und Erziehungsdienstes → sozio-pädagogische Maßnahmen, Milieuthérapie, Soziotherapie
- Fachtherapeutische Angebote → Musiktherapie, Kunsttherapie, Heilpädagogik, Hippotherapie, Ergotherapie sowie Bewegungsangebote

**Kooperation:**

Die Arbeit der Klinik ist durch eine starke Interdisziplinarität mit anderen sozialen/pädagogischen und ärztlichen Institutionen charakterisiert und geprägt durch kombinierte medizinischer und psychotherapeutischer Einsätze.

Die Netzwerkstrukturen der Klinik in dem Oldenburger Land sind vorbildlich, besonders durch die Mitbeteiligung in den verschiedenen Arbeitsgruppen.

Eine gesunde Gesellschaft braucht seelisch gesunde Kinder und Jugendliche.

Durch die Transparenz und Qualitätssicherung der Arbeit in der Klinik tragen wir einen Teil zur Sicherung der seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen bei.

Das multiprofessionelle Team der KJPP-Klinik besteht aus Fachärzten/Assistenzärzten, Diplom-Psychologen, Psychotherapeuten, Pflege- und Erziehungskräfte sowie komplementären Therapeuten und begleitet den gesamten therapeutischen Prozess.

***Statistische Zahlen aus dem Jahre 2008:***

- *stationär behandelte Patienten* 170
- *teilstationär behandelte Patienten* 70
- *ambulant behandelte Patienten* 600

***Statistische Zahlen aus dem Jahre 2009:***

- *stationär behandelte Patienten* 244
- *teilstationär behandelte Patienten* 70
- *ambulant behandelte Patienten* ca. 600

**Kontakt:**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP), Klinikum Oldenburg gGmbH  
Rahel-Straus-Str. 10, 26133 Oldenburg

Institutsambulanz: Telefon: 0441 403-10062

Sekretariat: Telefon: 0441 403-10061

Fax: 0441 403-10063

Mail: [k-j-psychiatrie@klinikum-oldenburg.de](mailto:k-j-psychiatrie@klinikum-oldenburg.de)

### **Tagung 2009**

P. S.: Am 29. Oktober 2009 fand die gemeinsame Fachtagung der KJPP Oldenburg, der Universität Oldenburg und dem Jugendamt der Stadt Oldenburg mit dem Thema „Schulabsentismus“ statt. Die große Zahl der Teilnehmer von über 170 zeigte das große Interesse um die Kinder und Jugendlichen mit Schulverweigerung, Schulangst und Schulphobie. Das Thema Schulabsentismus wurde aus unterschiedlicher Sichtweise, aus pädagogischer, wissenschaftlicher sowie medizinischer Sicht betrachtet. Es wurden die Differenzialdiagnostik, Projekte des Jugendamtes Oldenburg sowie Behandlungsmodalitäten des Klinikums vorge-  
tragen.

Während der Tagung wurden Konzepte für die Unterstützung der Kinder und deren Familien mit o. g. Problematik vorgestellt. Wie bekannt, ist die Schule von heute zunehmend Lebensraum von Kindern und Jugendlichen geworden. Sie ist Lernort, Sozialisations- und Integrationsort. Die Beurteilung der Kinder mit Schulabsentismus soll immer individuell als Einzelschicksal und deren gesellschaftliche Folgen berücksichtigen und damit eine langfristige Integration anstreben.

Derzeit leiden geschätzte 5 – 10 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland an einer Form von Schulangst/Schulphobie.

Eine frühzeitige Behandlung ist nicht nur wichtig, damit das Kind die Chancen auf einen guten Schulabschluss hat. Es geht besonders darum, dass sich möglichst keine weiteren psychischen Erkrankungen entwickeln.

## 2.5 Koordinierungszentrum Kinderschutz

Das Koordinierungszentrum Kinderschutz wurde zur Verbesserung des Kinderschutzes in der Stadt Oldenburg gegründet. Ziel dieses vom Niedersächsischen Sozialministerium geförderten Modellprojektes ist der Aufbau von verbindlichen Kooperationen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitshilfe, den Schulen, der Polizei und der Justiz.



Koordinierungszentrum Kinderschutz – Kommunales Netzwerk „Frühe Hilfen“

Kurzbeschreibung des Projektes:

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS) fördert über einen Zeitraum von drei Jahren, an den vier Standorten Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Oldenburg, das Modellprojekt Koordinierungszentrum Kinderschutz – Kommunales Netzwerk „Frühe Hilfen“.

Die Initiative zur Umsetzung dieses Modellprojektes geht nicht nur von den aus der Presse bekannten gravierenden Fälle von Kindesmisshandlung aus, sondern auch vom Beschluss der Jugendministerkonferenz „Kinderschutz stärken – Familien fördern“.

Während der beiden Niedersächsischen Kinderschutzkonferenzen in den Jahren 2006 und 2007 wurde deutlich, dass gemeinsam zu entwickelnde Arbeitsstandards und verbindliche Handlungsabläufe zwischen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitshilfe, den Beratungsstellen, den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und dem Schulwesen notwendig sind, damit Kinder wirksamer vor Vernachlässigung, Gefährdung und Misshandlung geschützt werden. Die Qualität und die Wirksamkeit des Kinderschutzes setzen verbindliche, berechenbare und verlässliche Strukturen zwischen den unterschiedlichen Professionen voraus. Diese Strukturen gilt es unter der Beachtung des Datenschutzes herzustellen, zu erproben und zu festigen.

Die Entwicklung von Netzwerken Früher Hilfen ist eine unerlässliche kommunale Aufgabe, um Kinder vor Vernachlässigung zu schützen und Fehlentwicklungen vorzubeugen. Die Koordinierungszentren Kinderschutz zeigen in exemplarischer Weise, wie die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, den Schulen und der Justiz umfassend qualifiziert werden kann. Die Erfahrungen, die bisher an den Modellstandorten gesammelt wurden, sind wegweisend für andere Kommunen, die ein Netzwerk Früher Hilfen aufbauen wollen.

Ziel des hier in Oldenburg aufzubauenden Netzwerkes ist es, über die bisherigen funktionierenden Strukturen hinaus verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu treffen, damit der Kinderschutz und die Prävention für Kinder und Jugendliche in Oldenburg weiter verbessert werden.

Schwerpunkt des Projektes ist der Umgang mit einer Kindeswohlgefährdung für die Altersgruppe der bis zu 6-jährigen Kinder mit den Eckpunkten

Erkennen – Beurteilen – Handeln

- Im ersten Schritt hat die Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland und Wilhelmshaven von Dezember 2007 bis Juni 2008 Erhebungen der vorhandenen Strukturen durchgeführt (Bestandsanalyse). Der Ist-Zustand der bestehenden Kooperationen in der Einzelfallhilfe wurde bei den wichtigsten Kooperationspartnern erhoben. Hierbei wurden z. B. Ärzte, Hebammen, Mitarbeiter/innen von Kinderkrippen und -gärten und Einrichtungen für behinderte und psychisch kranke Menschen interviewt.
- Daraus ergab sich eine Schwachstellenanalyse in den bestehenden Kommunikationsabläufen. Zurzeit wird an der Entwicklung von Arbeitsstandards und verbindlichen Handlungsabläufen (Reaktionsketten) zwischen der Gesundheitshilfe, den Beratungseinrichtungen, den freien und öffentlichen Trägern der Jugendhilfe unter Einbeziehung von Polizei und Justiz etc. im Sinne einer Ablaufoptimierung gearbeitet.
- Im dritten Schritt sollen und werden bereits einige der entwickelten Handlungsabläufe von den Fachleuten umgesetzt, erprobt und weiterentwickelt.

- Zur Umsetzung des Projektes wird der beschriebene Prozess durch gemeinsame Fachfortbildungen und Arbeitsgruppen, unter Beteiligung der unterschiedlichen Professionen, zur Erkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung begleitet.

Eine eindeutige und gemeinsam erarbeitete Definition einer Kindeswohlgefährdung wird es den mit Kindern und ihren Familien arbeitenden Menschen erleichtern, Misshandlungs- und Vernachlässigungsanzeichen zu erkennen. Der Blick für Faktoren, welche zu einer Kindeswohlgefährdung führen können, wird geschärft. Den betroffenen Familien und ihren Kindern kann dann eine passgenauere Unterstützung zur Abwehr einer Gefährdung des Kindes angeboten werden.

Die vier ausgewählten Projektstandorte des Modellprojektes werden durch das Institut für soziale Arbeit (ISA) in Münster begleitet. Das Oldenburger Koordinierungszentrum wird im Rahmen der Bestandsanalyse von Herrn Prof. Hackmann von der Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland und Wilhelmshaven unterstützt.

Das Oldenburger Koordinierungszentrum Kinderschutz wird durch einen Beirat, der mit Personen, die mit Kindern in den Bereichen Jugend- und Gesundheitshilfe, der Schule, der Justiz und der Polizei arbeiten, unterstützt. Diese Menschen übernehmen in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen eine Multiplikatorenfunktion. So wird eine Nachhaltigkeit der Projektinhalte über die Projektlaufzeit hinweg gewährleistet.

Die Projektleitung für das Oldenburger Koordinierungszentrum hat seit dem 01.09.2007 Frau Bremke-Metscher übernommen.

Kontakt:

Stadt Oldenburg, Jugendamt, Fachbereich Soziale Dienste

Petra Bremke-Metscher

Koordinierungszentrum Kinderschutz – Kommunales Netzwerk

Frühe Hilfen

Bergstr. 25, Raum 118, 26122 Oldenburg

Tel. 0441 235-3097

[petra.bremke-metscher@stadt-oldenburg.de](mailto:petra.bremke-metscher@stadt-oldenburg.de)

## 2.6 Kinder psychisch kranker Eltern

Das Thema Kinder psychisch kranker Eltern beschäftigt uns schon lange und wurde in den zurückliegenden Planteilen immer wieder thematisiert, z. B. die Darstellung des Beratungsforums in Teil II, S. 47, und die Informationen zum Patenschaftsmodell in Teil III, S. 153. Aktuell möchten wir die Überlegungen und die vorangegangene Arbeit in diesem Bereich noch einmal zusammenfassen. Da die Zusammenarbeit der Institutionen in der Stadt Oldenburg eine sinnvolle Entwicklung ist, wird dieser Artikel von Herrn Dr. Elgeti von der medizinischen Hochschule Hannover und Geschäftsführer des Landesfachbeirats Niedersachsen in der neuen Ausgabe der „Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2010“ veröffentlicht.

### **2.6.1 Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – Das Beratungsforum der Stadt Oldenburg Petra Knipper und Roland Kohls**

„Kinder und Angehörige sind immer Betroffene, und das ist für den Kranken schlimmer, als Sie denken. Aber ich wehre mich dagegen, sie zu Kranken zu machen. Helfen sollte man denen, die Hilfe wollen, unterstützen muss man alle.“

Aus dem Brief einer Mutter<sup>1</sup>

Im Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) lesen wir in § 6 Abs. 6 über den Zweck und die Art der Hilfen Folgendes: „Die Hilfen sollen auch darauf gerichtet sein, bei denjenigen, die mit der betroffenen Person in näherer Beziehung stehen, Verständnis für die besondere Lage der betroffenen Person zu wecken und die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung ihrer Schwierigkeiten zu fördern und zu erhalten. Die Hilfen sollen die nahe stehenden Personen auch in ihrer Fürsorge für die betroffene Person entlasten und unterstützen.“ Unter dem Begriff „nahe stehende Personen“ sind hier auch die Kinder zu verstehen. Jahrelang wurde die

---

<sup>1</sup> Mattejat F, Lisofsky B (2000): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 179

Rolle der Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern nicht wahrgenommen. Studien zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Erkrankungen aufweisen. Die meisten Kinder erkranken jedoch selbst nicht. Ihre Schwierigkeiten sind ganz anderer Art: Sie sind häufig auf sich selbst gestellt und bleiben mit ihren Sorgen, Problemen und Fragen allein (vgl. Lenz, 2005).<sup>2</sup>

In der Arbeit unseres Sozialpsychiatrischen Dienstes sind in der Vergangenheit zunehmend Interventionen in Familien und bei Alleinerziehenden erforderlich geworden. Durch Kontakte in der psychiatrischen Klinik sahen wir, dass häufig eine Elternschaft der Patienten nicht bekannt war. Zum Teil lebten Eltern und Kinder seit längerer Zeit unentdeckt vom Hilfesystem: Eltern, die aus Sorge um ihre Kinder keine Hilfen einforderten; Kinder, die aus Loyalität mit den Eltern bereit waren, die Situation zu ertragen; Kinder, die in das Wahnsystem der Eltern eingebunden waren und dieses vielleicht sogar übernahmen. Im Grunde fehlte dann immer die Antwort auf die Bedürfnisse von Eltern und Kindern. Durch Gespräche im Team und mit Mitarbeitern der

---

<sup>2</sup> Lenz A (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe

Jugendhilfe wurden wir wiederholt mit unzureichenden Handlungsmöglichkeiten konfrontiert. Entsprechende Hilfen waren nicht verfügbar.

In der Fachliteratur findet sich hierzu mittlerweile umfangreiches Material. So schreibt z. B. H. Lazarus: „Da zwischen dem Gesundheitssystem und dem Jugendhilfesystem unterschiedliche Präferenzen zu bestehen scheinen, ist ein intensiver Austausch zwischen diesen Systemen eine notwendige Voraussetzung, um Veränderungen auf der Basis gegenseitigen Vertrauens zu ermöglichen. Beide Seiten müssen sich über ihre Arbeitsbereiche verständigen und nach gemeinsamen Handlungsstrategien suchen. Verzerrte Wahrnehmungen führen zu einer skeptischen Haltung zueinander. Dabei geht es nicht darum, Elternwohl und Kindeswohl gegeneinander abzuwägen, sondern nach Möglichkeiten zu suchen, beides sinnvoll miteinander zu verbinden.<sup>3</sup> Die Bedeutung einer Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (interinstitutionelle Kooperation) wird inzwischen wissenschaftlich als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen anerkannt (vgl. Lenz, 2005).

---

<sup>3</sup> Lazarus H (2003): Zum Wohle des Kindes? Soziale Psychiatrie 3/2003, S. 25

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Stadt Oldenburg ist ein Forum, in dem Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe zusammenarbeiten. Hier fand sich eine geeignete Basis, um die Situation von Kindern und deren psychisch kranken Eltern zu thematisieren. Im Jahr 2001 entstand aus dem Verbund heraus das „Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern“. Am Beginn der Arbeit des Netzwerkes standen der Austausch von Informationen und die Veranstaltung gemeinsamer Fortbildungen. Darüber hinaus sollte ein Angebot, das für alle Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe zugänglich ist, geschaffen werden. Eine kollegiale Supervision erschien den Beteiligten im Netzwerk als eine Lösungsmöglichkeit, die zeitnah umzusetzen war. Somit wurde 2004 aus dem Netzwerk heraus das Beratungsforum entwickelt.

Das Beratungsforum arbeitet interdisziplinär und interinstitutionell. In der Kooperation wird das Wissen der jeweils anderen Profession erweitert, und die verschiedenen Methoden, Instrumente und Handlungsansätze werden aufeinander abgestimmt. Das Beratungsforum setzt sich zusammen aus Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialdienstes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der

psychologischen Beratungsstelle, dem Kinderschutzzentrum, der Karl-Jaspers-Klinik (Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie) und der Klinik für Kinder- Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums Oldenburg. Fachleute aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe haben einmal im Monat die Möglichkeit, in anonymisierter Form einen Fall vorzustellen. Die Anmeldung zum Beratungsforum erfolgt im Sozialpsychiatrischen Dienst. Hierbei wird zunächst geklärt, ob eine Beratung und Vernetzung mit anderen Hilfesystemen im Vordergrund steht. Im Beratungsforum werden dann Handlungsperspektiven entwickelt und Lösungsansätze erarbeitet. Diese interinstitutionelle Kooperation hat sich bislang bewährt und wird regelmäßig in Anspruch genommen. Durch die Kenntnis der Möglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter entsteht ein Synergieeffekt, und man wird den besonderen Anforderungen an die Akteure in den unterschiedlichen Hilfesystemen gerecht.

In anderen Kommunen werden bereits Hilfen für die Kinder und ihre Eltern im Rahmen eines Patenschaftsmodells angeboten, wie es vom Beratungsforum auch für die Stadt Oldenburg für notwendig gehalten wird.

Durch den Einsatz von „Paten-Familien“ sollen die Kinder von psychisch kranken Eltern eine kontinuierliche Begleitung erfahren. Kontakte sollen sowohl in gesunden wie in kranken Phasen des Elternteils möglich sein. Die Paten brauchen die Anerkennung der Eltern. In der Krankheitsphase der Eltern können die Kinder so der Belastung ausweichen, ohne in einen Loyalitätskonflikt zu geraten. Die Paten geben durch die stabile Beziehung zu den Kindern den notwendigen Halt, die psychisch erkrankten Eltern erfahren eine praktische Unterstützung. Die Stadt Oldenburg befürwortet diese Form der Unterstützung und will diese Hilfeleistung demnächst anbieten.

Das Beratungsforum und das Netzwerk der Stadt Oldenburg stellen eine inzwischen bewährte, lebendige Kooperation dar und sind entsprechend etabliert; das kann eine Anregung auch für andere Sozialpsychiatrische Verbände sein.

Am 2. Dezember 2009 wurde die Arbeit des Beratungsforums durch eine schriftliche Kooperationsvereinbarung der beteiligten Institutionen verbindlich festgelegt.

## Presseinformation

1018/09kg

2. Dezember 2009

### **Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern Kooperationsvertrag sichert Beratungsforum**

**Oldenburg.** Am Mittwoch, 2. Dezember, haben im Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg Vertreterinnen und Vertreter der Karl-Jaspers-Klinik, des Kinderschutz-Zentrums, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Stadt Oldenburg eine Kooperationsvereinbarung für eine verbindliche Zusammenarbeit im „Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern“ unterzeichnet. In der Vereinbarung haben die Einrichtungen unter anderem festgehalten, dass sie eine personale Kontinuität für das Beratungsforum sichern und zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen.

Im Beratungsforum, das sich seit 2004 bewährt hat, haben Fachleute aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe einmal im Monat die Möglichkeit, einem Team aus den beteiligten Institutionen in anonymisierter Form einen Fall vorzustellen, wobei es immer um Hilfen für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern geht. Es werden dann gemeinsam Handlungsperspektiven entwickelt und Lösungsansätze erarbeitet.

Vieles im Leben von Kindern ändert sich, wenn Mutter oder Vater psychisch erkranken. Ihr Alltag wird von Angst, Unsicherheit und Sorgen um die Eltern bestimmt. Bei psychischen Erkrankungen besteht ein starkes Tabu, deshalb wird die Erkrankung von den Eltern häufig verschwiegen. Die Kinder fühlen sich in der Verantwortung für die Familie und schweigen aus Scham. So gerät oft eine Familie aus dem Gleichgewicht und bedarf wegen ihrer besonderen Situation einer umfassenden Hilfe. Dies wird in der Stadt Oldenburg als gemeinsame Aufgabe von Gesundheitswesen und Jugendhilfe verstanden.

Weitere Informationen dazu gibt der Sozialpsychiatrische Dienst unter Telefon (0441) 235-8662.



Die Mitglieder des Beratungsforums

v. l.: Frau Knipper, Herr Kohls, Herr Behnke, Frau Mangold,  
Frau Finke-Bracker, Frau Braucksiek, Herr Reyle, Herr Dr. Bajorat



Die Kooperationspartner

v. l. : Herr Dr. Petermann, Herr Weber, Herr Mintrop, Frau Dr. Paul,  
Herr Dr. Herschelmann, Herr Dr. Lammerding, Herr Dr. Zimmermann

## 2.7 Buchtipp

### ADOLESCENZPSYCHIATRIE

#### Künstliche Trennung überwinden

Viele Jugendliche fiebern ihrem 18. Geburtstag, dem Führerschein, dem Beginn der Volljährigkeit entgegen. Für psychisch kranke Jugendliche steht mit dem 18. Lebensjahr der teilweise schockierende Wechsel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie an. Manche Kliniken haben in der Praxis umgesetzt, was dieses Buch in der Theorie bietet: Übergangsstationen für Jugendliche und junge Erwachsene, in denen auf die Besonderheiten dieser Patientenklientel fächerübergreifend eingegangen wird. Ziel der Autoren war es, „die künstliche Trennung der Lebensperioden“ zu überwinden.

In fünf Kapiteln werden neben speziellen und allgemeinen Aspekten der Entwicklung in der Jugend Störungsbilder, Beratung und Behandlungsmethoden sowie ethische und rechtliche Themen ausführlich dargestellt. Zu Beginn jedes Unterkapitels wird eine kurze Zusammenfassung gegeben. Die Gliederung ist übersichtlich, die einzelnen Texte im Kontext gut verständlich geschrie-

ben. „Take-home messages“ sind grau hinterlegt, Tabellen und Schaubilder ergänzen die Texte, Fallbeispiele schaffen den Übergang von der Theorie zur Praxis. Bei speziellen Themen, wie zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten, versucht man, diese in ihrer ganzen Komplexität darzustellen. Leider gelingt das bei dem genannten Thema nicht immer, beispielsweise wird auf historische Fakten nur am Rand verwiesen. Es werden jedoch anhand der aktuellen Literatur gute Empfehlungen für den Erstkontakt und die klinische Untersuchung gegeben.

Fazit: eine gute umfassende Übersicht über die Schwierigkeiten in der Behandlung psychisch erkrankter junger Menschen, sowohl für Kinder- und Jugendpsychiater als auch für Erwachsenenpsychiater zu empfehlen.

*Gerhard Buchkremer  
Judith Zieker*

Jörg M. Fegert, Annette Streeck-Fischer,  
Harald J. Freyberger (Hrsg.): Adoleszenz-  
psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 2009,  
896 Seiten, gebunden, 119 Euro

C 1590

*Deutsches Ärzteblatt, 25.09.2009*

## 2.8 Kernaussagen

Die Schaffung eines kindgerechten und gesundheitsfördernden Umfeldes ist Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. So steht neben der Behandlung der Krankheitssymptome immer auch die Sicherstellung bzw. Ermöglichung von Bildung und Erziehung.

Prävention vor Therapie, Lernen vor Krankenbehandlung und Ressourcenorientierung vor krankheitsdefiniertem Diagnoseprozess.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen (interinstitutionelle Kooperation) ist Voraussetzung für wirksame Hilfe. Der Grad ihrer Vernetzung ist ein entscheidendes Qualitätskriterium der Versorgung.

### **3. Forensik**

Forensische Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie sowie der Rechtsmedizin, das sich mit juristischen Fragen bei psychisch kranken Menschen im Strafrecht, Zivilrecht und im Sozialrecht befasst.

Häufig wird unter „Forensik“ aber nur das Teilgebiet verstanden, das sich mit dem Zusammenhang von Straftaten und psychischer Verfassung der daran als Täter und Opfer beteiligten Menschen befasst. Dies wird auch in diesem Kapitel der Schwerpunkt sein.

Wir haben dies als aktuelles Thema ausgewählt, weil in diesem Bereich gerade Gesetzesänderungen erarbeitet werden.

Die für das Oldenburger Stadtgebiet zuständige Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn (bis Juli 2007 NLKH Wehnen), hat auch in der Vergangenheit forensische Patienten behandelt. Die Behandlungszahlen waren aber bis Mitte der 90iger Jahre eher gering, da die Unterbringung in Niedersachsen hauptsächlich in Moringen und Göttingen stattfand. Eine bundesweite

Veränderung der Einweisungs- und Entlassungspraxis hat auch in Niedersachsen dazu geführt, dass „die Forensik“ im Jahr 2000 dezentralisiert wurde. Alle Niedersächsischen Landeskrankenhäuser – bis auf Tiefenbrunn – mussten regionale forensische Kliniken einrichten.

Durch den Beschluss der Niedersächsischen Landesregierung, die bisher im Landesbesitz befindlichen Kliniken zu verkaufen, stellte sich die Frage, wie mit den Abteilungen des Maßregelvollzugs zu verfahren ist. Um dieses zu klären, wurde ein Prozess am Niedersächsischen Staatsgerichtshof in Bückeburg geführt. Das Urteil wurde im Dezember 2008 verkündet. Siehe hierzu im Folgenden die Pressemitteilung des Niedersächsischen Staatsgerichtshofes:



Niedersächsischer  
Staatsgerichtshof  
Der Präsident

Pressemitteilung

- StGH 2/07 -

Der Niedersächsische Staatsgerichtshof hat mit Urteil vom 5. Dezember 2008, das auf die mündliche Verhandlung vom 17. Oktober erging, die Änderungsgesetze vom 25. Januar 2007 zum Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz und zum Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke für teilweise mit der Niedersächsischen Verfassung unvereinbar erklärt. Mitglieder der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis90/Die Grünen im Niedersächsischen Landtag hatten in einem Normenkontrollantrag gerügt, dass durch die in den beiden Gesetzen ermöglichte Übertragung von Aufgaben des Maßregelvollzugsgesetzes und der Unterbringung psychisch Kranker auf private Gesellschaften als Träger psychiatrischer Krankenhäuser der in Art. 60 Satz 1 der Niedersächsischen Verfassung niedergelegte Vorbehalt für Berufsbeamte verletzt werde. Die übertragenen Aufgaben führten zu erheblichen Beeinträchtigungen grundrechtlich geschützter Freiheiten der untergebrachten Personen und seien vom Gesetzgeber nur mit fiskalischen Erwägungen gerechtfertigt worden. Der Staatsgerichtshof hat sich dieser Argumentation nicht angeschlossen, aber einen Verstoß gegen das verfassungsrechtliche Demokratieprinzip festgestellt.

Zur Begründung führt der Staatsgerichtshof aus, dass Art. 60 Satz 1 NV dem Gesetzgeber auch dann Grenzen setzt, wenn staatliche Aufgaben, deren Wahrnehmung mit erheblichen Grundrechtseinschränkungen für die Betroffenen verbunden ist, im Wege der Beilegung auf private Gesellschaften übertragen werden. Die Durchbrechung des Beamtenvorbehalts sei jedoch im Maßregelvollzug gerechtfertigt, weil die organisatorische und inhaltliche Verzahnung von Allgemeinpsychiatrie und forensischer Psychiatrie einen verfassungsrechtlich zu billigenden Zweck darstelle und die meisten grundrechtsrelevanten Entscheidungen durch eine mit staatlichen Bediensteten zu besetzende Vollzugsleitung getroffen werden. Bei der Unterbringung psychisch Kranker würden den Bediensteten der Gesellschaften zwar nahezu alle Entscheidungsbefugnisse übertragen, die gesetzgeberischen Ziele, mit der Übertragungsmöglichkeit eine ortsnahe Unterbringung zu gewährleisten, die Stigmatisierung der Untergebrachten zu vermeiden, Allgemeinpsychiatrie und Vollzug der Unterbringung durchlässig werden zu lassen sowie die Behandlungsqualität in den spezialisierten Fachabteilungen der allgemeinen Psychiatrie zu verbessern, seien verfassungsrechtlich aber nicht zu

PRESEMITTEILUNG

Postfach 31  
31075 Göttingen  
Tel. 05723 293-218  
Fax 05722 983-217  
e-mail  
preschaef@stg.niedersachsen.de  
http://www.staatsgerichtshof.niedersachsen.de

Fortsetzung:

beanstanden. Insoweit stehe dem Gesetzgeber ein weiter Prognose- und Gestaltungsspielraum zu.

Die neuen Regelungen verstoßen dagegen gegen das in der Niedersächsischen Verfassung niedergelegte Demokratieprinzip, weil die staatlichen Aufsichtsbehörden keinen Einfluss auf die Auswahl der Bediensteten privater Gesellschaften haben, die im Einzelfall über grundrechtseinschränkende Maßnahmen entscheiden. Bei der Unterbringung psychisch Kranker sieht das Gesetz überdies keine unmittelbaren Weisungsbefugnisse der staatlichen Aufsichtsbehörde gegenüber den Bediensteten der privaten Krankenhausträger vor. Im Maßregelvollzug gibt es zwar eine begleitende staatliche Aufsicht vor Ort; diese vermag aber die fehlende Legitimation der Bediensteten durch eine staatliche Behörde nicht auszugleichen.

Der Gesetzgeber ist verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2010 durch Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes und des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke eine Regelung zu treffen, die den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die Gesetze in ihrer gegenwärtigen Fassung fort.

Der aktuelle Sachstand ist, dass die schriftlichen Verbandsanhörungen (z. B. kommunale Spitzenverbände, Landesfachbeirat Psychiatrie, Ärztekammer) abgeschlossen sind. Möglicherweise werden noch mündliche Verbandsanhörungen folgen. Wie bereits in der Pressemitteilung ausgeführt, müssen die jeweiligen Gesetze, das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen und das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz, bis zum 31.12.2010 geändert werden.

### **3.1 Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie in der Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn**

Wir haben den Chefarzt der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik gebeten, für diesen Teil des Sozialpsychiatrischen Planes seine Klinik darzustellen. Wir sind froh, dass wir Herrn Dr. Dedden dafür gewinnen konnten und drucken die Darstellung unverändert ab:

„Die Klinik für forensische Psychiatrie hat sich seit März 2000 aus dem anfangs verselbstständigten Funktionsbereich Forensik, im damaligen Landeskrankenhaus Wehnen, heraus entwickelt.

Derzeit verfügt die Klinik über 97 Betten auf 5 Stationen. Auf diesen Stationen, mit unterschiedlichen Sicherheitsstandards, werden Patienten behandelt, die gemäß § 63 Strafgesetzbuch untergebracht sind. Daneben in geringerem Umfang auch Patienten im Rahmen anderer Unterbringungsformen (§ 126 a Strafprozessordnung, erkrankte Häftlinge).

Bei Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind, handelt es sich um Personen, die eine Straftat im Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit begangen haben. Grund hierfür war in der Regel eine psychische Erkrankung, aus der eine eingeschränkte oder aufgehobene Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit resultierte.

Die unterschiedlichen Krankheitsbilder erfordern, je nach Art und Schwere der Störung und der begangenen Straftat, individuelle Behandlungsangebote.

Die Grundlage für die Behandlung Maßregelvollzug ist das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz, das den ‚Vollzug, der durch strafrechtliche Entscheidungen angeordneten freiheitsentziehender Maßnahmen der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt‘ regelt.

In den Grundsätzen des Maßregelvollzugsgesetzes wird ausgeführt, dass das Ziel der Unterbringung ist, den Patienten soweit wie möglich zu heilen oder seinen Zustand soweit zu bessern, dass er für die Gesellschaft nicht mehr gefährlich ist.

Hierbei soll der Vollzug weitestgehend den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden und den Untergebrachten auf eine selbstständige Lebensführung vorbereiten. Seine familiäre, soziale und berufliche Eingliederung soll gefördert werden.

Die Patienten erhalten die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Behandlung. Darüber hinaus auch eine Förderung, die pädagogische, psychotherapeutische sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen einschließt.

Die Aufenthaltsdauer der forensischen Patienten überschreitet in der Regel erheblich die der Patienten der anderen psychiatrischen Kliniken.

Hierbei ist es notwendig, einen Rahmen zu schaffen, der erträglich ist und ein möglichst konfliktfreies Miteinander ermöglicht. Es ist sinnvoll und notwendig, dass die Patienten über einen langen Zeitraum kontinuierliche Bezugspersonen und Therapeuten haben.

Im Stationsalltag bilden, neben der ärztlich-psychologischen Behandlung, arbeits- und beschäftigungstherapeutische Therapieansätze einen Schwerpunkt.

Um die notwendige Sicherung zu garantieren und gleichzeitig eine schrittweise Resozialisierung zu ermöglichen, ist ein gestuftes System von Lockerungen erforderlich. Die jeweiligen Lockerungsschritte (z. B. Ausführungen in Begleitung) erfolgen in Abstimmung mit der zuständigen Staatsanwaltschaft.

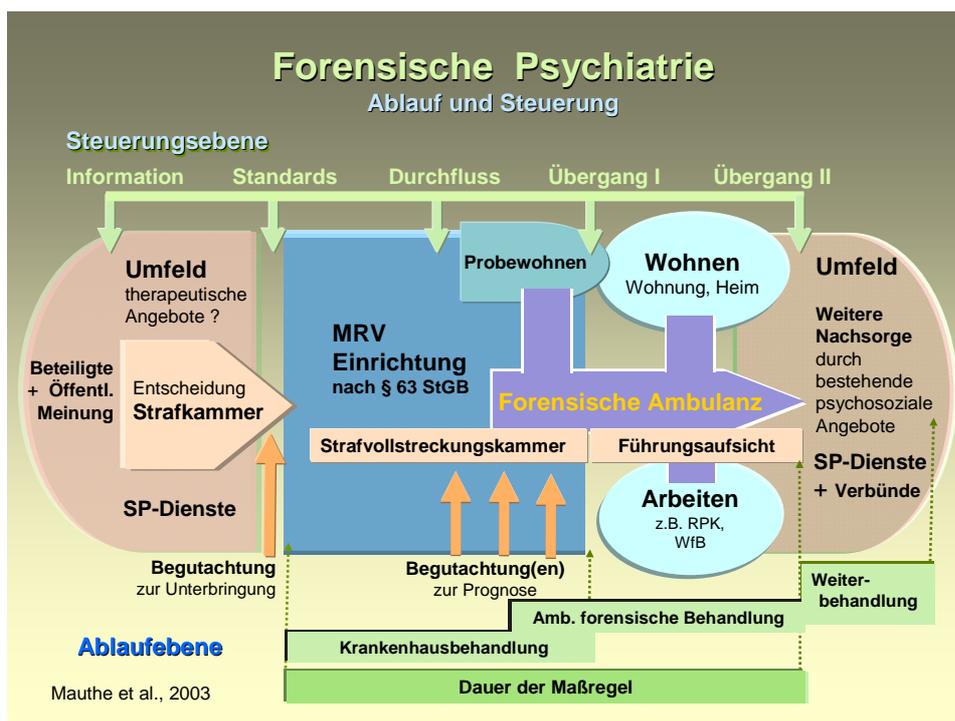
Zum geeigneten Zeitpunkt wird – zusammen mit dem Patienten – eine umfassende Entlassungsvorbereitung durchgeführt. In der Regel schließt sich an die Entlassung aus der stationären Behandlung ein sogenanntes ‚Probewohnen‘ an. Probewohner sind nach wie vor Patienten der Klinik, leben aber entweder in eigenen Wohnungen, in Wohnheimen oder betreuten Wohneinrichtungen.

Nach einer Entlassung der Patienten erfolgt in der Regel eine fünfjährige ambulante Weiterbehandlung, die von der ‚Forensischen Institutsambulanz‘ geleistet wird. Diese Form der Behandlung, die im Regelfall durch das therapeutische Team durchgeführt wird, das bereits im stationären Setting mit den Patienten zu tun hatte, wird eine mehrjährige Kontinuität sowie Verlaufsbeobachtung gewährleistet. Die Mitarbeiter der Foren-

sischen Institutsambulanz geben den entlassenen Patienten Hilfestellung bei evtl. auftretenden Problemen im Alltags- und Arbeitsbereich. Darüber hinaus wird, soweit notwendig, die Fortführung der medikamentösen Behandlung gesichert.“

### **3.2 Forensische Psychiatrie, Ablauf und Steuerung**

In dem nachfolgenden Schaubild werden die Wege und Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der forensischen Psychiatrie deutlich gemacht. Es ist aus dem Text „Nachsorge im Niedersächsischen Maßregelvollzug“ von Dr. Jürgen-Helmut Mauthe entnommen, der auf der Homepage des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen zum Download bereitsteht ([www.lfbpn.de](http://www.lfbpn.de)).



Einen guten Überblick gibt auch der Artikel von Spengler et. al. „Aktuelle Entwicklung in der Forensik“ aus: Elgeti, H. [Hg.] (2008). Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2009. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Als Sozialpsychiatrischer Dienst haben wir, wie auch im § 16 des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes geregelt, ein besonderes Interesse an einer rechtzeitigen und umfassenden Entlassungsvorbereitung mit den beteiligten Institutionen, wie der Klinik, der forensischen Institutsambulanz, der Führungsaufsichtsstelle, den Kostenträgern und den Anbietern von Hilfen im Sozialpsychiatrischen Verbund.

### 3.3 Kernaussagen

In der forensischen Klinik sind Menschen untergebracht, die eine Straftat im Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit begangen haben.

Ziel der Unterbringung ist es, die Patienten soweit wie möglich zu heilen oder deren Zustand soweit zu bessern, dass sie für die Gesellschaft nicht mehr gefährlich sind. Die Patienten sollen dem Grundsatz nach auf eine selbstständige Lebensführung vorbereitet werden.

Seit 2000 ist „die Forensik“ in Niedersachsen dezentralisiert, für die Stadt Oldenburg ist die Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik in Bad Zwischenahn zuständig.

Nach dem sogenannten „Bückeburg-Urteil“ ist der Gesetzgeber verpflichtet, bis zum 31.12.2010 durch Änderungen des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes und des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen eine Regelung zu treffen, die den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt.

Als Sozialpsychiatrischer Dienst haben wir, wie auch im § 16 des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes geregelt, ein besonderes Interesse an einer rechtzeitigen und umfassenden Entlassungsvorbereitung mit den beteiligten Institutionen, wie der Klinik, der forensischen Institutsambulanz, der Führungsaufsichtsstelle, den Kostenträgern und den Anbietern von Hilfen im Sozialpsychiatrischen Verbund.

## Anhang

Inhaltsverzeichnisse Teile I – IV

# **Sozialpsychiatrischer Plan der Stadt Oldenburg**

(Fortschreibung: Berichtszeitraum 07/2007 bis 12/2009)

## **Teil I**

- 1. Allgemeines**  
Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen  
Planes der Stadt Oldenburg:  
Grundlagen und Methoden S. 2  
Kernaussagen S. 8
- 2. Der Sozialpsychiatrische Dienst und  
der Sozialpsychiatrische Verbund der  
Stadt Oldenburg:  
Eine Bestandsbeschreibung**
  - 2.1 Der Sozialpsychiatrische Dienst S. 9
  - 2.2 Der Sozialpsychiatrische Verbund S. 14  
Kernaussagen S. 22
- 3. Aktuelles Thema: S. 24  
Vom Niedersächsischen Landeskrankenhaus  
Wehnen zur Karl-Jaspers-Klinik Wehnen**

# **Sozialpsychiatrischer Plan der Stadt Oldenburg**

(Fortschreibung: Berichtszeitraum 07/2007 bis 12/2009)

## **Teil II**

<b>1.</b>	<b>Allgemeines</b>	
1.1	Einführung	S. 39
1.2	Rückmeldungen	S. 42
1.3	Bericht aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Sozialpsychiatrischen Verbund	S. 43
1.4	Prisma	S. 46
1.5	Notizen	S. 53
1.6	Veränderungen	S. 54
1.7	Personalien	S. 55
1.8	Termine	S. 55
1.9	Anhang	S. 56
<b>2.</b>	<b>Gerontopsychiatrie</b>	
2.1	Definition und Zahlen	S. 63
2.2	Bestand an gerontopsychiatrischen Hilfen in der Stadt Oldenburg	S. 69
2.3	„1. Oldenburger Thementage Demenz“ vom 17. bis 19. Oktober 2007 in der Weser-Ems-Halle	S. 74
2.4	Ausblick/Bedarf	S. 80
2.5	Kernaussagen	S. 83
<b>3.</b>	<b>Aktuelles: Integrierte Versorgung</b>	
3.1	Einführung	S. 84
3.2	Konzepte zur Integrierten Versorgung in der Stadt Oldenburg	S. 95
3.3	Kernaussagen	S. 113

# **Sozialpsychiatrischer Plan der Stadt Oldenburg**

(Fortschreibung: Berichtszeitraum 07/2007 bis 12/2009)

## **Teil III:**

<b>1.</b>	<b>Allgemeines</b>	
1.1	Einführung	S. 116
1.2	Leserbriefe	S. 117
1.3	Bericht aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst/Sozialpsychiatrischen Verbund	
	- 30 Jahre Sozialpsychiatrischer Dienst	S. 124
	- Gemeinsamer Leitfaden Unterbringung	S. 131
	- Arbeitsgruppe (Alkohol-)Intoxikation	S. 136
	- Sozialpsychiatrisches Forum	S. 138
	- Themen der Arbeitskreise	S. 140
1.4	Prisma	
	- Gedenkstätten für die Opfer der oldenburgischen Euthanasie	S. 142
	- Behindertenbeirat in der Stadt Oldenburg	S. 149
	- Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern	S. 153
	- Persönliches Budget	S. 158
	- Gesundheitsgesetzgebung: Auswirkungen auf schwer psychisch und chronisch psychisch Kranke	S. 161
1.5	Notizen (Pressespiegel)	S. 164
1.6	Personalien/Veränderungen/Neue Angebote	S. 188
1.7	Termine 1. Halbjahr 2009	S. 197
<b>2.</b>	<b>Allgemeinpsychiatrie</b>	
2.1	Einführung	S. 198
2.2	Erkrankungen und Störungen in der Allgemeinpsychiatrie	S. 199
2.3	Rückblick auf den Sozialpsychiatrischen Plan 1999	S. 202
2.4	Allgemeinpsychiatrische Hilfen	S. 206
2.5	Begriffe aus dem psychiatrischen Alltag	S. 211
2.6	Strukturen in der psychiatrischen Versorgung	S. 219
2.7	Ausblick/Bedarf	S. 231
2.8	Kernaussagen	S. 233

<b>3.</b>	<b>Aktuelles Thema: 10 Jahre Krisendienst</b>	
3.1	Zur Entstehungsgeschichte	S. 234
3.2	Zum Konzept	S. 237
3.3	Einige Ergebnisse der Begleitforschung im Projektzeitraum von Januar 1999 bis Juni 2000	S. 239
3.4	Entwicklung der Klienten- und Kontakt- zahlen von 1999 bis 2007	S. 241
3.5	Weitere Ergebnisse aus den letzten Jahren	S. 243
3.6	Kernaussagen	S. 248
3.7	Literatur	S. 249

# **Sozialpsychiatrischer Plan der Stadt Oldenburg**

(Fortschreibung: Berichtszeitraum 07/2007 bis 12/2009)

## **Teil IV**

<b>1.</b>	<b>Allgemeines</b>	
1.1	Einführung	S. 252
1.2	Rückmeldungen oder Leserbriefe	S. 253
1.3	Bericht aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst und Sozialpsychiatrischen Verbund	
1.3.1	– Bericht aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst	S. 253
1.3.2	– Bericht aus der Delegiertenversammlung	S. 255
1.3.3	– Bericht aus den Arbeitskreisen des Verbundes	S. 255
1.4	Prisma	
1.4.1	– Zukunft des Propellers noch ungeklärt	S. 257
1.4.2	– Beratungsstelle für Ehe-, Jugend- und Lebensfragen in der Milchstraße bleibt bestehen	S. 257
1.4.3	– Unabhängige Beschwerdestelle Osnabrück	S. 258
1.4.4	– Runder Tisch – demografischer Wandel	S. 261
1.4.5	– Neustrukturierung der Karl-Jaspers-Klinik	S. 263
1.4.6	– Hochschulambulanz von Schließung bedroht	S. 264
1.4.7	– Fotoausstellung von Melanie Strazar in Kooperation mit dem Pflegeheim Bloherfelde	S. 264
1.4.8	– Literaturtipps	S. 265
1.5	Notizen (Pressespiegel)	S. 265
1.6	Personalien/Veränderungen/Neue Angebote	
1.6.1	– Drei neue Projekte im Altenbereich durch die Stadt gefördert	S. 285
1.6.2	– Neue Chefarztin in der Karl-Jaspers-Klinik	S. 292
1.6.3	– Eröffnung der neuen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	S. 293
1.6.4	– Neue Mitarbeiterin in der Straßensozialarbeit	S. 295

1.6.5	– Zahnärztliche Versorgung im Tagesaufenthalt	S. 295
1.6.6	– Neue Tagesbetreuung vom ambulanten Pflegedienst Jessen	S. 297
1.7	Termine 2. Halbjahr 2009	S. 298
<b>2.</b>	<b>Sucht</b>	
2.1	Einführung	S. 305
2.2	Darstellung der Angebote	S. 315
2.2.1	– Caritas	S. 316
2.2.2	– Diakonie	S. 320
2.2.3	– Jugendberatung	S. 325
2.2.4	– Karl-Jaspers-Klinik	S. 334
2.3	Kernaussagen	S. 346
<b>3.</b>	<b>Aktuelles Thema: Über die Selbsthilfebewegung zur Qualifizierung von Psychiatrieerfahrenen</b>	
3.1	Das EX-IN-Projekt	S. 348
3.1.1	– Den reichen Schatz an Erfahrungswissen nutzen	S. 350
3.1.2	– Ein Erfahrungsbericht zur Teilnahme am EX-IN-Projekt	S. 364
3.2	Recovery	S. 370
3.2.1	– Das Recovery Modell	S. 370
3.2.2	– „Empowerment und Psychiatrische Arbeit“	S. 372
3.2.3	– „Recovery“	S. 373
3.3	Ex-In in Oldenburg	S. 375
3.4	Kernaussagen	S. 377