

## Impressum

Herausgeber:  
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1 b, 26121 Oldenburg

Stand: September 2018

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

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



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote</b>	
2.1	40 Jahre Sozialpsychiatrischer Dienst	
2.1.1	<i>Dr. H. Prahm, 1978 bis 1984</i> .....	9
2.1.2	<i>M. Anderl, 1984 bis 2004</i> .....	13
2.1.3	<i>Dr. L. Rehberg, 2006 bis 2007</i> .....	17
2.1.4	<i>D. Hubert 2009 bis 2012</i> .....	18
2.1.5	<i>Dr. C. Petry, 2007 bis 2009 und 2012 bis 2018</i> .....	20
2.2	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Aktionstage für seelische Gesundheit .....	24
2.3	<i>Dr. T. Brieden</i> Klinik für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (KGP an der Karl-Jaspers-Klinik) .....	27
2.4	<i>Prof. Dr. J. Zimmermann</i> Die Behandlung von Suchterkrankungen in der Karl-Jaspers- Klinik .....	30
2.5	<i>S. Jungkunz</i> Teilhabegerechtigkeit – Erstellung des ersten integrierten und Handlungsorientierten Sozialberichts für die Stadt Oldenburg .....	36
2.6	Abdruck der Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsen .....	39
2.7	<i>R. Kohls</i> 20 Jahre Psychose-Seminar .....	53
2.8	<i>A. Döpke</i> Das retrospektive Erleben von psychisch kranken Menschen von Zwangseinweisungen nach dem NPsychKG – Eine qualitative Studie .....	55
2.9	<i>E. Oehne/M. Ahlers</i> Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung Beratungsstellen in Oldenburg .....	65
2.9.1	<i>E. Oehne</i> Selbsthilfeverein SeGOld e. V. ....	67
2.9.2	<i>M. Ahlers</i> DMSG Landesverband Niedersachsen e. V. ....	72
2.10	Pressemitteilung: Altenbericht der Bundesregierung vorgestellt .....	76
2.11	<i>S. Briese/V. Knischewitzki-Bohlken</i> Das refuKey-Projekt in Oldenburg .....	78

2.12	<i>B. Gimmel</i>	Ambulante Begleitung von Menschen in prekären Lebenslagen – Erfahrungen aus einem anderen Bundesland .....	86
2.12	<i>Dr. P. Orzessek</i>	Die neue Geschäftsordnung des Sozialpsychiatrischen Verbundes ist in Kraft getreten .....	94
<b>3</b>	<b>Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“</b>		
3.1	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i>	Einführung zum Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“ .....	106
3.2	<i>M. Schöne/A. Weissenrieder/U. Steinert/G. Hartmann</i>	Station ohne Betten – Psychiatrische Klinik in Bewegung .....	108
3.3	<i>A. Piel</i>	Wie stellt sich das Sozialministerium ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum vor? .....	114
<b>4</b>	<b>Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“</b>		
4.1	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i>	Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“ .....	122
<b>5</b>	<b>Übersicht</b>		
5.1	<i>Dr. P. Orzessek</i>	Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern .....	125
5.2	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i>	Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung .....	126

Tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung  
siehe dritte Umschlagseite

## 1. Einleitung

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den Händen halten Sie die Fortschreibung 2018/2019 des Sozialpsychiatrischen Planes für die Stadt Oldenburg. Er soll, wie in den vorangegangenen Jahren auch, über aktuelle Entwicklungen informieren, Raum für Diskussionen geben, aber auch Bestand und Bedarf im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung der Oldenburger Bürgerinnen und Bürger beschreiben und damit eine Grundlage für die Psychiatrieplanung in der Stadt Oldenburg sein.

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

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

Zur strukturierten Erfassung des Bestandes an psychiatrischen Hilfen innerhalb der Stadt Oldenburg kommt ein Arbeitsmittel des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen zur Anwendung: Die tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung wird laufend im Verbund diskutiert und weiter fortgeschrieben. Den aktuellen Diskussionsstand finden Sie in Farbe auf der dritten Umschlagseite. Hier können Sie sich einen ersten orientierenden Überblick über den Bestand und den Bedarf an Hilfen für psy-

chisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg verschaffen. In Zukunft sollen noch die Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen und damit die Datenblätter a), b) und c) zur Anwendung kommen<sup>1</sup>. Bereits 2011 wurde das Datenblatt a) eingeführt, die weitere Anwendung dann jedoch zwischenzeitlich ausgesetzt, unter anderem weil die Entwicklung eines dazugehörigen EDV-Programms auf Landesebene unerwartet Schwierigkeiten mit sich brachte.

Das NPsychKG legt in § 2 fest: „Hilfen sollen insbesondere der Anordnung von Schutzmaßnahmen vorbeugen“. Sogenannte „Zwangseinweisungen“ sollen also möglichst durch angemessene Hilfen vermieden werden. Dafür ist es notwendig, dass überhaupt bekannt ist, wie viele Menschen gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik müssen und wie sich die Zahlen entwickeln. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen empfiehlt die Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieberaterstattung. Auf kommunaler Ebene erfolgt dies in Oldenburg schon seit letztem Jahr durch den Sozialpsychiatrischen Plan. Auf Seite 125 finden sich die Zahlen zu Unterbringungen nach NPsychKG seit 2015.

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

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

---

<sup>1</sup> Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2014, S. 59 ff.

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

In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2018/2019 finden Sie Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“ auf den Seiten 106 bis 121. Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“ stehen auf den Seiten 122 bis 124.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie beziehungsweise über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren. Entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden Sie in einem eigenen Teil dieses Planes auf den Seiten 24 bis 105.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Oldenburg feiert dieses Jahr sein 40-jähriges Bestehen. Aus diesem Anlass wurden alle ehemaligen Leiterinnen und Leiter unseres Dienstes gebeten, einen kurzen Artikel zu schreiben und darin möglichst zwei Fragen zu beantworten: „Was ist Ihnen aus der Zeit Ihrer Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst besonders in Erinnerung geblieben?“ und „Was wünschen Sie dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg für die Zukunft?“. Diese Artikel finden Sie ab Seite 9. In den Jahren 2004 bis 2006 war die fachärztliche Leitungsstelle des Dienstes vakant.

Alle Autorinnen und Autoren in dieser Fortschreibung wurden seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefragt. Wir möchten ihnen an dieser Stelle unseren herzlichen Dank für ihre Beiträge aussprechen.

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

Bei der Gliederung des Sozialpsychiatrischen Planes haben wir uns an den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen orientiert.

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



Dr. phil. Peter Orzessek  
Psychologischer Psychotherapeut  
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst



Alexandra Döpke  
Sozialarbeiterin M.A.  
Stellvertretende Geschäftsführung  
Sozialpsychiatrischer Verbund

## **2 Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote**

---

### **2.1 40 Jahre Sozialpsychiatrischer Dienst**

#### **2.1.1 Dr.med. Heyo Prahm**

Nervenarzt, Psychotherapie, Kinder-und Jugendpsychiater  
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 1978 bis 1984

#### *Die Anfänge des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt und des Landkreises Oldenburg*

Vor 40 Jahren, im Sommer 1978, vereinbarte ich nach meiner Tätigkeit im damaligen Landeskrankenhaus Wehnen mit dem Amtsarzt und dem Verwaltungsleiter die Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Gesundheitsamt zum 1. November 1978, nachdem das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke (NPsychKG) am 1. Juli 1978 in Kraft getreten war. Das Gesundheitsamt Oldenburg war damals sowohl für die Stadt wie auch für den Landkreis Oldenburg mit damals insgesamt 240.000 Einwohnern zuständig.

Wir begannen mit einer langjährig erfahrenen Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes und einer neu angestellten Verwaltungsmitarbeiterin. Zielsetzung war in Fällen mangelhafter Krankheitseinsicht bei psychisch kranken Menschen möglichst auf freiwilligem Wege vermeidbare Chronifizierungen, Rückfälle, Verschlechterungen und soziale Verelendung zu verhüten. Durch eine individuelle, ärztlich geleitete Beratung und Betreuung sollten rechtzeitig ärztliche Behandlung, soziale Hilfen und Integration in die persönliche Umgebung erreicht werden.

Über das erste Jahr berichtete ich 1980 im Niedersächsischen Ärzteblatt<sup>2</sup>. Insgesamt wurden bereits 478 Fälle bearbeitet, davon 21 % aus dem Landkreis, ein Viertel waren Kinder und Jugendliche. Der Schwerpunkt lag mit fast 80 % bei den freiwilligen Hilfen. Die meisten Meldungen kamen von der Polizei

---

<sup>2</sup> Niedersächsisches Ärzteblatt, Nr. 16, S. 579 – 582.

(28 %). Diagnostisch ging es vor allem um Alkoholerkrankungen und Psychosen, bei Kindern um neurotische Reaktionen, Intelligenz- und Teilleistungsstörungen.

Problematisch waren oft die sogenannten Zwangseinweisungen bei dringender Gefahr für sich und andere, im Gesetz „Schutzmaßnahmen“. In besonderer Erinnerung sind mir eine 40-jährige Frau mit seit Jahren bekannter Anorexie, die sich bei näherer Untersuchung als paranoide Psychose zeigte, mit lebensbedrohlichem Gewichtsverlust trotz freiwilliger Behandlung im Allgemeinkrankenhaus und Erholung nach „Zwangseinweisung“. In der jahrelangen Nachbetreuung durch unseren Dienst und hausärztliche Behandlung konnte sie selbstständig ohne nochmalige Einweisung leben. Die Zusammenarbeit mit dem Amtsgericht wurde besser, nachdem bei einer akut psychotischen, äußerlich ruhigen Frau mit Suizidimpulsen die Einweisung verweigert worden war und sie am nächsten Morgen tot aus der Hunte geborgen wurde.

Solche Schutzmaßnahmen waren eher selten, in 37 Fällen konnte stattdessen eine freiwillige Lösung gefunden werden. Insgesamt war sehr rasch die Hilfefunktion des Dienstes im Sinne des Gesetzes mit Krisenintervention, längerfristiger Begleitung, Vermittlung und Koordination von Hilfen deutlich geworden, allerdings auch der hohe Zeit- und Personalaufwand. Schon im zweiten Jahr des Bestehens kamen eine weitere Sozialarbeiterin und eine Krankenschwester hinzu und 1982 auch ein Psychologe. Allmählich wurde der Dienst über die Rolle bei den Zwangseinweisungen hinaus auch als sozialpsychiatrische Hilfe wahrgenommen. Allerdings konnte ein systematisches Nachgehen bei allen gemeldeten Fällen zunächst nicht durchgeführt werden und es wurde auf Öffentlichkeitsarbeit verzichtet.

1980 wurde ein Club für psychisch kranke Menschen mit zunächst 2 Stunden pro Woche in den Räumen einer Diakonie Sozialstation in Osterburg eingerichtet für längerfristige Nachbetreuungen. Am 1. September 1982 wurde vom Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes Oldenburg und Kollegen ein Hilfs-

verein für psychisch Kranke gegründet unter Beteiligung der damaligen Oldenburger Nervenärzte und des Direktors des Landeskrankenhauses Wehnen sowie interessierten Laien, insgesamt 21 Personen. Als Name wurde „Oldenburger Verein zur Förderung der psychischen Gesundheit (VPG) e. V.“ gewählt mit dem Ziel, Möglichkeiten für Kontakt und Begegnung, Wohnen und Arbeit zu schaffen. Es begann mit der Kontakt- und Begegnungsstätte „Propeller“ und wurde im Laufe der Jahre mit staatlichen Mitteln und Spenden zu einer selbstständigen gemeinnützigen Gesellschaft ausgebaut, die inzwischen ein Netz von ambulanten und teilstationären Hilfeinrichtungen betreibt. Auch nach meinem Wechsel in die Niederlassung 1984 behielt ich lange Jahre den Vorsitz des Vereins, dessen Arbeit 2009 auch durch die Verleihung der Goldenen Stadtmedaille von der Stadt Oldenburg gewürdigt wurde. Meine Nachfolge trat 1984 Frau Marianne Anderl an.

Als Mitglied der Fachkommission Psychiatrie im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministers konnte ich auch später noch meine Erfahrungen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst einbringen in die „Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ (1992) und dann als Mitglied des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung nach § 30 NPsychKG. Problematisch erschienen lange Zeit die Versuche, die Dienste auf freie Träger und auch niedergelassene Nervenärzte zu übertragen mit Verbleib der Zwangseinweisungen beim Gesundheitsamt, wogegen ich öffentlich Stellung nahm<sup>3</sup>.

Die Notwendigkeit von zwangsweisen Krankenhausbehandlungen ist bei Psychiatrieerfahrenen und auch bei vielen Professionellen oft umstritten. Das Bundesverfassungsgericht hat die Stichworte „Freiheit zur Krankheit“ und „Preis der Freiheit“ geliefert. In den aktuellen Diskussionen um die Änderung der Ländergesetze zum Schutz psychisch kranker Menschen aufgrund der entsprechenden höchstrichterlichen Entscheidungen, geht es um die Vermei-

---

<sup>3</sup> Sozialpsychiatrische Dienste als öffentliche Aufgabe, Spektrum d. Psychiatrie 12, S. 186 – 190, 1983.

derung von Zwangseinweisungen und Behandlungen gegen den momentanen Willen. Selbstverständlichkeiten wie die Einbeziehung der Angehörigen und einfühlsame Entscheidungsfindung sollen in rechtliche Regeln gefasst werden, auch wenn die Verantwortlichen wissen, dass die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen durch die unselige Zersplitterung der deutschen Versorgungslandschaft und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens auch in der Psychiatrie noch immer sehr mangelhaft organisiert ist, so dass Krankheitszustände sich unnötig zuspitzen. Die Folgen des krankheitsbedingten Freiheitsverlustes verschwinden aus dem Blick. Durch die Forensifizierung psychisch kranker Menschen kehren die geschlossenen Anstalten wieder zurück.

Ich wünsche dem Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Oldenburg einen wachen Blick für die Balance zwischen unnötiger Freiheitsentziehung und krankheitsbedingtem Freiheitsverlust und einfühlsame Kreativität bei der Suche nach den am wenigsten einschneidenden Hilfe- und Behandlungsmöglichkeiten im jeweiligen Einzelfall.

---

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

### **2.1.2 Marianne Anderl**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 1984 bis 2004

*Frau Anderl, von wann bis wann waren Sie Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes?*

Von 1984 bis 2004, also zwanzig Jahre. Das war kurz nachdem die Sozialpsychiatrischen Dienste errichtet werden sollten. In Oldenburg existierte der fachärztlich geleitete Sozialpsychiatrische Dienst da bereits gut vier Jahre. Damals galt es, Entwicklungen anzustoßen und neue Wege zu finden. Schließlich gab es zu dieser Zeit kaum Orientierung, weil es nirgends sonst einen fachärztlich geleiteten Sozialpsychiatrischen Dienst gab.

*Was waren die Gründe, einen Sozialpsychiatrischen Dienst ins Leben zu rufen?*

Ambulant waren psychisch Kranke damals noch nicht gut versorgt. Gleichzeitig sollten sie aber aus den Krankenhäusern entlassen werden und, nach italienischem Vorbild, nicht über Jahre und Jahrzehnte stationär behandelt werden. Daher mussten sie in den Kommunen durch Hilfsangebote aufgefangen werden.

*Was waren dabei die größten Herausforderungen?*

Allgemein war es das Arbeiten in der Atmosphäre eines Amtes mit Menschen, die überwiegend am Rande der Gesellschaft standen. Da trafen enorme Gegensätze aufeinander.

*Gab es damals denn bereits konkrete Vorstellungen und Strategien, wie man mit diesen Gegensätzen umgehen konnte?*

Das musste im Wesentlichen alles noch entwickelt werden. Die Anfänge waren in mancher Hinsicht getan, aber vieles musste damals erst noch entstehen. Vor allem haben wir versucht, ein multiprofessionelles Team zu installieren, was auch gelang. Es war außerdem wichtig, sowohl Männer als auch

Frauen in unsere Arbeit zu integrieren, weil das den Kontakt zu dieser schwierigen Gruppe von Menschen erleichterte.

*Was waren besondere Meilensteine und Errungenschaften während Ihrer Zeit beim Sozialpsychiatrischen Dienst?*

Da fällt mir Verschiedenes ein. Ganz allgemein war es die Beschäftigung mit schwerst Suchtkranken und der Erfolg damit, Hilfen zu finden, die auch diesen praktisch nicht behandelbaren Menschen weiterhelfen konnten. Beispielsweise konnten wir ihnen ein Haus schaffen, das Wärme, Essen und Sauberkeit bot. Das war vor allem deshalb wichtig, da diese Menschen häufig auch obdachlos waren.

*Das war der nach wie vor existierende Ehnern-Treff?*

Ja, betrieben vom Diakonischen Werk. Wir haben das angeregt, nachdem ein schwerst Suchtkranker im Winter tot im Schlossgarten gefunden wurde. Die Arbeit mit den Suchtkranken war das eine, was ich als besonderes Tätigkeitsfeld nennen würde. Das andere war die veränderte Alterspyramide der Bevölkerung. Es gab immer mehr alte Menschen, die Schwierigkeiten hatten, in ihrer angestammten Umgebung zurechtzukommen. Für diese Menschen mussten wir ganz neue Hilfen entwickeln, um eine Abschiebung ins Altersheim zu verhindern.

*Und auch in diesem Feld war Oldenburg Pionier?*

Ja, in der Region auf jeden Fall. Ich glaube auch in Niedersachsen. Wir hatten sehr früh eine Mitarbeiterin und einen Mitarbeiter speziell für die Gerontopsychiatrie eingestellt, um dieses Fach auszubauen. Für mich war das Interessante dabei die große Variabilität, das Variationsspektrum alter Menschen. Es war faszinierend, zu sehen, wie alte und sehr alte Menschen, die man dann erst kennenlernte, sich verhielten und wie man ihnen helfen und an sie heran kommen konnte.

*Wie gut funktionierte bei all diesen Bemühungen die Unterstützung der Stadt?*  
Das war schwierig. Zumal die Vorgehensweise in der Psychiatrie häufig nicht so regelhaft ist, wie man es bei der Arbeit in einer Verwaltung gewohnt ist. Insofern gab es da immer wieder Probleme, die irgendwie gelöst werden mussten.

*Das klingt nach einem Beruf mit dem Potential für Erfolgserlebnisse genauso wie für Frustrationsmomente. Was überwiegt im Rückblick?*

Das Gefühl, mit einem multiprofessionellen, sehr gut funktionierenden und netten Team etwas aufgebaut zu haben, das hier in Oldenburg und Umgebung mit Sicherheit etwas Besonderes war. Wir haben dabei schon frühzeitig ganz neue Strukturen geschaffen wie beispielsweise den Sozialpsychiatrischen Verbund. Was für mich die Arbeit hochinteressant machte, waren auch die vielen Verknüpfungen mit Ämtern, Hilfsanbietern, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

*Welche Eigenschaften waren dabei für Sie als Leiterin besonders von Nutzen?*  
Die fachärztliche Ausbildung als Hintergrund. Aber vor allem auch Teamfähigkeit und Flexibilität.

*Heute, fast 15 Jahre später, hat sich vieles verändert. Die Pionierarbeit ist lange abgeschlossen, gleichzeitig sind vermutlich neue Herausforderungen entstanden. Wie sehen Sie die Zukunft des Sozialpsychiatrischen Dienstes?*

Die Zahl der psychisch Kranken nimmt mit Sicherheit nicht ab sondern bleibt mindestens konstant. Es könnten aber neue und andere Krankheitsbilder hinzukommen. Diese Erfahrung haben wir schon damals gemacht, dass in der ambulanten Arbeit einige Krankheitsbilder aufgetaucht sind, die man stationär nie sah. Und so hoffe ich, dass man immer das Ohr am Puls der Zeit und an den zukünftigen Aufgaben hat, um sich entsprechend der hinzukommenden oder sich verändernden Herausforderungen zu positionieren. So konnten wir jüngst in Bayern am Beispiel des Entwurfs für das Psychisch-Kranken-Hilfegesetz verfolgen, wie wichtig es nach wie vor ist, sich dafür einzusetzen, dass

psychisch Kranke nicht wieder so aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden,  
wie es in früheren Jahren der Fall war.

(Das Interview führte Dr. Sibylle Anderl)

---

Kontakt zu Frau Anderl:  
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

### **2.1.3 Dr. Lothar Rehberg**

Facharzt für Psychiatrie, Allgemein- und Sozialmedizin

Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 2006 bis 2007

Herr Dr. Rehberg hat keinen Artikel eingereicht.

#### **2.1.4 Dieter Hubert**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 2009 bis 2012

Als ich 2009 meine Tätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg aufnahm, schien es zunächst so, als trafen zwei unterschiedliche Welten aufeinander: Ich wurde Leiter eines sehr professionellen und erfahrenen Teams, das sein Aufgabengebiet vor allem in der langfristigen ambulanten Versorgung, Begleitung und Reintegration von durch eine psychische Erkrankung eingeschränkter Erwachsener hatte. Aus meiner bisherigen Arbeit in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie war mir vor allem die klinische Akutbehandlung von Jugendlichen in Krisensituationen mit zum Teil guter Prognose und gelegentlich komplett remittierenden Verläufen vertraut. Schnell wurde deutlich, dass sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den erwachsenen Betroffenen komplexe fachübergreifende Interventionen vonnöten sind, um eine Heilung beziehungsweise Stabilisierung in ihrem häuslichen/familiären Milieu zu erreichen.

Insgesamt bin ich dankbar dafür, dass ich im Sozialpsychiatrischen Dienst viel über Case-Management lernen und meinen persönlichen Führungsstil im Rahmen eines sehr wertschätzenden und wohlwollenden Teams entwickeln konnte. Besonders ist mir in Erinnerung geblieben, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offen und interessiert dafür zeigten, dass ich als Kinder- und Jugendpsychiater aus der Klinik neue Themen wie Adoleszenzpsychiatrie und spezielle Angebote für Jugendliche mitbrachte.

Da sich Jugendliche und junge Erwachsene oftmals in einem „Zuständigkeitsvakuum“ befinden, war es mir und uns ein wichtiges Anliegen, auf die Notwendigkeit der Klärung der Zuständigkeiten innerhalb der Eingliederungshilfe zwischen den Jugendämtern und Sozialämtern hinzuweisen, unter anderem in einer Veröffentlichung im Jahrbuch „Psychiatrie in Niedersachsen“<sup>4</sup> und mich

---

<sup>4</sup> Hubert, D. & Orzessek, P. (2011). Adoleszenzpsychiatrie – Ein Thema auch für die Sozialpsychiatrischen Dienste!. In: Elgeti, H. [Hg.]. Psychiatrie in Niedersachsen, Band 4. Bonn: Psychiatrie Verlag.

dafür zu engagieren. Daher freut es mich sehr, dass diese Zuständigkeiten mittlerweile bei der Stadt Oldenburg im Amt für Teilhabe und Soziales gebündelt sind.

Für die Zukunft wünsche ich dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg auch weiterhin alles Gute und viel Erfolg in ihrer (multi-) professionellen Zusammenarbeit und im kollegialen Austausch.

Freuen würde ich mich, wenn es gelingen könnte, den Dienst noch weiter in Richtung Kinder- und Jugendpsychiatrie zu öffnen. Denn meines Erachtens ist es die beste Prävention, wenn das Case-Management für Familien, in denen ein Kind oder ein Elternteil psychisch krank ist, weiter ausgebaut werden könnte und wenn psychisch kranke Eltern noch stärker in Fragen des Umgangs mit ihrem Kind/ihren Kindern beraten werden könnten, so dass auch psychisch auffälligen oder kranken Kindern und Jugendlichen rechtzeitig professionelle Hilfe angeboten werden kann.

---

Kontakt zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

### **2.1.5 Dr. Carsten Petry**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 2007 bis 2009 und 2012 bis 2018

*Die Glut bewahren, nicht die Asche*

Soziale Psychiatrie braucht, wenn sie den Menschen gerecht werden und auf aktuelle Fragen professionell antworten will, vor dem Hintergrund des fortlaufenden gesellschaftlichen Wandels, eine ständige Reflexion und Veränderung im Sinne einer kontinuierlichen Professionalisierung ihrer Arbeit.

Dies gilt insbesondere für die Sozialpsychiatrischen Dienste als Botschafter und Anwälte der Sozialpsychiatrie vor Ort. Wenn ich, rückblickend auf meine Erfahrungen in der Zeit als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Oldenburg, heute eine Standortbestimmung zur Situation der Sozialpsychiatrische Dienste gut 40 Jahre nach ihrer Gründung vornehmen soll, so ist aus meiner Sicht Folgendes festzustellen:

Einiges ist erreicht, manches nicht, in vielem aber hat man sich eingerichtet. Der Anschluss an eine zeitgemäße Psychiatrie ist weitgehend verloren gegangen.

Wenn es noch funktionierende Sozialpsychiatrische Verbände gibt, wo werden sie von den Entscheidungsträgern tatsächlich gehört und einbezogen?

Wenn überhaupt noch Sozialpsychiatrische Pläne geschrieben werden, wo werden sie gelesen und führen zu einer öffentlichen Diskussion sozialpsychiatrischer Themen?

Wo gibt es eine selbstbewusste und starke Selbsthilfe und Angehörigenvertretung, die einen lebendigen Dialog auf Augenhöhe erst ermöglichen?

Wo gibt es ambulante Instrumente der Krisenintervention, die wirksam zum Beispiel die Zahl der Zwangsunterbringungen reduzieren?

Nach meiner Einschätzung besteht in den Sozialpsychiatrischen Diensten ein erheblicher Veränderungs-, ja Erneuerungsbedarf, wenn man mehr sein will als ein Relikt vergangener Zeit oder – schlimmer noch – Dienstleister eines guten psychosozialen Gewissens einer durch und durch ökonomisierten Gesellschaft.

Das neue NPsychKG, so begrüßenswert es auch bezüglich seiner Bemühungen um Verbesserung der Patientenrechte ist, wird dem Erneuerungsbedarf der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht gerecht.

Im Gegenteil: Es erweist ihnen vielmehr einen Bärendienst. Durch den Verzicht auf den Facharztstandard spielen die Sozialpsychiatrischen Dienste im medizinischen Versorgungssystem zukünftig in der Zweiten Liga. Auch das Abrücken vom Behandlungsauftrag ist ein Weg weg von der sozialpsychiatrischen Facharztpraxis hin zur psychosozialen Beratungsstelle. Dies schwächt die ohnehin nicht starke Position der Sozialpsychiatrischen Dienste weiter und macht es ihnen zusätzlich schwer, die notwendigen Veränderungen von innen heraus durchzuführen.

Gewissenhaft und mit großem Sachverstand erarbeitete Psychiatriepläne und umfangreiche Statistiken zum überregionalen Vergleich können vielleicht dazu beitragen, das Schlimmste zu verhindern, sie vermögen aber nicht, die Sozialpsychiatrischen Dienste zu revitalisieren und ihnen die dringend notwendige „Zweite Luft“ zu verschaffen.

Fachaufsicht und Besuchskommission sind zu schwach, um wirksam zu einer Verbesserung der Situation beizutragen.

In gewisser Weise müssen sich die Sozialpsychiatrischen Dienste etwa 40 Jahre nach ihrer Gründung neu erfinden. Eine grundlegende Kursänderung ist notwendig, heraus aus den alten Fahrwassern, hin zu neuen Ufern.

Wo könnte das nächste rettende Ufer liegen?

Nach meiner Einschätzung ist es, sozusagen als Erste-Hilfe-Maßnahme zur Wiederbelebung der Sozialpsychiatrischen Dienste, erforderlich, diese aus der Kommunalverwaltung herauszulösen und sie im psychiatrischen Versorgungssystem zu verorten, am besten wohl durch eine kluge Anbindung an die örtliche psychiatrische Klinik.

Warum?

1. Die fachliche Qualität der Arbeit sowohl in den Sozialpsychiatrischen Diensten als aber auch der psychiatrischen Krankenhäuser würde sich verbessern.
2. Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und der Klinik würde vereinfacht; dies käme insbesondere der Kernklientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes, den schwer und chronisch psychisch kranken Menschen, zugute.
3. Manche oft mühsame, manchmal unsägliche Diskussionen über Aufgaben und Pflichten der Sozialpsychiatrischen Dienste bräuchten nicht mehr geführt werden.

Und selbst wenn diese Hoffnungen nicht tragen, bliebe noch eine vierte, die vielleicht Wichtigste:

Den Sozialpsychiatrischen Diensten bliebe die weitere Chronifizierung in der Kommunalverwaltung erspart.

Abschließend ein Zitat von Albert Einstein:

„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert“.

In diesem Sinne wünsche ich den Sozialpsychiatrischen Diensten und insbesondere natürlich dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg, den Willen und die Kraft, neu aufzubrechen. Auf diesem Weg: Allzeit gute Fahrt und immer eine Handbreit Wasser unter dem Kiel.

---

Kontakt zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

## **2.2 Aktionstage für seelische Gesundheit**

Alexandra Döpke/Dr. phil. Peter Orzessek  
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Vom 15. bis 21. Oktober 2018 finden in Oldenburg die Niedersächsischen Aktionstage für seelische Gesundheit statt. Dies zeigt ein Problem beim Schreiben dieses Artikels auf. Wenn dieser in den Druck gehen wird, dann werden die Aktionstage noch nicht stattgefunden haben. Wenn Sie dies hier lesen, werden die Aktionstage bereits vorbei sein. Einen Rückblick auf die Aktionstage werden wir also erst in der nächsten Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes halten können, die im Herbst 2019 erscheinen wird.

Bereits in der Fortschreibung 2017/2018<sup>5</sup> konnten Sie sich in dem Artikel von Sabine Erven über die Niedersächsischen Aktionstage und ihre Hintergründe informieren.

Das Schwerpunktthema der Aktionstage 2018 in Oldenburg lautet „Psychiatrie und Inklusion“ und der Oberbürgermeister Jürgen Krogmann hat die Schirmherrschaft übernommen.

Viele Institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg laden zu einer Reihe von Veranstaltungen ein, deren Ziel es ist, über psychische Krankheiten aufzuklären, Hilfs- und Therapieangebote aufzuzeigen und die Diskussion anzuregen. Ob Vorträge, Workshops, Lesungen, Einladungen zum Essen, Kino- und Theateraufführungen sowie Tage der offenen Tür und eine medizinhistorische Stadtführung – alle Veranstaltungen tragen dazu bei, Berührungängste abzubauen und Betroffene sowie deren Angehörige einzubinden.

Am Mittwoch, 17. Oktober, findet in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit im Kulturzentrum PFL eine landesweite Fachtagung mit dem Titel

---

<sup>5</sup> Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, S. 27 ff.

„Psychiatrie und Inklusion – Na, wie geht’s?“ statt, die Perspektiven für den Versorgungsalltag aufzeigen soll. Diskutiert werden Fragen wie „Haben wir ein Recht auf Inklusion, oder ist das eine Pflicht?“, „Braucht vor allem der ‚behinderte‘ Mensch Inklusion oder vielleicht eher die Bevölkerung?“, „Wie sind in einer Versorgungsregion wohnortnahe Hilfen mit zentral verfügbaren spezialisierten Diensten zu verknüpfen?“ oder „Bringt die Digitalisierung der Arbeit die Inklusion voran, oder entstehen dadurch neue Barrieren?“ Der Fachtag wird von einer sozialpsychiatrischen Jobmesse begleitet.

Wir möchten allen ganz herzlich danken, die sich bei der Gestaltung der Aktionstage in der einen oder anderen Weise engagieren!

Die Veranstaltungsübersicht finden Sie auf der folgenden Seite.



**OLDENBURG  
WILL INKLUSION**

---

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

## Veranstaltungsübersicht der Aktionstage

*Montag, 15.10.2018:*

Tag der Offenen Tür Demenz-Informations- und Koordinationsstelle Oldenburg

*Dienstag, 16.10.2018:*

- Musik erhellt die Seele, Senioren- und Pflegestützpunkt, Stadt Oldenburg
- Stadtführung zur Medizingeschichte in Oldenburg, Stadt Oldenburg
- Eröffnungsveranstaltung mit dem Film „Blender“ im Casablanca-Kino

*Mittwoch, 17.10.2018:*

- Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit/Fachtagung
- Sozialpsychiatrische Jobmesse

*Donnerstag, 18.10.2018:*

- Kreatives Kaffeetrinken, Café Farbwechsel/Gemeinnützige Werkstätten e. V.
- Mit „Laib & Seele“, vico Tagesstätte
- Psychoseseminar, PFL/Sozialpsychiatrischer Dienst
- Lesung mit Tobi Katze: „Morgen ist leider auch noch ein Tag“ im Forum St. Peter, Veranstalter BeKoS Oldenburg/ehefamilieleben

*Freitag, 19.10.2018:*

- Tag der Offenen Tür der AWO Trialog
- Fachvortrag Angst- und Zwangsstörungen, AWO Trialog
- Trialogisches Bastelangebot, Heilpädagogische Ambulanz/Integrative Jugendhilfe
- Achtsamkeitsspaziergang in der Karl-Jaspers-Klinik
- Film: „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“ in der Karl-Jaspers-Klinik

*Samstag, 20.10.2018:*

- Trialogischer Suppentreff im Propeller/zentegra gGmbH
- Theaterstück „Elling“, Wilhelm 13, Veranstalter Karl-Jaspers-Klinik

### **2.3 Klinik für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (KGP) an der Karl-Jaspers-Klinik**

Dr. med. Thomas Brieden, Direktor der Klinik für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Stellvertretender ärztlicher Direktor der Karl-Jaspers-Klinik, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Im Frühjahr 2017 konnte die Klinik für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (KGP) an der Karl-Jaspers-Klinik (KJK) nach knapp neunmonatiger Bauzeit den Erweiterungsbau der Station G2 in Betrieb nehmen. Die Klinik verfügte vor dieser Erweiterung über insgesamt 89 Betten, von denen die Hälfte den beiden geschützten Stationen G1 und G2 mit Schwerpunkten auf hirnorganischen und Demenzerkrankungen zugeordnet waren. In den Jahren nach dem Wechsel an der Führungsspitze der Klinik hatten sich immer wieder und immer mehr vor allem in den obengenannten Bereichen deutliche Kapazitätsengpässe gezeigt, die zu Wartezeiten für eine stationäre Aufnahme führten. Gerade im Demenzbereich kommt es aber oft auf schnelle Hilfe an, wenn Betreuerinnen und Betreuer, Angehörige und Pflegende mit den Verhaltensauffälligkeiten der Schutzbefohlenen überfordert sind oder wenn akute Veränderungen im Verhalten auftreten, die eine häusliche oder Heimversorgung erschweren oder unmöglich machen. Wenn einem dann Wartezeiten für eine stationäre Aufnahme von 14 Tagen oder drei Wochen genannt wurden, war die Not oft groß.

Dank einer durch die Landesregierung zugebilligten Bettenzahlerhöhung der Gesamt-KJK konnten wir intern in der Planungsphase deutlich machen, dass diese Zustände nicht vertretbar sind. Dank der sehr guten Kooperation zwischen Geschäftsführung der KJK und dem Klinikdirektor wurde der KGP insgesamt eine Erweiterung um 12 Betten genehmigt. So entstanden in der nachfolgenden Zeit Pläne für einen Erweiterungsbau mit sieben modernen und komfortabel eingerichteten Doppelzimmern, die dann architektonisch umgesetzt wurden. Besonderheit der Zimmer ist, dass jeweils zwei Zimmer einen gemeinsamen Vorraum haben, der größere Lagerflächen bietet und als „unreiner Raum“ dienen kann, wenn Isolierungen beispielsweise wegen MRSA- oder Noroviruserkrankungen notwendig werden. Der Erweiterungsbau ermöglicht es nun auch, dass alle Patientinnen und Patienten der Station G2 von der

neuen Gartenanlage und der Vergrößerung der Station profitieren. Da viele Demenzerkrankungen mit einem erhöhten Bewegungsdrang einhergehen, können betroffene Patientinnen und Patienten nun, ohne „aus den Augen verloren“ zu werden, ihre Runden im Bereich der alten und der „neuen“ G2 drehen.

Konzeptionell wurde den besonderen Anforderungen dieser Patientinnen und Patienten Rechnung getragen. Günstig auf der Station verteilte Sitzgelegenheiten, teilweise mit Ausblick ins Grüne, laden zum Verweilen ein. Im Sommer können die Patientinnen und Patienten den Garten betreten, ohne dass sie Gefahr laufen, das Gelände zu verlassen und sich zu gefährden. Die Umzäunung der Gartenanlage wurde optisch sehr dezent gehalten, so dass auch aufgrund deren Begrünung nicht der Charakter eines „Schutzzaunes“ entstand.

Aufgrund der Größe der Gesamtstation G2 (39 Betten) wurde intern eine Einteilung in drei farblich markierte Bereiche geschaffen. So ist der Anbau der „blaue Bereich“, die alte Station G2 ist in einen grünen und einen roten Bereich eingeteilt. Diese Konzeptionierung entspricht der Zuteilung der zuständigen Fachpflegekräfte und es wurden so drei gleich große Binnenbereiche à 13 Betten geschaffen, die neben einer optimalen Versorgung auch übersichtliche verwaltungstechnische Strukturen ermöglichen. Farbmarkierungen innerhalb der Station sorgen für eine leichte Auffindbarkeit eines Bereiches für die Patientinnen und Patienten.

Weiterhin wurde die Nachbarstation G1 grundlegend saniert und als erste Station der KJK überhaupt im neuen Design gestaltet. Gedeckte, warme Farben kontrastieren mit dem Limettengrün der KJK, großflächige, klare Beschriftungen erleichtern Patientinnen und Patienten wie Besucherinnen und Besuchern die Orientierung und über die Station verteilte Sitzgelegenheiten geben allen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich auszuruhen. In den kommenden Jahren sollen alle Stationen der KJK in gleicher Weise renoviert werden.

Insgesamt verfügt die Klinik für Gerontopsychiatrie jetzt über 104 stationäre Betten und ist damit derzeit die größte Einrichtung dieser Art in der Bundesrepublik. Gemeinsam mit der klinikeigenen Institutsambulanz werden in der KGP derzeit rund 5000 Patientinnen und Patienten pro Jahr auf hohem und an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiertem Niveau behandelt.

---

Kontakt zum Autor:

Dr. med. Thomas Brieden, Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Straße 7,  
26160 Bad Zwischenahn

## **2.4 Die Behandlung von Suchterkrankungen in der Karl-Jaspers-Klinik.**

Prof. Dr. Jörg Zimmermann, Direktor der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie, Kommissarischer Leiter der Universitätsklinik  
Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH Karl-Jaspers-Klinik

Die Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie ist eine auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierte Abteilung innerhalb der Karl-Jaspers-Klinik (KJK), in der auf fünf unterschiedlichen Stationen überwiegend akut Suchtkranke aus dem gesamten Versorgungsgebiet und zum Teil überregional behandelt werden. Die Klinik verfügt über 115 Planbetten und 10 integrierte teilstationäre Plätze. Sie behandelt etwa 2500 stationäre Fälle pro Jahr, die Suchtmedizinische Institutsambulanz betreut etwa 1200 Fälle pro Jahr.

In der Klinik arbeitet eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlich-psychologischen und Pflegedienst in multiprofessionellen Teams zusammen mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten aus unterschiedlichen künstlerischen, arbeits- und ergotherapeutischen Gebieten. Die häufigste Behandlungsdiagnose ist Alkoholabhängigkeit gefolgt von Abhängigkeiten von illegalen Substanzen sowie von unterschiedlichen Medikamenten. Aufgrund des hohen Anteils von sogenannten „Doppeldiagnosen“ steht bei circa 1/3 der Patientinnen und Patienten eine andere psychiatrische Diagnose wie Schizophrenie, Depression oder Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vordergrund. Die fünf zur Verfügung stehenden Stationen sind nach fachlichen Aspekten spezialisiert und können zum Teil auch rechtlich untergebrachte Patientinnen und Patienten behandeln.

Eine Station (S2) führt den psycho- und soziotherapeutisch begleiteten qualifizierten Entzug von Alkohol und Medikamenten durch, eine andere ist für die Entgiftung von illegalen Drogen zuständig und kompetent (S6). Auf weiteren Stationen (S3, A10) werden Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen und gleichzeitig bestehenden anderen psychiatrischen Störungen behandelt. Außerdem verfügt die Klinik über zwei Akut- und Aufnahmestationen (S5 und Intensivbereich S3), die Notfälle versorgen und komplizierte Entgiftungen

durchführen. In der Suchtmedizinischen Ambulanz werden Patientinnen und Patienten behandelt, die neben ihrer Suchterkrankung an weiteren psychiatrischen Störungen leiden (unter anderem Depressionen, Psychosen und Traumafolgestörungen et cetera). Die Ambulanz bietet darüber hinaus psychoedukative Informationsgruppen, eine Problemlösegruppe sowie eine Achtsamkeitsgruppe an. Achtsamkeitsübungen können die klassischen Methoden der Rückfallverhütung gut ergänzen.

Suchterkrankungen entwickeln sich häufig auf dem Boden anderer psychischer Störungen oder wegen nicht bewältigter psychosozialer Probleme. Die/Der Suchtgefährdete macht irgendwann die Erfahrung, dass sie/er insbesondere in Stresssituationen mit Hilfe eines Genussmittels, einer „Technik“ oder eines Medikamentes unangenehme Zustände kurzfristig verändern kann. Meist handelt es sich bei den zur Sucht führenden Mitteln um legale oder illegale Substanzen, es können aber auch problematische Verhaltensweisen wie Handy-, Computer- oder Internetgebrauch sowie Spielen sein. Die damit bekämpften Zustände sind dann aber immer schwieriger auszuhalten, was den zur Sucht führenden Teufelskreis verstärkt.

Man kann bei der Entstehung einer Sucht den riskanten Konsum vom schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit im engeren Sinne unterscheiden. Bei der Abhängigkeit vernachlässigt die/der Betroffene zunehmend ihr/sein soziales und berufliches Leben zugunsten des Konsums und geht kaum noch anderen Vergnügungen oder Interessen nach. Obwohl ihr/ihm die Ärztin/der Arzt unter Umständen schädliche Folgen nachgewiesen hat, kann sie/er den Konsum nicht beenden. Ihre/Seine Fähigkeit, Beginn, Menge und Beendigung zu kontrollieren, ist vermindert. Klare Hinweise auf eine bestehende Sucht zeigen körperliche Abhängigkeitssymptome wie Toleranzentwicklung (es werden immer höhere Dosen zur Erzielung der Wirkung erforderlich) und ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.

Das quantitativ größte Problem im Bereich der Suchtmedizin ist nach wie vor die Alkoholabhängigkeit, von der in Deutschland ca. 1,6 bis 2 % der Menschen betroffen sind. Etwa 23 % betreiben einen problematischen oder riskanten Konsum, circa 60 % risikoarmen Konsum. Das Therapieziel für die meisten Patientinnen und Patienten, die sich dem qualifizierten Alkoholentzug auf unserer Spezialstation unterziehen, ist die dauerhafte Abstinenz bei angemessener Lebensqualität. Unterhalb dieses Hauptzieles, das häufig erst nach einer auf die Entgiftung folgenden längerfristigen Entwöhnungsbehandlung erreicht werden kann, gibt es aber auch bescheidenere (Teil-)Ziele, die wir mit unseren komplexen Therapieangeboten ebenfalls anstreben, wie zum Beispiel Verbesserung der psychosozialen Situation, Ermöglichung konsumfreier Phasen, Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen sowie nicht zuletzt die Sicherung des Überlebens. Bei der qualifizierten Entgiftung ist abgesehen von den notwendigen medizinischen Maßnahmen, die die Entgiftung körperlich ermöglichen und Komplikationen vermeiden, die Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung ganz zentral.

Bei der medizinisch kunstgerecht durchgeführten Entgiftung wird durch eine geeignete medikamentöse Behandlung vermieden, dass gefährliche Komplikationen des Entzugs wie Delirien oder Krampfanfälle vorkommen; wenn Komplikationen des Alkoholkonsums oder -entzugs bereits eingetreten sind, werden diese auch in Abstimmung mit unseren internistischen und neurologischen Fachkollegen behandelt.

In der begleitenden suchttherapeutischen Psycho- und Soziotherapie sollen insbesondere Wissen über die vorliegenden Erkrankungen vermittelt und Kontrolle und Selbstwirksamkeit gesteigert werden. Die auslösenden Situationen für den Alkoholkonsum werden herausgearbeitet und der Umgang mit Angst, Stress, Depressionen und anderen unangenehmen Gefühlen kann auch anhand von praktischen Beispielen gelernt werden. Frühzeitig wird auch der potenzielle Umgang mit Rückfällen thematisiert und vorbereitet. Wenn möglich werden Beziehungspersonen einbezogen.

Die Klinik setzt überwiegend kognitive Therapieverfahren sowie soziales Kompetenztraining und Stressbewältigungstraining ein. Über allem steht der Aufbau von Selbstkontrolle und -management. Bereits auf der Station werden Kontakte mit Suchtberatungsstellen vermittelt und gegebenenfalls Rehabilitationsbehandlungen geplant und eingeleitet. Die Verlegung in entsprechende Rehabilitationskliniken kann in bestimmten Fällen auch im so genannten „Nahtlosverfahren“ direkt erfolgen. Vor Entlassung werden Notfallpläne für Rückfälle erarbeitet.

Knapp 10 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Klinik für Suchtmedizin sind abhängig von illegalen Substanzen, hauptsächlich von Opiaten, Amphetaminen, Ecstasy, Cannabis und zunehmend auch von sogenannten „Neuen psychoaktiven Substanzen“ wie „Crystal Meth“ (Metamphetamin) und synthetischen Cannabinoiden. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeit von illegalen Drogen leiden häufig zusätzlich unter anderen psychiatrischen Erkrankungen und/oder Persönlichkeitsstörungen, die selbstverständlich mitbehandelt werden müssen. Viele Patientinnen und Patienten sind zum Beispiel mit Methadon substituiert und kommen stationär zur Beikonsummentgiftung. Auch auf der Spezialstation für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen geht es nach der körperlichen Entgiftung um eine psychische und körperliche Stabilisierung, die Förderung der Abstinenzmotivation sowie die Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme suchtherapeutischer und psychiatrischer Weiterbehandlungen. Eine wichtige Rolle spielt auf dieser Station auch die Vorbereitung und Organisation einer Langzeittherapie in Kooperation mit den ambulanten Suchtberatungsstellen.

Der zunehmende Konsum von Cannabis bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen stellt ein ernst zu nehmendes medizinisches, psychologisches und soziales Problem dar, dem sich die KJK mit ihren diagnostischen und therapeutischen Angeboten stellt. Insgesamt konsumieren circa 6 % der deutschen Erwachsenen, in der Altersgruppe der 18 – 20-jährigen sogar bis zu

20 %. Wenn der Konsum in Jugend oder Adoleszenz beginnt und regelmäßig, dauerhaft sowie hochdosiert stattfindet, ist das Risiko von psychiatrischen Folgeerkrankungen (unter anderem „amotivationales Syndrom“, kognitive Störungen, Psychosen) besonders groß.

In der KJK erfolgt die Therapie abhängig von den sonstigen Erkrankungen auf den Stationen S3 und S6 der Klinik für Suchtmedizin. Die Intoxikationssymptome (zum Beispiel Angst, Enthemmung, Agitiertheit) müssen nur in schweren Fällen und bei psychotischen Symptomen medikamentös behandelt werden. Wichtig sind die frühzeitige Abklärung und gegebenenfalls Behandlung komorbider Störungen sowie die Durchführung verhaltenstherapeutischer, stützender und abstinenzmotivierender Behandlung.

Ein weiteres Problem für die Suchtmedizin ist die offenbar steigende Zahl der Medikamentenabhängigen. Sie wird in Deutschland auf 1,5 bis 1,9 Millionen geschätzt, wobei die Erhebung exakter Daten aufgrund der großen Dunkelziffer schwierig ist. Die Mehrheit der Medikamentensüchtigen sind vermutlich abhängig von Beruhigungs- und Schlafmitteln (insbesondere sogenannte „Benzodiazepine“, circa 80 %). Auch Schmerzmittelmissbrauch und –abhängigkeit scheint häufiger zu werden, die Verschreibung sogenannter „Opioiden“ hat in den Jahren 2000 bis 2010 deutlich zugenommen, was aber auf der anderen Seite auch Ausdruck einer verbesserten Schmerztherapie sein könnte. Ein Abhängigkeitspotenzial ergibt sich immer dann, wenn derartige Medikamente zu lange, zu hochdosiert oder in falscher Indikation verschrieben werden.

Besonders gefährdet für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Schlafstörungen, Angststörungen, depressiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie mit chronischen Schmerzen. Daher gehört zu einer fachkundigen Behandlung aller Süchte immer auch die Mitbehandlung der häufig zugrundeliegenden anderen psychischen oder körperlichen Probleme. Dies kann durch eine Optimie-

rung der medikamentösen Einstellung, durch Physiotherapie und insbesondere durch eine geeignete Psychotherapie erfolgen.

Wir sind ein Element einer Behandlungskette und daher für die gute Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, den Suchtberatungsstellen, den Sozialpsychiatrischen Diensten sowie den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen dankbar.

---

Kontakt zum Autor:

Prof. Dr. Jörg Zimmermann, Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Straße 7,  
26160 Bad Zwischenahn

## **2.5 Teilhabegerechtigkeit – Erstellung des ersten integrierten und handlungsorientierten Sozialberichts für die Stadt Oldenburg**

Susanne Jungkunz, Strategische Sozialplanung / Demografie –  
Inklusion – Soziales

Ein gutes Miteinander aller Menschen in unserer Stadt ist die inklusive Vision. Sie ging vom Ratsbeschluss „Oldenburg will Inklusion!“ aus. Dieser wurde 2012 einstimmig gefasst und löste zahlreiche inklusive Prozesse und Aktivitäten aus: Im schulischen Bereich, in der Stadtgesellschaft durch den Kommunalen Aktionsplan Inklusion sowie in der Stadtverwaltung Oldenburg selbst.

Unter Inklusion verstehen wir die Teilhabemöglichkeit aller Menschen an allen gesellschaftlichen Bereichen, unabhängig davon, welche vielfältigen persönlichen Hintergründe die einzelnen Personen haben. Das Lebensalter, die räumliche Herkunft, eine Behinderung, der Bildungsstand, das Geschlecht, die Religion, die sexuelle Orientierung, der ökonomische Status, die Lebensform und so weiter, soll für die Menschen nicht mehr zu Ausgrenzungserfahrungen in bestimmten Lebensbereichen führen.

Mit der Erstellung eines integrierten und handlungsorientierten Sozialberichts soll diese Vision der umfassenden sozialen Teilhabe nun konkretisiert werden. Der Bericht soll gut verständlich und auf das Wesentliche reduziert den Stand der Teilhabe in den sozialen Feldern beschreiben und Handlungsempfehlungen für die Politik vorschlagen. Dabei werden Zukunftsthemen wie Ankommen und Bleiben von Menschen mit Zuwanderungs- oder Fluchthintergrund in Oldenburg, die Bedeutung der Prävention, Vorstellungen inklusiver Stadtentwicklung oder Bildung und lebenslanges Lernen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Digitalisierung aufgegriffen.

Die Erstellung liegt in den Händen einer Projektgruppe, in der die Fachplanerinnen und Fachplaner des Sozialdezernates zusammenarbeiten. Der Lenkungsausschuss besteht aus der Auftraggeberin des Berichts, der Sozialdezernentin Dagmar Sachse, sowie den Amtsleitungen der fünf Ämter im Dezer-

nat. Darüber hinaus werden die Überlegungen zur „Stadt für alle Lebensalter“ der Arbeitsgruppe Demografie als Chance<sup>6</sup> sowie Beiträge der Arbeitsgruppe Freie Wohlfahrtspflege Oldenburg die Erstellung des Sozialberichts ergänzen.

Inhaltlich werden im Sozialbericht neun Themenbereiche behandelt:

- Prävention und Intervention,
- Bildung,
- Arbeit und Existenzsicherung,
- Wohnen im Quartier; Gesundheit,
- Pflege,
- Solidarität,
- Mobilität,
- Sicherheit.

Zu diesen Themenbereichen wurden Indikatoren ausgewählt, die die jeweiligen Aspekte sozialer Teilhabe messen.

Als strategischer Plan für die nächsten Jahre wird der Sozialbericht dabei eher die allgemeineren Leitlinien in den einzelnen Themenbereichen beschreiben, besondere Lebenslagen werden zukünftig in Spezialberichten betrachtet. So soll ergänzend Ende 2018 ein Spezialbericht über die Lebenslage zugewanderter Menschen, Anfang 2019 ein Bericht über die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen oder Ende 2019 ein Jugend- und Gesundheitsbericht erscheinen.

Der Sozialbericht hat den Anspruch integriert, handlungs- und beteiligungsorientiert zu sein. Integriert heißt dabei, dass die Themenbereiche über Fachdienst-, Ämter- oder Dezernatsgrenzen hinweg sowie unter Beteiligung der Fachöffentlichkeit und von Betroffenenvertretungen gemeinsam behandelt

---

<sup>6</sup> Siehe Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, S. 27 ff.

werden. Dies ist auch bei der späteren Umsetzung wichtig, damit die Lösungen passgenau für die Bedürfnisse jeweiliger Zielgruppen sind. Weiterhin soll er handlungsorientiert sein, das heißt nicht nur den Ist-Zustand beschreiben, sondern – vor dem Hintergrund der Leitlinien – Handlungsempfehlungen formulieren.

Wie auch im Inklusionsprozess hat der Sozialbericht eine klare Orientierung an Werten wie Respekt und Wertschätzung sowie eine Diversitätsbewusstheit im Hinblick auf Alter, Herkunft, Geschlecht, Behinderung, Einkommen, Bildung, Familie und Lebensform. Aber auch die Orientierung auf den je nach Fragestellung bedeutsamen Sozialraum, sei es die Region, die Gesamtstadt, ein Stadtbezirk, Stadtteil beziehungsweise -viertel oder die Nachbarschaft, wird erfolgen.

Um dabei die Belange der psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger Oldenburgs zu berücksichtigen, werden bei der Erstellung des Sozialberichts auch die lokalen Empfehlungen des Oldenburger Sozialpsychiatrischen Plans zu den Themen Wohnen<sup>7</sup>, Nachwuchsgewinnung<sup>8</sup>, Prävention<sup>9</sup> und Umsetzung des Landespsychiatrieplans<sup>10</sup> berücksichtigt werden.

Letztlich sollen die Handlungsempfehlungen des Sozialberichts dazu beizutragen, den sozialen Zusammenhalt in der zunehmend vielfältiger zusammengesetzten Stadtgesellschaft zu erhalten und zu stärken und Ausgrenzungserfahrungen der Menschen in Oldenburg zu verringern.

---

Kontakt zur Autorin:

Susanne Jungkunz, Strategische Sozialplanung / Demografie – Inklusion – Soziales, Amt für Teilhabe und Soziales, Pferdemarkt 14, 26121 Oldenburg

---

<sup>7</sup> Siehe Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2014, S. 38 ff.

<sup>8</sup> Siehe Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2015, S. 49 ff.

<sup>9</sup> Siehe Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2016, S. 25 ff.

<sup>10</sup> Siehe Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, S. 63 ff.

## **Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens<sup>1</sup>**

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

### **Zusammenfassung**

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

---

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

## **Herausforderungen und allgemeine Empfehlungen**

### **Prävention als neue Aufgabe im novellierten NPsychKG**

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

### **Zeitgemäßes Verständnis der Prävention aus der Sicht der Psychiatrie**

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

### **Übergänge zwischen Prävention und Gesundheitsförderung**

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

---

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

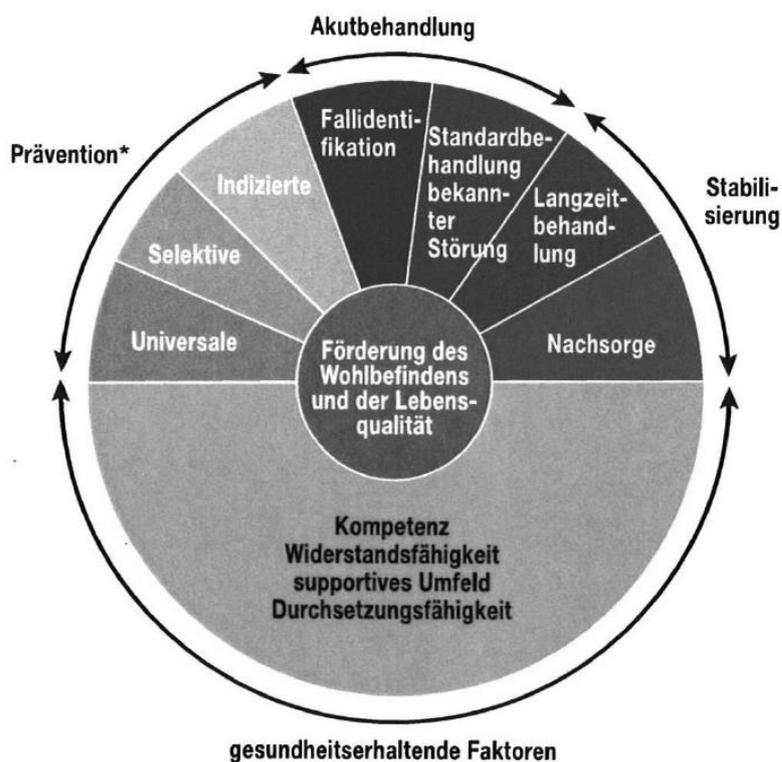


Abb. 1: Förderung der psychischen Gesundheit (nach Mrazek, Haggerty 1994)<sup>3</sup>

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

### Einbettung der Aktivitäten in bestehende kommunale Strukturen

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

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

Hierzu sollte man den Austausch mit der örtlichen Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich (KIBIS)<sup>4</sup> suchen und sich erkundigen, welche weiteren Initiativen es gibt, z. B. im Rahmen der Gesundheitsregion oder der Präventionsketten<sup>5</sup>.

### **Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention**

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

### **Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Niedersachsen**

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

---

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

5 Informationen gibt auch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

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

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

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

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

### **Herausforderungen bei der Konzeption präventiver Maßnahmen**

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

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

### **Empfehlungen zur universellen Prävention: Prävention durch Entstigmatisierung**

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Fachliche Begründung und historische Entwicklung des Projekts**

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

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

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

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

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

---

<sup>10</sup> Informationen im Netz finden sich z. B. auf den Seiten [www.bag-kipe.de](http://www.bag-kipe.de), [www.kipsy.net](http://www.kipsy.net) und [www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de)

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

## **Beschreibung der DelKip-Bausteine des Projekts**

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

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

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

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

## **Empfehlungen zur indizierten Prävention am Beispiel der Suizidalität im Alter**

### **Relevanz des Themas und Risikofaktoren**

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

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

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

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

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

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

### **Suizidalität erkennen und dem Suizid vorbeugen**

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

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

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

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

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

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

## Literatur

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

## Kontaktadresse für die Autorengruppe

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

## Anlage: Erläuterungen zum Begriff der Prävention

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

**Tabelle 1: Gebräuchliche Einteilungen der Prävention**

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

**Tabelle 2: Erläuterungen und ausgewählte Beispiele zur Primärprävention**

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

**Quelle:**

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

## 2.7 20 Jahre Psychose-Seminar

Roland Kohls, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Seit nunmehr zwanzig Jahren findet in der Stadt Oldenburg im Kulturzentrum PFL in der Peterstraße das Psychose-Seminar statt.

Das Seminar bietet Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitenden in psychiatrischen Institutionen Gelegenheit, im „Trialog“ über das Erleben von Psychosen zu sprechen, Erfahrungen auszutauschen und sich mit Aspekten psychiatrischen Fachwissens auseinanderzusetzen.

Das erste Psychose-Seminar überhaupt fand 1989 in Hamburg an der Universitätsklinik statt. Initiiert wurde es von der Psychiatrieerfahrenen Dorothea Buck und dem Diplom-Psychologen Prof. Dr. Thomas Bock.

Mittlerweile existieren in Deutschland, Österreich und der Schweiz etwa 100 Seminare. Sie sind unabhängig voneinander und weisen daher regional vielfältige organisatorische Unterschiede auf. Inhaltlich haben sie aber eine entscheidende Gemeinsamkeit: In den Psychose-Seminaren treffen sich psychoseerfahrene Menschen, Angehörige und Fachleute. Dabei geht es um einen gleichberechtigten Austausch über das Leben mit einer Psychose. Hierfür steht der Begriff des „Trialog“. Ziel ist es, ein ganzheitliches Verständnis von Psychosen zu erhalten und somit auch eine Veränderung in der Arbeit mit an einer Psychose erkrankten Menschen zu erreichen.

Die folgenden Aussagen beschreiben, worum es beim Psychose-Seminar geht:

- Ein Psychoseerfahrener:  
„Das Psychoseseminar ist eine Institution, in der Schizophrene in der Gesellschaft gehört werden.“

- Eine Angehörige:  
„Ich habe im Angehörigenbereich drei Fälle von psychischen Erkrankungen und möchte erfahren, was ich zu deren Unterstützung tun kann.“
- Ein Mitarbeiter einer psychiatrischen Einrichtung:  
„Ich bekomme wesentliche Anregungen für meine Arbeit, insbesondere über den langfristigen Verlauf von Psychosen.“

Durch die vielen bisherigen „Trialoge“ ist deutlich geworden, wie individuell das Leben mit einer Psychose ist und dass sich der Umgang damit immer auch individuell gestalten muss.

Die Teilnahme am Psychose-Seminar ermöglicht wertvolle Einsichten in den Alltag von psychoseerfahrenen Menschen und Angehörigen. Das eigene Erleben, sowie die professionelle Arbeit können hierdurch positiv gewinnbringend beeinflusst werden.

Das Psychose-Seminar findet in der Regel am jeweils letzten Donnerstag im Monat im PFL, Peterstraße 3, 26121 Oldenburg, in der Zeit von 18 bis 20 Uhr statt. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, die Teilnahme ist kostenfrei.

Das Seminar hat keinen therapeutischen Charakter. Interessierte können jederzeit neu hinzukommen.

Moderatoren und Ansprechpartner im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg:

Herr Dr. phil. Orzessek,    Telefon: 0441 235-8663

Herr Kohls,                      Telefon: 0441 235-8666

Wer mehr über dieses Thema wissen möchte, kann sich auch auf der Internetseite [www.trialog-psychoseseminar.de](http://www.trialog-psychoseseminar.de) informieren.

---

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

## **2.8 Das retrospektive Erleben von psychisch kranken Menschen von Zwangseinweisungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) - Eine qualitative Studie**

Alexandra Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

### **Zusammenfassung**

#### **Erkenntnisinteresse**

Zwangseinweisungen stellen für psychisch kranke Menschen ein kritisches Lebensereignis dar. Die Auswertung des retrospektiven Erlebens von psychisch kranken Menschen in Zwangseinweisungssituationen soll dazu beitragen, Voraussetzungen in der sozialpsychiatrischen Versorgungssituation zu schaffen, die die Ausübung freier Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen – auch in Krisensituationen – ermöglichen und Zwangseinweisungen abwenden.

#### **Methode**

Qualitative Studie – Inhaltsanalytische Auswertung von n= 6 teilnarrativen Interviews mit psychisch kranken Männern und Frauen.

#### **Ergebnisse**

Zentrale Aussagen der Studie sind die eher negativen Erfahrungen und enormen Belastungen in Zwangseinweisungssituationen, die fehlende Aufklärung und Einbeziehung der Betroffenen, die Wahrnehmung der Professionellen als „machtausübende Überlegende“ und die notwendige Unterstützung durch eine aufklärende, einfühlsame und verständnisvolle Haltung des Helfersystems.

#### **Einleitung/Erkenntnisinteresse**

Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde das retrospektive Erleben von psychisch kranken Menschen von Zwangseinweisungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) untersucht. Zwangseinweisungen sind mit erheblichen Belastungen bei den Betroffenen verbunden und stellen ein kritisches Lebensereignis dar. Sie wirken sich auf den Behandlungs- und Krankheitsverlauf und das Ver-

trauen ins psychiatrische Hilfesystem aus. Die Studie stellt das subjektive Erleben dar, auch wenn dieses durch eine Verzerrung der Wahrnehmung oder den zeitlichen Abstand zur Zwangseinweisung beeinflusst werden könnte. Das Erleben der eigenen Wahrnehmung ist für die Betroffenen echt und hat Folgen für die Einzelne/den Einzelnen. Das Erfahrungswissen und die Erfahrungsperspektive der Betroffenen stellt eine Ressource dar. So erscheint es doch widersprüchlich, dass zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit traumatisierende Maßnahmen und kurze Behandlungsphasen durchgeführt werden, die zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führen.<sup>11</sup>

Dem Thema Zwang/Zwangseinweisung in der Psychiatrie in Verbindung mit Ethik und Menschenrechten von psychisch kranken Menschen wird in der öffentlichen Diskussion mehr und mehr Beachtung geschenkt, bis heute finden Erkenntnisse in der Praxis jedoch wenig Anwendung. Die Psychiatrie ist auf eine schnelle Abhandlung von Krisenzuspitzungen ausgelegt, die das Einbeziehen von Betroffenen, Angehörigen und anderen zunächst nicht vorsieht. Zwangseinweisungen werden oft durch die Einsichts- und Einwilligungsunfähigkeit des psychisch kranken Menschen legitimiert. Aufgrund der subjektiv geprägten Einschätzung von Selbst- oder Fremdgefährdung, kann die Beurteilung der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen jedoch nicht ausschließlich darauf reduziert werden.<sup>12</sup>

Die Ausgangslage für die wissenschaftliche Untersuchung zu Zwangseinweisungen in der Stadt Oldenburg war das Missverhältnis zwischen dem großen und differenzierten ambulanten Versorgungssystem, dem Ausbau von Behandlungsmöglichkeiten, unter anderem durch Institutsambulanzen, und der gleichbleibenden Anzahl von Zwangseinweisungen nach dem NPsychKG.

---

<sup>11</sup> LEHMANN, Peter (2015): Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention, Fragen und Antworten anlässlich der Neufassung des Berliner „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG). Recht und Psychiatrie, 33; S. 25 f.

<sup>12</sup> Ders., .S. 27 ff.

So stellen sich insbesondere die Fragen, ob letztendlich Zwang zurück zu Rechten und seelischer Gesundheit führt oder Veränderungen im Ablauf von Kriseninterventionen und in sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen geschaffen werden müssen, um die Selbstbestimmung von psychisch kranken Menschen auch in Krisen und schweren Krankheitsphasen zu sichern und Zwangseinweisungen zu verhindern.

Hierzu soll die Auswertung des retrospektiven Erlebens von psychisch kranken Menschen in Zwangseinweisungssituationen Aufschluss geben. Außerdem soll die Sicht der Betroffenen in weitere Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung und Kriseninterventionen einbezogen werden.

### **Forschungsfrage**

Die vorliegende Studie zielt auf die Schaffung von Voraussetzungen aus Sicht psychisch erkrankter Menschen, die die Ausübung der Selbstbestimmung in Krisensituationen sichern und Zwangseinweisungen verhindern. Dabei sollen besonders folgende Fragen untersucht werden:

- Welche Auswirkungen haben Zwangseinweisungen bei den Betroffenen?
- Führt Zwang zu Rechten und seelischer Gesundheit?
- Welche Rolle spielen die Beteiligten und das psychiatrische Helfersystem in der Zwangseinweisung?
- Welche Maßnahmen können zu einem Abbau von Zwang beitragen?

### **Methodische Vorgehensweise**

In der Studie wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, da der Forschungsgegenstand bislang wenig untersucht wurde und so große Feldkenntnisse zu erwarten waren. Der rekonstruktive, deskriptive Ansatz ermöglicht dabei eine weitgehende Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und ein Verständnis subjektiver Sinnzuschreibungen. Relevanzsysteme der Befragten können unabhängig von den Vorannahmen der Forschenden beschrieben werden. Das Interesse an den subjektiven Sichtweisen der Be-

troffenen rückt im Rahmen sozialpsychiatrischer Forschung in den Vordergrund.<sup>13</sup>

Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie waren das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, mindestens eine Zwangseinweisung per NPsychKG in 2016 sowie ein Mindestalter von 18 Jahren. Die Rekrutierung erfolgte über den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg. Die Auswahl wurde nach dem Prinzip des diversity sampling (Auswahl nach Verschiedenheit) getroffen. Dazu wurden zunächst alle 241 Zwangseinweisungen, die in 2016 in der Stadt Oldenburg stattgefunden haben, nach Kriterien wie Alter, Erwerbsstatus, Lebenssituation, Diagnosen und Einweisungsort gesichtet. Anschließend wurde persönlich und schriftlich nach dem Interesse an der Interviewteilnahme gefragt. Die Teilnahmebereitschaft zeigte sich aufgrund von Retraumatisierungsängsten gering. Des Weiteren gab es Hemmungen sich zu gesetzlichen Regelungen und Entscheidungen von Professionellen kritisch zu äußern.

Die Erzählaufforderung erfolgte über die Bitte, über eigene Erfahrungen in der Zwangseinweisungssituation zu berichten. So wurde das Forschungsthema benannt, jedoch keine weiteren Vorgaben gegeben. Im Anschluss der Haupterzählung wurden erzählgenerierende Nachfragen anhand eines Leitfadens nach Helfferich<sup>14</sup> gestellt. Themen waren dabei Rechte und Pflichten während der Zwangseinweisung, Einfluss im Verfahren, mögliche Unterstützungsangebote in der Situation, emotionales Erleben.

Die Durchführung der Interviews erfolgte unabhängig vom Arbeitsalltag in einer neutralen und ungestörten Umgebung. Nach dem Interview wurden erste Eindrücke zur Interviewatmosphäre, Interaktion und Erzählung notiert.

---

<sup>13</sup> KRUMM, Silvia; KILIAN, Reinhold; BECKER, Thomas (2011): „Ich werde sie sicherlich nicht einfach so in die Welt setzen...“. Der soziale Kontext des Kinderwunsches aus der Sicht von Frauen mit psychischen Erkrankungen. Eine qualitative Studie. Psychiatrische Praxis, 38; S. 23-30.

<sup>14</sup> HELFFERICH, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert.

Die Daten wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz<sup>15</sup> ausgewertet. Dazu wurden Ober- und Unterkategorien gebildet, ein Kategoriensystem erstellt und anschließend die transkribierten Interviews kodiert.

Alle Interviewten wurden über die Schweigepflicht, den Datenschutz, über Ziele, Inhalte und Ablauf der Datenerhebung, über die Anonymisierung und den Nutzerbezug der Forschung persönlich und schriftlich aufgeklärt.

## **Ergebnisse**

### **Soziodemografie**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der qualitativen Studie sind zwischen 21 und 75 Jahre alt. Zur Durchführung des Interviews haben sich vier Männer und zwei Frauen bereit erklärt. Alle Beteiligten wurden in einem zeitlichen Abstand von mehreren Wochen nach dem letzten Aufenthalt in der Psychiatrie befragt und sind im Jahr 2016 mindestens einmal nach dem NPsychKG eingewiesen worden. Die Interviewten leben in unterschiedlichen Lebenssituationen mit unterschiedlichem Erwerbsstatus und psychiatrischen Diagnosen. Diese sind den Einweisungsformularen (ärztliches Zeugnis im Antrag auf Unterbringung nach dem § 18 NPsychKG) entnommen. Bei den Betroffenen liegen affektive, schizophrene, suchtbedingte oder organische psychische Störungen oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vor. Bei einem Teil der Beteiligten sind Doppeldiagnosen vermerkt.

Die Zwangseinweisungen erfolgten aus der Psychiatrie, der eigenen Wohnung, vom Polizeirevier oder dem Allgemeinkrankenhaus heraus (siehe Tabelle auf Seite 64).

---

<sup>15</sup> KUCKARTZ, Udo (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 713-730.

## **Emotionales Erleben**

In den Erzählungen werden die Erfahrungen von Zwangseinweisungen von vier der sechs Teilnehmenden als große Belastung dargestellt, die mit massiven seelischen und zum Teil körperlichen Beeinträchtigungen einhergingen: „Ich habe auch nicht mit so einer massiven Beeinträchtigung gerechnet. Das war für mich so verheerend und so schockierend, dass ich tagelang davon noch ganz krank war und dass sich meine Befindlichkeit dadurch auch sehr verschlechtert hat“ (Interview 6).

Betroffene fühlen sich unverstanden, nicht ernst genommen und der Autonomie beraubt. Die Unterbringung gegen den Willen wird als rechtswidrig, unrecht und unmenschlich angesehen.

Lediglich zwei Teilnehmer haben die Unterbringung nicht als Zwang erlebt und sie somit eher als Entlastung wahrgenommen.

## **Fehlende Aufklärung und Einbeziehung im Verfahren**

Die Betroffenen berichten einvernehmlich, dass in der Situation der Zwangseinweisung keine Aufklärung zum Verfahren, zum Ablauf und zu gesetzlichen Grundlagen stattgefunden hat. Dementsprechend konnte im Verfahren wenig Einfluss genommen werden: „Kein Mensch hätte irgendwo was beeinflussen können. Da war das beschlossene Sache“ (Interview 1).

Erklärungsversuche der Betroffenen in der Krise, die Bitte der Beteiligung von Angehörigen und Aufzählungen von Alternativen zur stationären Unterbringung wurden nicht gehört, nicht verstanden oder zurückgewiesen: „Aber die gehen einfach nicht drauf ein. Also vor allem, wenn man versucht sich zu erklären“ (Interview 2).

Die Zwangssituationen gehen bei den Betroffenen mit Kontrollverlust, fehlender Selbstbestimmung und Partizipation einher. Zum Teil wird dieses ohne Gegenwehr aufgrund von Ängsten hingenommen: „Man sollte sehr kooperativ

sein, damit man sich selber einfach schlimmere Erfahrungen erspart“ (Interview 3).

### **Rolle der Beteiligten in der Zwangseinweisung**

In den Erzählungen wird die zentrale Rolle der Polizei im Verfahren der Zwangseinweisung deutlich. Drei Betroffene berichten von erheblichen Auseinandersetzungen und groben Verhaltensweisen der Polizei. Lediglich eine Teilnehmerin gibt Auskunft, dass sie mit einem Psychiater in der Krise über die Zwangseinweisung gesprochen hat. In allen anderen Interviews wird der einweisende Arzt/Psychiater nicht wahrgenommen und benannt. So wird auch dem Ordnungsamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst keine Bedeutung zugeschrieben. Diese werden in zwei Interviews in ihrer Funktion benannt, jedoch keine aktive Einflussnahme beschrieben.

### **Möglichkeiten der Unterstützung**

Die Erzählungen der Betroffenen enthalten zahlreiche Hinweise auf gewünschte Veränderungen im Umgang mit psychisch kranken Menschen der Professionellen, besonders von psychisch fachfremden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wie Krankenhauspersonal oder Polizei: „Also mehr Einfühlungsvermögen für die psychischen Erkrankungen einfach. [...], das Gespräch suchen und halt irgendwie im Gespräch rausfinden, was halt so Sache ist“ (Interview 4). So wird auf ein vertrauensvolles, wertschätzendes und verständnisvolles Verhalten gehofft. Außerdem wird die schnelle Abhandlung von Krisenzuspitzungen kritisiert: „Aber auf jeden Fall nicht dieses Hauruck-Verfahren und mit Gewalt und „Schlepp-dich-weg“ und so schnell wie möglich“ (Interview 6). Es wird darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, sich Zeit zu nehmen, Vertrauen zu gewinnen, um die Situation zu verstehen und alternative Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Hier werden mögliche Schulungen angesprochen: „[...] besser darauf vorbereitet werden, wenn ein Patient kommt, der psychisch krank ist oder ein bestimmtes Krankheitsbild hat, dass die dann auch wissen, was so Fakt ist“ (Interview 4). Weiter werden Hilfen, wie die ärztliche Behandlung, ambulante Hilfen, der gesetzliche Betreuer und die Unter-

stützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst genannt, um im Vorfeld Krisen abzuwenden und damit Zwangseinweisungen zu verhindern. So scheint es wichtig, dass psychisch erkrankte Menschen das sozialpsychiatrische Versorgungssystem kennen. So wird angeregt, dass die Hilfen sich bekannt machen, zum Beispiel durch persönliche Gespräche: „[...] also man sollte ein gutes Helfernetz haben, [...] viele wissen ja gar nicht, dass es sowas gibt. Dass man auch die Hilfe anbietet, überhaupt erstmal die Person kennenzulernen“ (Interview 4).

## **Diskussion**

Die Betroffenen machen in den Interviews deutlich, dass Zwang zu weiteren Belastungen, nicht aber zur unmittelbaren Genesung beiträgt und fordern daher alternative Maßnahmen in Krisen und Sensibilisierung für psychische Erkrankungen. Anhand von aktuellen Diskussionen und auch politischen Forderungen gewinnt das Thema mehr und mehr an Bedeutung. Hier sei beispielhaft die geforderte Umsetzung des Landespsychiatrieplanes in Niedersachsen genannt, das unter anderem die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen durch innovative Ansätze und eine dialogische Ausrichtung, außerdem eine Verbesserung der Hilfen in Krisen vorsieht.<sup>16</sup>

So wird auch nach Auswertung der Interviews deutlich, dass die Abwendung von Zwang nur in dialogischer Auseinandersetzung bearbeitet werden kann, um die Vereinbarkeit von notwendigen Maßnahmen und der Selbstbestimmung von psychisch kranken Menschen gewährleisten zu können. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass eine Veränderung der sozialpsychiatrischen Versorgung notwendig ist, um Zwang zu verhindern. Es bedarf der Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen, Schulungen und alternativer Maßnahmen im Bereich der psychiatrisch fachärztlichen, psychotherapeutischen und ambulanten Versorgungsstruktur in Krisensituationen, um ein rechtzeitiges Handeln gewährleisten zu können. Hierzu können aufsuchende Behand-

---

<sup>16</sup> NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2016): Landespsychiatrieplan Niedersachsen-Zusammenfassung. Köln, S. 18 ff.

lungsangebote (Vermeidung von Wartezeiten), Hometreatment, alternative Angebote wie Soteria, der Offene Dialog, Weglaufhäuser oder anderes sowie die Erreichbarkeit von Hilfen in Krisen – auch nachts und am Wochenende – zählen.

---

Kontakt zur Autorin:  
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1 b, 26121 Oldenburg

Interview	Geschlecht	Alter	Erwerbsstatus	Lebenssituation	Erkrankung/Diagnose laut NPsychKG	Zwangseinweisungen 2016 in Oldenburg/ Ort der Untersuchung
<b>Nr. 1</b>	männlich	75	berentet, Altersrente	verheiratet, zusammen lebend	Vaskuläre Demenz	1 Allgemeinkrankenhaus
<b>Nr. 2</b>	männlich	46	erwerbstätig Aushilfsjob	wohnungslos	Paranoide Schizophrenie	1 Polizeirevier
<b>Nr. 3</b>	männlich	38	Ausbildung	allein lebend	Alkoholabhängigkeit Paranoide Schizophrenie	1 Wohnung
<b>Nr. 4</b>	weiblich	21	Wahrnehmung der wohnheim-internen Tages-struktur, keine Ausbildung	in betreutem Wohnen lebend	Cannabisabhängigkeit Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ Cannabisabhängigkeit	1 Psychiatrische Klinik
<b>Nr. 5</b>	männlich	22	Student	in Wohngemeinschaft lebend	Schwere Depression Paranoide Schizophrenie	1 Psychiatrische Klinik
<b>Nr. 6</b>	weiblich	57	berentet, Erwerbsminderungsrente	allein lebend	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch Paranoide Schizophrenie	1 Wohnung

## 2.9 Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) Beratungsstellen in Oldenburg

Eka Oehne, Vorstandsmitglied und Beraterin für persönliche Assistenz, Beratungsstelle EUTB SeGOld e. V. und  
Marion Ahlers, Beraterin für Teilhabe, DMSG Beratungsstelle Weser-Ems in Oldenburg

Seit dem 01.01.2018 wurden bundesweit bisher mehr als 500 EUTB-Teilhabeberatungsstellen gegründet. Für Oldenburg und die nähere Umgebung erhielten der Verein SeGOld e. V. sowie die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Niedersachsen e. V. den Zuschlag.

Die Teilhabeberatung ist im Sozialgesetzbuch IX (neu) § 32 festgeschrieben und sieht für die Umsetzung vier Stufen bis 2023 vor. Die gesetzliche Verankerung für die Einrichtung der EUTB-Stellen ist im Bundesteilhabegesetz (BTHG) in der Reformstufe zwei angesiedelt.

Laut § 32 ist die **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung** in fünf Abschnitte unterteilt. Diese beinhalten unter anderem folgende Punkte:

- Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen,
- Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen Bereichen,
- Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS),
- Unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern,
- Niedrigschwelliges und ergänzendes Beratungsangebot,
- Zusätzlich zu dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger,
- Im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen,
- Das Beratungsangebot der EUTBs ist von Betroffenen für Betroffene auf Augenhöhe (Peer Counseling).

Für die Vernetzung und Koordination der einzelnen Beratungsstellen ist die Fachstelle Teilhabeberatung in Berlin zuständig. Angesiedelt ist sie bei der gsub (Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH), die von der

Humboldt-Universität Berlin und der SLUG (Selbstbestimmt Leben UG) begleitet wird. Das EUTB-Projekt wird zudem wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

Auf den folgenden Seiten werden die Beratungsstellen SeGOld e. V. von Frau Oehne und die DKMS von Frau Ahlers vorgestellt.

### **2.9.1 Selbsthilfeverein SeGOld e. V. (Selbstbestimmt Leben – Gemeinschaft Oldenburg)**

#### **Beratungsstelle EUTB SeGOld e. V. (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung)**

Eka Oehne, Vorstandsmitglied und Beraterin für persönliche Assistenz



Der Verein SeGOld e. V. ist ein Selbsthilfeverein für ein selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Behinderung, dem die Teilhabeberatungsstelle EUTB SeGOld e.V. angehört. Er wurde vor über 15 Jahren gegründet und setzt sich für die Rechte und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ein. Im Januar 2018 bekamen wir den Zuschlag für den Aufbau einer EUTB-Beratungsstelle durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu stärken. Die Beratung richtet sich an Menschen mit körperlichen, geistigen/kognitiven, psychischen und Sinnesbeeinträchtigungen sowie Teilstörungen. Sie kann von Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen genutzt werden, aber auch von Menschen, die von Behinderungen „bedroht“ sind.

Unser Beratungsangebot ist niedrigschwellig und umfasst die Stadt Oldenburg mit einem Außenbezirk von 10 km (Rastede, Wiefelstede, Wardenburg, Bad Zwischenahn, Edeweicht, Hatten und Elsfleth). Dabei wird eine trägerunabhängige Beratung gewährleistet.

Zurzeit arbeiten vier Personen in unserem Team, die in verschiedenen Stadtteilen Oldenburgs offene Sprechzeiten anbieten. Unser Büro in der Rudolf-Diesel-Straße 24 – 28 befindet sich derzeit noch im barrierefreien Umbau. Ab Herbst dieses Jahres können auch dort Beratungen nach terminlicher Absprache stattfinden.

Das Beratungsangebot unseres erfahrenen und umfangreich professionell ausgebildeten Teams ist **kostenfrei!**

Unsere Beratung findet persönlich (auf Anfrage auch aufsuchend – vor Ort), schriftlich, elektronisch und telefonisch statt. Alle Beratungsräume sind barrierefrei erreichbar. Eine rollstuhlgerechte Toilette ist jeweils vorhanden. Für Hörgeschädigte steht bei Bedarf eine FM-Anlage zur Verfügung. Wir verwenden in Gesprächen und beim Schriftverkehr, bei Bedarf und so weit wie es uns möglich ist, leichte Sprache. Auf Anfrage können auch Dolmetscherinnen/Dolmetscher beziehungsweise Sprachmittlerinnen/Sprachmittler hinzugezogen werden.

Zudem beraten wir auf Wunsch auch genderbezogen (gleichgeschlechtlich).

Die Beraterinnen und Berater begleiten die Ratsuchenden möglichst während des gesamten Beratungsprozesses. Eine absolute Schweigepflicht ist dabei die Voraussetzung.

Das Aufgabengebiet der Beratungsstelle umfasst die personenzentrierte Unterstützung unter anderem bei folgenden Anliegen:

- Hilfeplanung zur Bedarfsfeststellung und deren Finanzierung, insbesondere bei Erstanträgen, wie zum Beispiel
  - dem Persönlichen Budget,
  - Beantragung eines Schwerbehindertenausweises,
  - Antragstellung eines Pflegegrades und so weiter,
- Fragen in Sachen Assistenz, mit Vorrang der offenen gegenüber der stationären und familiären Hilfe,
- Fragen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Fragen zu Hilfsmitteln und technischen Geräten,
- Fragen zu den Themen: Pflege, Ernährung, Gesundheit, Wohnen, Arbeit (Ausbildung, Beruf) und Freizeitgestaltung,

- bei Bedarf auch Begleitung zu Behörden et cetera und bei Begutachtungen,
- Informationen zu alternativen Wohnformen,
- Informationen zum Umgang mit Behörden, Ärzten, Therapeuten et cetera,
- Fragen zu Rechtsmöglichkeiten,
- bei Alltagsproblemen,
- Unterstützung zur Bewältigung der Behinderung,
- bei Konflikten und Lebenskrisen,
- Beratung zu familiären Fragen/Problemen (Ablösung, Begleitung, Partnerschaft).

Kurz: Die Planung eines selbstbestimmten Lebens nach den Vorstellungen der Ratsuchenden.

Der Wunsch, einfach einmal mit jemandem zu reden, hat in der Beratung ebenso Raum wie die Bearbeitung individueller Problemstellungen oder psychosozialer Fragen. Bevor bei Ämtern, freien Trägern oder Behörden eine Leistung beantragt wird, bieten wir den Ratsuchenden einen Überblick über die vorhandenen Möglichkeiten.

Auf Wunsch zeigen wir für den Einzelfall denkbare Unterstützungsangebote auf und verweisen bei Bedarf gezielt an weiterführende Stellen. Dies gewährleisten wir durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit allen Organisationen rund um die Behindertenhilfe.

Für die konkrete Beratung wird zum Erfassen der individuellen Erfahrungen, Bedarfslagen sowie Lebenssituationen und -entwürfe auch die gesellschaftliche Dimension jeder einzelnen Person mitbedacht und einbezogen. Durch eine Sensibilität bezüglich dieser Strukturen und die möglichen Barrieren, die sie bedeuten können, kann ein niedrighschwelliger Zugang erreicht werden, eine ganzheitliche Betrachtung der zu Beratenden stattfinden, um gemeinsam Wege für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Unsere Grundsätze im Umgang mit den Ratsuchenden:

- Wir begegnen ihnen in ihrer Lebensgeschichte sowie ihren Vorlieben und Abneigungen mit Respekt und stellen uns ihren Vorstellungen mit Sorgfalt.
- Wir haben Vertrauen in ihre individuellen Fähigkeiten und bieten Unterstützung, wo es gewünscht und erforderlich ist.
- Wir handeln parteilich und unabhängig und schaffen Raum für eigene Entscheidungen.
- Wir bieten eine ganzheitliche Beratung und unterstützen sie in ihrem Wunsch nach Entwicklung und selbstbestimmter Lebensgestaltung.
- Wir informieren sie und ihre Familien über die Wahrnehmung ihrer Rechte. (keine Rechtsberatung!).
- Wir treten jeglicher Form von Ausgrenzung entschieden entgegen.

Wichtig dabei ist uns der Ansatz des Peer Counseling (von Betroffenen für Betroffene) im Rahmen einer „Hilfe zur Selbsthilfe“. Als Expertinnen und Experten in eigener Sache sind unsere Beraterinnen und Berater in der Lage, auf Augenhöhe beraten zu können. Sie unterstützen die Ratsuchenden dabei, so selbstbestimmt wie möglich leben zu können und begegnen ihren individuellen Wünschen mit Offenheit. Die Begleitung der Ratsuchenden findet nach einer realistischen Einschätzung der Machbarkeit ihrer Vorstellungen statt, um die bestmögliche Verwirklichung ihres ganz individuellen Weges zu erzielen.

Die ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) SeGOld e.V. ist wie folgt erreichbar:

Das Büro befindet sich in der Rudolph-Diesel-Straße 24 – 28,  
26135 Oldenburg. Individuelle Terminvereinbarungen sind möglich.

#### Telefonische Beratung:

Montags von 9 bis 12 Uhr unter der Telefonnummer 0441 39012323

Mittwochs von 11 bis 14 Uhr unter der Telefonnummer 0174 8053828

Telefonische Anfragen können auch außerhalb der Sprechzeit gestellt werden unter der Rufnummer 0441 39012323 (Anrufbeantworter).

Offene Sprechzeiten:

*Montags:*

15 bis 17 Uhr in den Räumen des Treffpunkt Bloherfelde/Eversten (Gemeinwesenarbeit), Bloherfelder Straße 173, 26129 Oldenburg

*Dienstags:*

Jeden 2. und 4. Dienstag im Monat von 9 bis 11 Uhr in den Räumen vom Stadtteiltreff Dietrichsfeld, Alexanderstraße 331, 26137 Oldenburg

Jeden Dienstag von 15:30 bis 17:30 Uhr in den Räumen der ALSO, Donnerschweer Straße 55, 26123 Oldenburg

*Mittwochs:*

Jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat von 10 bis 12 Uhr in den Räumen des Kulturzentrums Rennplatz, Kurlandallee 4, 26125 Oldenburg

*Donnerstags:*

Von 10 bis 12 Uhr in den Räumen vom Stadtteiltreff Kreyenbrück, An den Voßbergen 58, 26133 Oldenburg

---

Kontakt zur Autorin:

Eka Oehne, Selbsthilfeverein SeGOld e. V., Rudolph-Diesel-Straße 24 – 28, 26135 Oldenburg

Webseite: [www.eutb-ol.de](http://www.eutb-ol.de)

Email: [beratung@eutb-ol.de](mailto:beratung@eutb-ol.de)

## **2.9.2 Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) Landesverband Niedersachsen e. V.**

### **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) - Beratungsstelle für die Stadt Oldenburg**

Marion Ahlers, Beraterin für Teilhabe, DMSG Beratungsstelle Weser-Ems in Oldenburg



Der DMSG Landesverband Niedersachsen e. V., als einer von 16 Landesverbänden, wurde im Jahre 1983 gegründet. Er ist aus dem Sozialwerk Niedersachsen für die Betreuung MS-Kranker hervorgegangen.

Er ist eine gemeinnützige, unabhängige Organisation, die keine wirtschaftlichen Interessen verfolgt und allein den Betroffenen sowie ihren Angehörigen verpflichtet ist. Die Beratung von Betroffenen und Angehörigen ist eine zentrale Aufgabe des Landesverbandes. Aus eigener Betroffenheit, oder aber aus jahrelanger Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit besonderen Teilhabebedürfnissen sind die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DMSG Landesverbandes besonders gut in der Lage, sich in die Situation der Betroffenen und Angehörigen hineinzusetzen.

Die DMSG Niedersachsen hat sich auf eine EUTB Beratungsstelle in Oldenburg beworben, im März die Zusage erhalten und freut sich über die Möglichkeit, nun indikationsübergreifend alle Menschen mit besonderen Teilhabebedürfnissen beraten zu können.

Das Angebot richtet sich an Menschen mit körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen jeden Alters. Es schließt ausdrücklich chronische Erkrankungen ein, bezieht sich auf Angehörige und am Thema Interessierte. Menschen, die von Behinderung bedroht sind, sind ebenfalls Adressaten der kostenfreien und unabhängigen Beratungsleistung.

In Oldenburg arbeiten eine hauptamtliche Beraterin, zwei Tutoren (so heißen die ausgebildeten Peer-Beraterinnen und –Berater bei der DMSG) und ein dritter wird derzeit ausgebildet.

Das Beratungsangebot ist niedrigschwellig, berät vorrangig im Vorfeld der Beantragung von Leistungen und gibt Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfen. Es bezieht sich auf die Stadt Oldenburg, den Landkreis Wesermarsch, den Landkreis Wittmund und die Stadt Delmenhorst. Es ist vollständig unabhängig von Kostenträgern und Leistungserbringern.

Unser Auftrag und Anliegen ist es, uns mit vielen anderen EUTB-Stellen in der Region zu vernetzen um für alle Teilhabefragen die richtige Ansprechpartnerin/den richtigen Ansprechpartner zu finden.

Wir beraten zu Fragen

- der Alltagsbewältigung mit Behinderung,
- zum Gestalten des Wohnumfelds,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- zur Pflege und Mobilität,
- zum Schwerbehindertenrecht und bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises,
- zu Leistungen der Rehabilitation,
- zur Heil- und Hilfsmittelversorgung
- sowie einem aktiven selbstbestimmten Leben.

Manchmal hilft es schon, aussprechen zu können, wo die Last am meisten drückt, den Rahmen des täglichen Umfeldes zu verlassen und sich verstanden zu fühlen. Auch dafür ist Raum in der Beratungsstelle. Eine Rechtsberatung ist allerdings ausgeschlossen.

Im Leitbild der DMSG sind unter anderem folgende Grundsätze verankert, die vollumfänglich in der Beratung Anwendung finden:

- Wertschätzung, Solidarität und Empathie gegenüber Betroffenen und deren Angehörigen,
- Kontinuierliche Weiterbildung und der Dialog mit Netzwerkpartnern stärkt die Beratungskompetenz der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Gremien treten ihren Gesprächspartnerinnen und –partnern nach innen und außen mit Respekt und Achtung gegenüber,
- Vielfältige Präsenz in der Öffentlichkeit als Botschafter und Interessenvertreter der Ratsuchenden mit dem **Ziel der Chancengleichheit trotz Handicap.**

Das Konzept des Empowerments hat das Ziel, alle Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Wir geben dabei so viel Unterstützung wie möglich und so viel wie nötig.

Die Aufgaben der EUTB Beratungsstellen der DMSG umfassen darüber hinaus im Bereich der Selbsthilfe die Kontaktgruppen-Zusammenarbeit und eine regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit. Mit anderen Beratungsstellen und Organisationsstellen der Behindertenhilfe sowie einem breiten Spektrum der örtlichen Gremien pflegen wir eine intensive Zusammenarbeit. Die Themen der regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen sind für alle Betroffenen relevant.

Jährlich findet eine Aktionswoche statt zu Themen wie zum Beispiel Wohnprojekte, Pflegeberatung, Hilfsmittel et cetera. Diese Angebote entsprechen ebenfalls einem allgemeinen Bedarf und sind für alle Interessierten offen und kostenfrei zugänglich.

Des Weiteren führt die DMSG Seminare durch und organisiert Gesprächskreise.

### **Erreichbarkeit des Angebots der EUTB Beratungsstelle der DMSG in Oldenburg:**

Neben der persönlichen Beratung findet die Beratung am Telefon statt. Die Beraterinnen und Berater sind per E-Mail erreichbar und bei Bedarf ist aufsuchende Beratung möglich.

Das Beratungsbüro befindet sich in der Ziegelhofstraße 125 – 127, 26121 Oldenburg, im Haus des Paritätischen Oldenburg-Ammerland. Es ist innenstadtnah und mit öffentlichen Verkehrsmitteln barrierefrei erreichbar. Eine rollstuhlgerechte Toilette ist vorhanden.

Erreichbar sind alle Beraterinnen und Berater telefonisch und per E-Mail an jedem Wochentag.

Das Büro in der Ziegelhofstraße ist wie folgt besetzt:

Dienstags von 9 bis 13 Uhr und

Donnerstags von 9 bis 13 Uhr und 14 bis 17 Uhr

Persönliche Beratungstermine können auch unabhängig von diesen Bürozeiten individuell telefonisch oder per E-Mail vereinbart werden.

An jedem Mittwoch finden je nach Bedarf und mit Terminvereinbarung Außensprechstunden an den genannten Orten außerhalb Oldenburgs statt.

Telefon: 0151 28851130 (Festnetzanschluss wird demnächst geschaltet)

E-Mail: [ahlers@dmsg-eutb-ol.de](mailto:ahlers@dmsg-eutb-ol.de)

Website: [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)

---

Kontakt zur Autorin:

Marion Ahlers, DMSG Beratungsstelle Weser-Ems in Oldenburg,  
Ziegelhofstraße 125 – 127, 26121 Oldenburg

## 2.10 Altenbericht der Bundesregierung vorgestellt

Das Thema „demografischer Wandel“ ist eines der großen gesellschaftlichen Zukunftsthemen und bekommt deshalb auch in Oldenburg eine immer größere Bedeutung. Am Mittwoch, 14. Februar 2018, wurde bei einer Veranstaltung im Hüp-pe-Saal des Stadtmuseums der 7. Altenbericht der Bundesregierung vorgestellt und diskutiert. Zur Veranstaltung kamen etwa 80 Gäste.

Referent war Dr. Frank Berner, der Leiter der Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung beim Zentrum für Altersfragen. Für ihn ist der 7. Altenbericht deutlich politischer ausgerichtet als die Vorgänger und gibt vor allem den Kommunen gute Anregungen und Handlungsempfehlungen. Die Stärkung der Kommunen ist für Berner ein zentrales Anliegen bei der Umsetzung der Empfehlungen des Altenberichts. Nach der Vorstellung des Altenberichts folgte eine Podiumsdiskussion, an der auch Oldenburgs Sozialdezernentin Dagmar Sachse teilnahm.

„Das Thema demografischer Wandel wird in Zukunft eine immer wichtigere Rolle im Rahmen der Strategischen Sozialplanung der Stadt spielen“, sagte Sachse vor dem Hintergrund sehr eindrucksvoller Zahlen. „Bereits heute sind knapp 19 Prozent der Bürgerinnen und Bürger – und damit gut 30.000 Menschen – älter als 65 Jahre. Fünf Prozent der Bevölkerung in unserer Stadt sind sogar älter als 80 Jahre. Das stellt uns vor ganz unterschiedliche Herausforderungen.“ In zehn Jahren wird diese Altersgruppe weiter angewachsen sein, auf dann etwa 36.000 bis 38.000 Menschen in Oldenburg.

Besonders wichtig ist den Menschen das selbstbestimmte Wohnen in der gewohnten Umgebung. Dafür ist eine gut funktionierende Nahversorgung in den Quartieren erforderlich. Besondere Bedeutung bekommen Stadtteilzentren, in denen Einkauf und ärztliche Versorgung möglich ist, ambulante Pflegedienste und eine gute Nachbarschaft. Genauso wichtig sind Orte der Begegnung, sowie Hauptamtliche und Freiwillige aus der Stadtgesellschaft, die diese Orte

organisieren und gestalten. Oldenburg hat hierfür vier Gemeinwesenarbeiten sowie sechs Stadteilprojekte der offenen Altenhilfe oder die Jugendfreizeitstätten. Aber auch die Bürgervereine und Kirchen unterstützen das lebendige Miteinander der Menschen im Stadtteil.

Für Ältere werden nicht mehr stationäre Pflegeplätze benötigt, sondern mehr Wohngemeinschaften, in denen die Pflege über einen ambulanten Pflegedienst gesichert wird. In Oldenburg gibt es bereits sieben solcher Wohnformen. In diesen kleineren Settings ist es leichter, Selbstbestimmung zu verwirklichen. Problematisch ist in diesem Zusammenhang der zunehmende Fachkräftemangel in den Pflegeberufen, wobei die Lösung dieses Problems nur zum geringen Teil in den Händen der Kommune liegt. Notwendig sind eine erheblich bessere Bezahlung und ein besserer Personalschlüssel, damit mehr Menschen diese Berufe wählen und langfristig dort tätig sein wollen.

Alter(n) sollte so gestaltet sein, dass es für die Menschen sinnstiftend ist. Viele Ältere wollen sich engagieren und am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Sie wollen solidarisch mitwirken. Die Agentur Ehrensache bündelt dieses bürgerschaftliche Engagement. Aber auch zahllose Vereine und die Kirchen sind Orte, wo Ältere sich einbringen und teilhaben. Nicht zuletzt gilt es, auch Benachteiligte im Blick zu haben, um Vereinsamung zu verhindern. In diesem Kontext spielt das Thema Armut eine große Rolle.

Als besonders wichtig gilt bei allen Anstrengungen eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten. „Der demografische Wandel im Hinblick auf die Situation älterer Menschen in unserer Stadt erfordert ein solidarisches Miteinander von Alt und Jung“, sagt Sachse. Hier kann die Stadt einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie Netzwerke vorhält oder bestehende gut unterstützt; darauf achtet, dass die Netzwerke generationsübergreifend zusammengesetzt sind und ihre Arbeit so ausrichten.

---

Quelle: Pressemitteilung der Stadt Oldenburg vom 15.02.2018

**2.11 Das refuKey-Projekt in Oldenburg**  
**Eine Zusammenarbeit zur Betreuung Geflüchteter zwischen IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e. V., dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge (NTFN e. V.) und dem Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH Karl-Jaspers-Klinik**  
Sina Briese/Viktoria Knischewitzki-Bohlken, Karl-Jaspers-Klinik



Das refuKey-Projekt ist ein landesweites Projekt, um die psychosoziale und psychiatrische Versorgung von traumatisierten und psychisch kranken Geflüchteten nachhaltig zu verbessern und erfolgreich in die Regelversorgung zu integrieren. Es ist eine Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) sowie dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (NTFN) und wird vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung finanziert.

In Oldenburg ist das refuKey-Projekt im Psychosozialen Zentrum (PSZ) von IBIS e. V. und der Karl-Jaspers-Klinik angesiedelt. Damit bildet es einen von mehreren Standorten in Niedersachsen (siehe Abbildung 1 auf der Folgeseite) an denen Landeserstaufnahmeeinrichtungen angesiedelt sind. Weitere Standorte befinden sich unter anderem in Bramsche/Osnabrück, Lüneburg und Braunschweig.



Abbildung 1: Stand 2017

In Zusammenarbeit mit den vor Ort ansässigen Psychosozialen Zentren, Flüchtlingsberatungen und Psychiatriekliniken bietet das refuKey-Projekt interkulturell sensible Beratungs- und Behandlungsangebote.

Das Projekt zielt darauf ab, psychische und psychiatrische Leiden von Geflüchteten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dies geschieht durch eine erfolgreiche Integration in die bereits bestehende Regelversorgung. Damit wird eine Art „Drehtür-Effekt“, also einer Vielzahl von Arztbesuchen ohne Behandlungserfolg, vermieden und reduziert somit Unsicherheiten und Hürden bereits bestehender Systeme.

*Das refuKey-Projekt im Psychosozialen Zentrum von IBIS e. V.*

Mit einer wöchentlich stattfindenden *Offenen Sprechstunde* im Psychosozialen Zentrum Oldenburg ermöglicht das refuKey-Projekt einen erleichterten Zugang

zur psychotherapeutischen Versorgung. Für die dort stattfindenden Gespräche stehen zwei Psychologen des NTFN e. V. zur Verfügung, die von Dolmetscherinnen und Dolmetschern unterstützt werden. Die Erstgespräche der Offenen Sprechstunde dienen dazu, den Unterstützungsbedarf festzustellen, um das weitere Vorgehen abzustimmen. So können beraterisch-therapeutische Folgegespräche vereinbart oder entsprechende Gruppenangebote in Anspruch genommen werden. Neben den Psychologen des refuKey-Projekts ergänzen zwei Psychologische Psychotherapeutinnen von IBIS e. V. das Therapieangebot im PSZ; somit erleichtert das refuKey-Team den Zugang zur psychotherapeutischen beziehungsweise psychiatrischen Regelversorgung.

#### *Das refuKey-Projekt in der Karl-Jaspers-Klinik*

Geflüchtete mit einem psychiatrischen Versorgungsbedarf können sich im Rahmen des refuKey-Projekts an die Karl-Jaspers-Klinik wenden. Um Geflüchteten neben der ambulanten Versorgung auch eine gute klinische Anbindung zu ermöglichen, ist das refuKey-Projekt hier durch zwei weitere Psychologinnen vertreten.

Die Karl-Jaspers-Klinik stellt ein höherschwelliges Versorgungsangebot dar. Sie behandelt Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Leiden nicht nur psychotherapeutisch, sondern auch medikamentös behandelt und ggf. auch stationär untergebracht werden müssen. Patientinnen und Patienten können von den Psychologinnen und Psychologen im PSZ sowie durch Ärztinnen und Ärzte und anderen Institutionen der Stadt Oldenburg wie auch des Oldenburger Umlandes an die Karl-Jaspers-Klinik vermittelt werden.

Die refuKey-Psychologinnen arbeiten eng mit dem Klinikpersonal, das heißt den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern et cetera zusammen. Neben den üblichen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben erfüllen sie in erster Linie auch beraterische Aufgaben, die der Überwindung interkultureller Bar-

rieren dienen. Hierzu werden sie ebenso wie im PSZ von Dolmetscherinnen und Dolmetschern unterstützt.

Ein besonderes Augenmerk ist auf ein sicher anbindendes Entlassmanagement gelegt, da das hiesige Gesundheitssystem für Geflohene möglicherweise meist noch nicht so geläufig ist. Denn spätere Rücksprachen bzgl. der Medikation und Nachfragen sind für Geflüchtete oft mit sprachlichen und organisatorischen Barrieren verknüpft. Hierbei ist bei den ärztlichen Entlassbriefen nicht nur eine gesicherte Diagnose, sondern auch eine sorgfältig eingestellte Medikation bei Entlassung für Geflüchtete von hoher Bedeutung. Dies erleichtert außerdem eine Weiterbehandlung und –vermittlung, unter anderem an niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten et cetera. Nicht zuletzt benötigen die Patientinnen und Patienten diese Entlassbriefe, um ihre asyl- und sozialrechtlichen Ansprüche gegenüber den jeweiligen Behörden geltend zu machen.

Da es sich bei Patientinnen und Patienten mit Fluchterfahrungen häufig um Menschen handelt, die durch Gewalt-, Internierungs- und Foltererfahrungen schwer traumatisiert sind, liegt zudem ein besonderes Augenmerk darauf, Retraumatisierungen zu vermeiden.

#### *Weitere Aufgaben des refuKey-Projekts*

Eine weitere wichtige Aufgabe der Psychologinnen und Psychologen des refuKey-Projekts besteht darin, eine gute ambulante psychosoziale Anschlussversorgung sicherzustellen. Insofern stellt die Zusammenarbeit des refuKey-Teams an den beiden Standorten Karl-Jaspers-Klinik und PSZ einen eng verzahnten wechselseitigen Austausch mit weiteren Behandlern der Region dar.

Dieser Austausch wird durch eine weitere Vernetzung zwischen dem refuKey-Team und den Sozialen Diensten der umliegenden Unterkünfte, der Stadt Oldenburg und weiteren Institutionen ergänzt. Zudem berücksichtigt das refu-

Key-Team in der psychologischen Beratung und Behandlung von Geflüchteten grundsätzlich auch deren oftmals zusätzlich belastenden aufenthaltsrechtlichen Probleme. Hierfür besteht eine Anbindung an die Flüchtlingsberatung von IBIS e.V.

Darüber hinaus werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter projektbezogene Schulungen an der Klinik organisiert. Dadurch kann die kultursensible Behandlung nachhaltig verbessert werden. Dolmetscher-Schulungen geben mehr Sicherheit und fördern eine adäquate Kommunikation zwischen den fremdsprachigen Patientinnen und Patienten und dem Klinikpersonal.

Das Team des refuKey-Projekts in Oldenburg besteht aus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im PSZ mit den Diplom- Psychologen Georg Stark und Diplom-Psychologen Benjamin ter Balk sowie den Klinikmitarbeiterinnen Diplom-Psychologin Viktoria Knischewitzki-Bohlken und Psychologin (M. Sc.) Sina Briese.

#### *Hinweise zur Offenen Sprechstunde (OSS) im PSZ*

Die Offene Sprechstunde im Psychosozialen Zentrum findet montags zwischen 15 und 17 Uhr statt und dient einem ersten Gespräch. Eine Anmeldung ist empfehlenswert.

Zu diesen Zeiten stehen in der Regel Dolmetscherinnen und Dolmetscher in den Sprachen Arabisch, Farsi und Dari zur Verfügung. Weitere Dolmetscherinnen und Dolmetscher können bei frühzeitiger Ankündigung über den jeweiligen Sozialen Dienst der entsprechenden Unterkünfte für Geflüchtete oder privat organisiert werden.

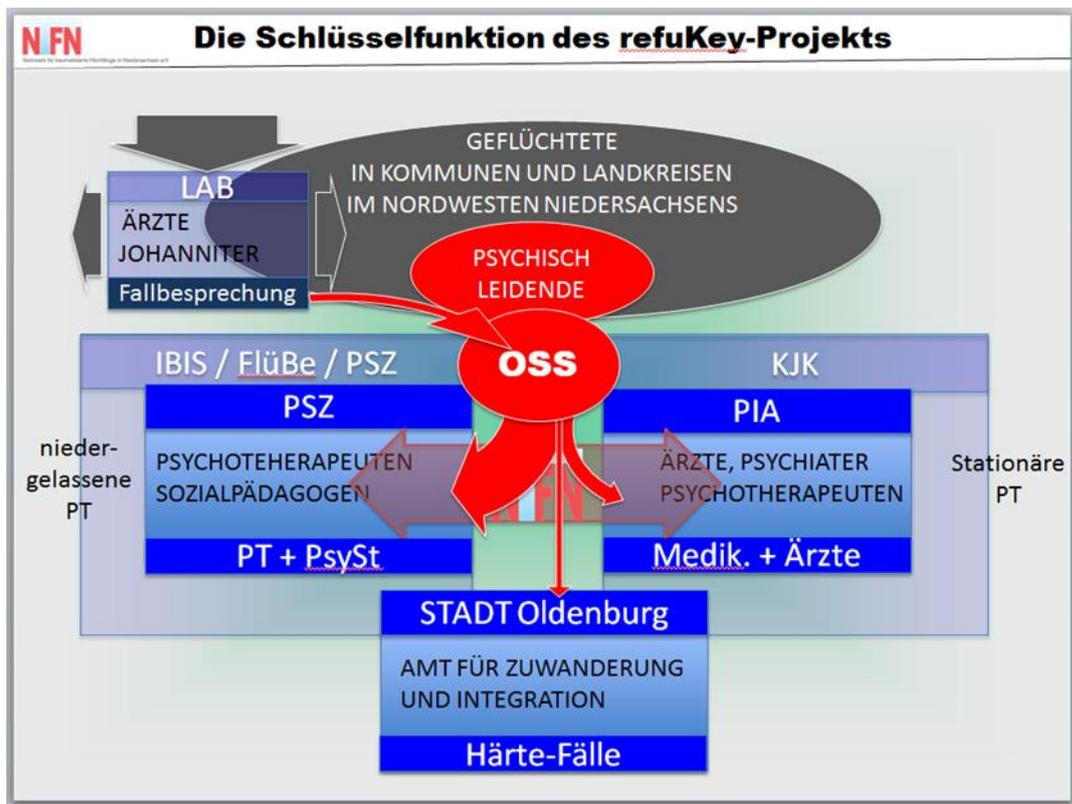


Abbildung 2: Schlüsselfunktion der Offenen Sprechstunde (OSS). LAB=Landesaufnahmebehörde, IBIS=Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., FlüBe=Flüchtlingsberatung des IBIS, PSZ=Psychosoziales Zentrum, PT=Psychotherapie, PsySt=Psychologische Stellungnahmen, KJK=Karl-Jaspers Klinik, PIA=Psychiatrische Institutsambulanz.

In der Abbildung 2 (siehe oben) wird deutlich, dass die Offene Sprechstunde des PSZ (OSS) eine sogenannte „Filterfunktion“ erfüllt. Demnach finden prinzipiell dort die Erstgespräche mit Geflüchteten statt. In diesem Gespräch wird der individuelle Bedarf geprüft und dementsprechend an die Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter oder andere Institutionen verteilt. Ist eine psychiatrische Versorgung anberaunt, werden die Geflüchteten nach einem Zweitgespräch mit den Klinikmitarbeiterinnen und folgend durch ärztlichen Kontakt in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Klinik weiter versorgt. So können unnötige stationäre Klinikaufenthalte verringert und der sogenannte „Drehtür-Effekt“ verhindert werden.

Auch die übrigen therapeutischen Angebote des refuKey-Projekts können mit Hilfe von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in Anspruch genommen werden. Für Geflüchtete selbst entstehen dabei keine Kosten.

### *Aktuelle Entwicklungen und Ausblick*

Nach der Anlaufphase des Projektes im ersten Halbjahr, in der mehrheitlich der Bedarf vor Ort eruiert wurde, werden im aktuellen zweiten Halbjahr des Projektes nun die Aufgaben an die jeweiligen Bedarfe angepasst. Bisherige Anforderungen und Aufgaben werden so routiniert, dass beispielsweise eine ärztliche und psychiatrische Anbindung gesichert ist. Hierbei spielen unter anderem auch ärztliche Atteste eine wichtige inhaltliche Rolle. Bürokratische Routine, in Form von Kostenanträgen und -übernahmen seitens des Landes, der Kommunen, der Kliniken et cetera, aber insbesondere auch der Krankenkassen (beispielsweise für Dolmetscherkosten) ist eine weitere wichtige Zielsetzung.

Außerdem soll noch mehr Sicherheit in der Behandlung von Geflüchteten vermittelt werden. Dies geschieht einerseits durch die bereits genannten Schulungen (beispielsweise Dolmetscher-Schulungen an der Klinik, Begutachtung reaktiver Traumafolgen im Oktober 2018 in Hannover (NTFN)) und intensivere Netzwerkarbeit mit der Stadt Oldenburg und den umliegenden Kommunen und Einrichtungen – wie beispielsweise mit der Landesaufnahmebehörde Oldenburg – Kloster Blankenburg (LAB). Wie in Abbildung 2 ersichtlich, werden akut psychisch leidende Geflüchtete, die in der LAB wohnhaft sind, vom dortigen Sozialdienst unter anderem mit dem PROTECT-Fragebogen gescreened und bei Bedarf in einer wöchentlichen Fallbesprechung an uns weitergeleitet. Zusätzlich sollen sprachreduzierte und ressourcenorientierte Gruppenangebote den Geflüchteten, neben den stattfindenden Gesprächen, zusätzliche Unterstützung bieten. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist auch die Versorgung von schwer belasteten Geflüchteten. Für diese Menschen ist eine sichere Umgebung, also die Unterbringungsfrage, und auch eine schnelle psychiatrische

Versorgung von höchster Bedeutung, um Verschlimmerungen bestehender Leiden zu verhindern.

Grundsätzlich beruht das Projekt auf dem Aspekt der Nachhaltigkeit, damit die durch dieses Entwicklungsprojekt bestehende Strukturen und Versorgungsangebote auch für Geflüchtete geöffnet werden.

Weitere Informationen finden Sie unter der Website des Projektes ([www.refukey.org](http://www.refukey.org)).



Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit  
und Gleichstellung



Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde



Interkulturelle Arbeitsstelle  
für Forschung, Dokumentation,  
Bildung und Beratung e.V.

KARL-JASPERS-KLINIK   
Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH

---

Kontakt zu den Autorinnen:

Sina Briese, Psychologin (M. Sc.)

Viktoria Knischewitzki-Bohlken, Diplom-Psychologin

Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Straße 7, 26160 Bad Zwischenahn

## **2.12 Ambulante Begleitung von Menschen in prekären Lebenslagen – Erfahrungen aus einem anderen Bundesland**

Bernd Gimmel, Diplom-Sozialarbeiter, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Der Krankenhaussozialdienst nimmt im Übergang von der akuten Erkrankung zur nachstationären Versorgung eine zentrale Schnittstellenfunktion ein. Nicht selten offenbaren sich in der krisenhaften Phase der akuten Erkrankung zum Teil langjährige und verfestigte prekäre Lebensentwürfe, die sich nun als nicht weiter tragfähig für die weitere selbstständige Lebensführung erweisen.

In der Beratung der Patientinnen und Patienten ist der Krankenhaussozialdienst regelmäßig mit unterschiedlichen prekären Lebenslagen befasst:

- Herr M. benötigt nach seinem Schlaganfall Unterstützung bei der Grundpflege, insbesondere beim Duschen. Er hat eine Sprachstörung und kann sich nicht äußern. Schließlich wird durch einen Nachbarn bekannt, dass M. seit einigen Jahren keine Wohnung mehr hat und in einem Campingwagen lebt.
- Frau L. erzählt der Sozialdienstmitarbeiterin, dass sie nicht mehr zurück in die Wohnung ihres Bekannten zurück wolle. Sie habe lediglich eine Beziehung vorgetäuscht, weil sie keine Wohnung mehr habe und nicht auf der Straße leben wolle.
- Zu Herrn S. meldet die Krankenversicherung, dass er Beitragsschulden bei der Krankenversicherung habe und daher die Leistung nicht bewilligt werden könne. Darauf angesprochen berichtet S., dass er seit einiger Zeit arbeitslos sei, nachdem er psychisch erkrankt war. Seitdem öffne er seine Post nicht mehr regelmäßig. Er komme zudem mit dem Geld nicht aus, habe aus Frust viele Schulden gemacht und zuletzt weder Miete noch Strom bezahlt. Zum nächsten Monat sei er ohne Wohnung, weil der Vermieter gekündigt habe.

- Im Beratungsgespräch berichtet Frau H ganz aufgebracht, was sie eben im Raucherbereich gehört habe: In der Unterhaltung zweier Patientinnen habe eine gesagt, dass sie nur im Krankenhaus sei, weil sie noch einige Tage überbrücken müsse, bis sie wieder eine Wohnung habe. Vorher habe sie im Internet nach besonders schwer festzustellenden Krankheiten gesucht, damit sie nicht direkt wieder aus dem Krankenhaus entlassen werde. Es sei auch nicht das erste Mal, dass sie sich aus diesen Gründen ins Krankenhaus begeben habe.

In solchen Fallkonstellationen wird erkennbar, dass es neben der Erkrankung viele weitere Unterstützungsbedarfe seitens der Patientinnen und Patienten gibt.

Für den Krankenhaussozialdienst stellt sich die Frage, auf welche ganzheitlichen Unterstützungssysteme für die Zeit nach der Entlassung in der Beratung verwiesen werden kann.

Die im Bereich der Stadt Oldenburg vorgehaltenen Unterstützungssysteme, wie die Fachberatungen zu Sucht, Schulden oder Wohnungsnot, sind aus Klientensicht teilweise zu hochschwellig (Komm-Strukturen) und haben Zugangsvoraussetzungen, die für sie nur schwerlich erfüllbar sind. Weiterhin haben Fachberatungen thematisch begrenzte Aufgabenstellungen. Ein Angebot der freien Wohlfahrtspflege, das niedrigschwellige und ganzheitliche Begleitung von Menschen in prekären Lebenslagen leisten kann, ist in der Region nicht bekannt.

Weiterhin sind die Betroffenen oft über ihre Ansprüche schlecht informiert, scheuen aus Scham vor der Antragsstellung von Sozialleistungen zurück oder haben schlechte Erfahrungen und Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden. Vielfach bewirken soziale Schwierigkeiten und sich selbst ausgrenzende Verhaltensmuster in der langfristigen Folge eine ungesicherte Wohnsituation.

Eine isolierte, auf einen Unterstützungsbedarf abzielende Intervention, erweist sich als nicht zielführend. Vielmehr ist eine systemisch angelegte und länger andauernde fachliche Intervention erforderlich. Das SGB XII gibt in den §§ 67 ff die Möglichkeit hierzu.

Klassischerweise ist der § 67 SGB XII die rechtliche Grundlage der Wohnungslosenhilfe und auch die oben geschilderten Beispiele lassen sich in die Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit (ETHOS) der FEANTSA (Europäische Vereinigung nationaler Organisationen, die mit Wohnungslosen arbeiten)<sup>17</sup> einordnen. Die Hilfe richtet sich an Personen in besonderen Lebenslagen und bietet Unterstützung bei der Überwindung ihrer sozialen Schwierigkeiten.

Erfahrungswerte aus anderen Bundesländern (im Folgenden aufgrund des vorherigen Arbeitsbereichs des Verfassers in NRW) zeigen, dass diese unterstützende Hilfe im Sinne eines betreuten oder begleitenden Wohnens nachhaltige Erfolge bei den oben geschilderten weitreichenden Hilfebedarfen erzielen kann:

Eingebettet in ein Hilfesystem von stationärer Wohnungslosenhilfe, Fachberatungsstelle für Wohnungslose sowie Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe, richtet sich das Betreute Wohnen für Wohnungslose an volljährige Menschen, die in der Entsprechung des § 67 SGB XII Hilfe bei der Überwindung ihrer sozialen Schwierigkeiten und besonderen Lebenslagen benötigen. Es bietet Hilfe unter weitgehend normalen Wohn- und Lebensverhältnissen an, losgelöst von Einrichtungen und Büroräumen.

---

<sup>17</sup> Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA): ETHOS Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit. Internet: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>

Symptomatisch weisen die Nutzerinnen und Nutzer zumeist mehrere Problemfelder auf:

- Mietschulden,
- mietwidriges Verhalten,
- Schulden,
- Sucht,
- psychische Erkrankung,
- Rückzugs- oder Abwehrverhalten,
- erschwerter Beziehungsaufbau,
- unzureichendes Einkommen,
- fehlender Versicherungsschutz,
- gewaltgeprägte Umstände,
- Straffälligkeit,
- Gesundheitseinschränkungen,
- Isolation,
- Probleme im Umgang mit Behörden und Antragstellung et cetera.

Im Betreuten Wohnen für Wohnungslose erfahren die Nutzerinnen und Nutzer eine strukturierte Unterstützung:

Im Aufnahmegespräch wird die Zugehörigkeit zum Personenkreis des § 67 SGB XII abgeklärt. Ist dies zutreffend, stellen die Nutzerinnen/Nutzer mit Unterstützung des Betreuten Wohnens einen Sozialhilfeantrag beim örtlichen Sozialhilfeträger.

Es folgt im Rahmen der Clearings- und Motivationsphase eine erste Kostenzusage von drei Monaten. In dieser Zeit wird einerseits der Hilfeplan gemeinsam von Nutzerin/Nutzer und Leistungserbringer erarbeitet andererseits haben die Nutzerin/der Nutzer die Möglichkeit, mit fachlicher Begleitung ein zuvor zu hochschwelliges Hilfesystem zu erreichen, etwa die Vermittlung in die Eingliederungshilfe oder die Motivation zur vielleicht ersten Entgiftungsbehandlung.

Im Hilfeplanverfahren werden Ziele und Maßnahmen für verschiedene Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte, Gesundheit und Freizeitverhalten für einen Zeitraum von 12 Monaten festgelegt. Nach erfolgter Kostenzusage wird daraufhin eine Fortschreibung des Hilfeplans ab dem zweiten Jahr der Begleitung im Betreuten Wohnen notwendig, in der weiteren Folge jedes halbe Jahr.

Die Hilfe ist vom Gesetzgeber nicht auf Dauer angelegt sondern wird solange wie notwendig gewährt. Als persönliche Hilfe fallen für die Nutzerin/den Nutzer keine Kostenbeteiligungen an der Maßnahme an.

Der Leistungserbringer hat innerhalb des Hilfeprozesses verschiedene Interventionsformen in seinem Portfolio:

- Beratung,
- Begleitung zu Terminen,
- Unterstützung bei der Haushaltsführung (Umgang mit Geld, Haushaltsplan, Hygiene im Wohnraum, Einkauf, Selbstversorgung),
- Coaching/Anleitung bei Behördenangelegenheiten,
- Förderung von Gesundheit et cetera.

Er ist mobil und sucht die Nutzerin/den Nutzer in ihrer/seiner gewohnten Umgebung auf.<sup>18</sup>

Im Rahmen dieser Unterstützung gibt es zahlreiche erfolgreiche Verläufe:

- Stabilisierung und Alkoholabstinenz eines 67-jährigen nach jahrzehntelanger Nichtsesshaftigkeit und Alkoholabusus seit dem jungen Erwachsenenalter in der eigenen Wohnung,

---

<sup>18</sup> Lutz, Ronald; Simon, Titus; Sartorius, Wolfgang (2017): Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. 3. Auflage, Weinheim, S. 150 ff.

- Verhinderung der Zwangsräumung einer alleinerziehenden Mutter mit psychischer Erkrankung und Erziehungsschwierigkeiten mit nachhaltiger Wohnraumsicherung,
- Unterstützung eines Straftatlassenen bei der sozialen und beruflichen Neuorientierung nach kurzem Aufenthalt in der stationären Wohnungshilfe,
- Unterstützung eines alleinstehenden Rentners bei der Wohnraumbeschaffung, nachdem der Verbleib im Wohnwagen aufgrund von Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen war unter Vermittlung des Nutzers an das Betreute Wohnen durch den Krankenhaussozialdienst,
- Motivation eines 44-jährigen zur erstmaligen Entgiftungsbehandlung und anschließender Entwöhnung bei langjährigem Alkoholabusus nach 15-monatiger Begleitung durch das Betreute Wohnen.

Diese exemplarischen Verläufe zeigen auf, dass durch langfristige ambulante Begleitungen Türen für die auf den ersten Blick „hoffnungslosen“ Fälle offengehalten werden. Ein wesentlicher Pluspunkt des Hilfeansatzes ist die Flexibilität des Hilfeangebotes.

Die Unterstützung erfolgt im Hilfeverbund von kommunalen Behörden, Jobcenter, Psychiatrie, Suchthilfe, Schuldnerberatung, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäuser, Kirchengemeinden, Selbsthilfe und vielen weiteren Akteuren im lokalen Hilffssystem. Das Betreute Wohnen nimmt hierbei die Rolle eines Lotsen durch den „Beratungsdschungel“ im Sinne der zu erreichenden Hilfeplanziele ein.

Im Sozialpsychiatrischen Plan der Stadt Oldenburg in der Fortschreibung von 2014<sup>19</sup> wurde die Thematik „Wohnen“ schwerpunktmäßig behandelt. Bereits hier wurde eine zunehmende Verschärfung auf dem Wohnungsmarkt durch einen Wohnungsmangel im unteren Preissegment beschrieben, weiterhin eine gesteigerte Besuchszahl im Tagesaufenthalt für Wohnungslose und eine größer werdende Anzahl von jungen Menschen in ungesicherten Wohnverhältnissen. In einem Beitrag verwies der Autor auf Beispiele zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit in anderen Kommunen als Vorbild für die Stadt Oldenburg.

Das derzeitige Hilfesystem in Oldenburg richtet sich vorrangig an akut Wohnungslose oder Nichtsesshafte, die ihren Wohnsitz in Oldenburg begründen wollen. Hier unterstützen der Tagesaufenthalt sowie die weiteren Angebote der Wohnungslosenhilfe des Diakonischen Werkes. Seitens der Stadtverwaltung unterstützt das Amt für Teilhabe und Soziales durch aufsuchende Arbeit in schwierigen Lebenslagen.

Darüber hinaus haben die Einwohnerinnen und Einwohner von Oldenburg keine Anlaufstelle, sofern sie nicht den Zielgruppen des vorhandenen Hilfesystems entsprechen. Wünschenswert sind ergänzende Dienstleistungen der freien Wohlfahrtspflege, die die Menschen bei der Überwindung ihrer prekären Lebenslagen unterstützen.

Die Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Wohnungslosenhilfe wurde zuletzt sehr kritisch betrachtet. Seitens der Wohnungslosenhilfe wird der Anspruch erhoben, dass Krankenhäuser dafür Sorge zu tragen hätten, dass Patientinnen und Patienten nicht auf die Straße oder in unzureichende Versorgungssituationen zu entlassen seien. Es wird konstatiert, dass das Entlassungsmanagement seitens der Krankenhäuser nicht gegeben sei und dieses

---

<sup>19</sup> Stadt Oldenburg (2014): Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg. Fortschreibung 2014. Internet:  
[https://www.oldenburg.de/fileadmin/civserv/100/forms/Gesamtplan\\_2014\\_Version\\_Presseamt.pdf](https://www.oldenburg.de/fileadmin/civserv/100/forms/Gesamtplan_2014_Version_Presseamt.pdf).

nicht der interdisziplinären Aufgabe gerecht werde.<sup>20</sup> Diese Vorhaltung ist einerseits nicht zielführend im Sinne eines kooperativen lokalen Hilfesystems, andererseits auch spätestens durch das Inkrafttreten des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement 2017 zwischen den Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenversicherungen überholt.

Der Sozialdienst im Evangelischen Krankenhaus verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz in der Begleitung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Zugehörigen. Ziel ist die Anbahnung einer nachhaltigen und bedarfsgerechten nachstationären Versorgung.

Auf diesem Weg können im Einzelfall zahlreiche Barrieren die Zielerreichung verhindern. Vermeidungsverhalten und mangelnde Compliance der Patientinnen und Patienten sowie fehlende lokale Unterstützungssysteme für die Zeit nach der Krankenhausentlassung sind ernstzunehmende Hindernisse bei der Organisation der nachgehenden Unterstützung.

---

Kontakt zum Autor:

Bernd Gimmel, Diplom-Sozialarbeiter, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg,  
Steinweg 13-17, 26122 Oldenburg Leitung Sozialdienst,  
Telefon 0441-236640,  
Mail: bernd.gimmel@evangelischeskrankenhaus.de

---

<sup>20</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2017): Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze. Berlin, S. 221.

## **2.13 Die neue Geschäftsordnung des Sozialpsychiatrischen Verbundes ist in Kraft getreten**

Dr. phil. Peter Orzessek, Geschäftsführer Sozialpsychiatrischer Verbund

Die neue Geschäftsordnung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg wurde am 28. Februar 2018 auf dem Sozialpsychiatrischen Forum verabschiedet und ist somit in Kraft getreten.<sup>21</sup>

### **Geschäftsordnung für den Sozialpsychiatrischen Verbund Oldenburg**

Für das Gebiet der Stadt Oldenburg wurde 1997 gemäß § 8 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997 ein Sozialpsychiatrischer Verbund (SpV) (siehe Anlage 1, Seite 102) gebildet.

In der Stadt Oldenburg existierten bereits vor der Gründung des SpV seit mehreren Jahren drei Arbeitskreise (Arbeitskreis Sucht seit 1988, Arbeitskreis Gerontopsychiatrie seit 1990, Arbeitskreis Psychiatrie seit 1994). Diese drei Arbeitskreise entsprachen dem Gedanken des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und wurden als ein solcher Verbund weitergeführt (siehe Anlage 2, Seite 103). 1999 wurde der SpV um einen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie erweitert. Ergänzt wurde die Struktur durch eine Delegiertenversammlung und das Sozialpsychiatrische Forum als Gesamttreffen des Verbundes. Zusätzlich wurde der Verbund um einen virtuellen Arbeitskreis Medienabhängigkeit und um das Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern und um das Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern erweitert (siehe Anlage 3, Seite 104).

Im SpV sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 und jeweils zwei Personen vertreten sein, die von den Selbsthilfeorganisationen Betroffener und Angehöriger psychisch Kranker benannt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt die laufenden Geschäfte des SpV (siehe Anlage 1, Seite 102).

---

<sup>21</sup> Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, S. 49 ff.

Für die Arbeit des SpV und die Zusammenarbeit der Hilfeanbieter im SpV gelten die folgenden Regelungen:

## **1. Ziele und Aufgaben des SpV**

Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen.

Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten.

Zu den Aufgaben gehört insbesondere:

- Organisation der Zusammenarbeit und Abstimmung der Hilfen,
- Bestandsaufnahme vorhandener Hilfen,
- Bedarfsermittlung von Hilfen,
- gegenseitige Information, wenn Leistungsanbieter oder Leistungsträger das Angebot an Hilfen wesentlich ändern,
- Mitarbeit an der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot gemäß § 9 NPsychKG (siehe Anlage 1, Seite 102),
- Erfahrungs- und Informationsaustausch.

## **2. Beteiligung**

Im SpV sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne von § 6 NPsychKG, die im Gebiet der Stadt Oldenburg tätig sind oder tätig werden wollen, und Leistungsträger vertreten sein. Außerdem sollen jeweils zwei Personen vertreten sein, die von den Selbsthilfeorganisationen Betroffener und Angehöriger psychisch Kranker benannt werden (zum Beispiel aus dem Behindertenbeirat oder aus der Beratungs- und Koordinierungsstelle für Selbsthilfegruppen).

Die Beteiligung wird in schriftlicher Form gegenüber der Geschäftsführung beantragt. Das Hilfeangebot ist darzustellen. Die Erklärung wird mit Ablauf von einem Monat wirksam, wenn nicht widersprochen wird.

Die Beteiligungserklärung kann zurückgewiesen werden, wenn die Geschäftsführung nach Rücksprache darstellen kann, dass ein Hilfeangebot im Sinne des NPsychKG nicht vorliegt beziehungsweise nicht angestrebt wird.

Die im SpV vertretenden Institutionen entsenden Teilnehmerinnen beziehungsweise Teilnehmer in die Gremien, die die Institution nach außen vertreten dürfen und in den Institutionen als Multiplikator fungieren können.

Wenn trotz schriftlicher Anfrage und einmaliger Erinnerung keine Erklärung zur weiteren Mitarbeit eingeht, darf davon ausgegangen werden, dass eine Beteiligung bis auf weiteres ruht.

Die Beteiligung kann in schriftlicher Form gegenüber der Geschäftsführung beendet werden. Dabei soll dargestellt werden, dass kein Hilfeangebot für psychisch kranke Menschen mehr vorgehalten wird.

### **3. Struktur und Organisation**

Gremien des SpV sind mit Stand vom Juli 2017 (siehe Anlage 3, Seite 104):

- Sozialpsychiatrisches Forum,
- Delegiertenversammlung,
- Arbeitskreis Allgemeinpsychiatrie,
- Arbeitskreis Sucht mit dem
  - Virtuellen Arbeitskreis Medienabhängigkeit,
- Arbeitskreis Gerontopsychiatrie,
- Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem
  - Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern,
  - Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern.

Die Geschäftsführung obliegt dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Die Einladungen werden von der Geschäftsführung zwei bis vier Wochen vor dem Termin mit der Tagesordnung verschickt, wobei in der Regel bei jeder Sitzung der nächste Termin festgelegt wird. Wünsche für die Tagesordnung sind möglichst schriftlich an die Geschäftsführung zu richten.

Tagungsort ist jeweils in einer der beteiligten Einrichtungen.

Es wird ein Protokoll erstellt, das allen Beteiligten des Sozialpsychiatrischen Verbundes zugänglich ist.

Die einzelnen Arbeitskreise können – wenn dies aktuell notwendig ist – in Unterkreisen zwischenzeitlich zusammengerufen werden. Diese können auch arbeitskreisüberschneidend sein.

#### **4. Sozialpsychiatrisches Forum**

Das Sozialpsychiatrische Forum ist die Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Es findet einmal im Jahr statt. Hier werden die aktuellen Schwerpunktthemen und andere arbeitskreisübergreifende Fragestellungen diskutiert und die neuen Schwerpunktthemen für die Arbeit im SpV und am Sozialpsychiatrischen Plan festgelegt. Zur Arbeitsweise siehe auch Punkt 12.

#### **5. Delegiertenversammlung**

Jeder Arbeitskreis (derzeit Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) soll zwei Vertreterinnen beziehungsweise Vertreter in die Delegiertenversammlung entsenden. Außerdem sollen auch Betroffenen- und Angehörigenvertreter in der Delegiertenversammlung vertreten sein. In der Delegiertenversammlung werden arbeitskreisübergreifende Themen diskutiert und das Sozialpsychiatrische Forum vorbereitet. Die Delegiertenversammlung tagt in der Regel zweimal pro Jahr. Zur Arbeitsweise siehe auch Punkt 12.

## **6. Arbeitskreis Allgemeinpsychiatrie**

In diesem Arbeitskreis sollen die Mitglieder des Verbundes aus dem Bereich Allgemeinpsychiatrie vertreten sein. Der Arbeitskreis trifft sich mindestens zweimal im Jahr. Zur Arbeitsweise siehe auch Punkt 12.

## **7. Arbeitskreis Sucht**

In diesem Arbeitskreis sollen die Mitglieder des Verbundes aus dem Bereich Sucht vertreten sein. Der Arbeitskreis trifft sich mindestens zweimal im Jahr. Zur Arbeitsweise siehe auch Punkt 12. Zu diesem Arbeitskreis gehört auch der Virtuelle Arbeitskreis Medienabhängigkeit. In diesem Arbeitskreis haben sich Mitglieder des SpV zusammengeschlossen, die sich gegenseitig per E-Mail über den Bereich Medienabhängigkeit austauschen und informieren.

## **8. Arbeitskreis Gerontopsychiatrie**

In diesem Arbeitskreis sollen die Mitglieder des Verbundes aus dem Bereich Gerontopsychiatrie vertreten sein. Der Arbeitskreis trifft sich mindestens zweimal im Jahr. Zur Arbeitsweise siehe auch Punkt 12.

## **9. Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie**

In diesem Arbeitskreis sollen die Mitglieder des Verbundes aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie vertreten sein. Der Arbeitskreis trifft sich mindestens zweimal im Jahr. Zur Arbeitsweise siehe auch Punkt 12.

Zu diesem Arbeitskreis gehört auch das Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern. Dieses Netzwerk besteht aus Mitgliedern des Verbundes, die bei Bedarf zur Diskussion von Fragestellungen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern zusammenkommen. Aus diesem Netzwerk hat sich das Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern gebildet:

Das Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern arbeitet auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung interdisziplinär und interinstitutionell. Folgende Institutionen sind vertreten:

- Amt für Jugend und Familie mit dem Allgemeinen Sozialdienst und der Psychologischen Beratungsstelle,
- der Sozialpsychiatrische Dienst,
- das Kinderschutzzentrum,
- die Karl-Jaspers-Klinik und
- die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Oldenburg.

Fachleute aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe haben einmal im Monat die Möglichkeit in anonymisierter Form einen Fall vorzustellen. Im Beratungsforum werden dann Handlungsperspektiven entwickelt und Lösungsansätze erarbeitet.

## **10. Treffen der Leiterinnen und Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Geschäftsführungen der Sozialpsychiatrischen Verbände im Raum Weser-Ems**

Es besteht eine Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Verbänden im Raum Weser-Ems in Verbindung mit den Leitern der Sozialpsychiatrischen Dienste im Raum-Weser-Ems und mit dem Psychiatriereferat des Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen. Diese Arbeitstreffen finden dreimal im Jahr in Oldenburg statt. Der Sozialpsychiatrische Verband der Stadt Oldenburg wird bei diesen Treffen durch seine Geschäftsführung vertreten.

## **11. Geschäftsführung**

Der Geschäftsführung obliegen insbesondere

- die Vertretung des Sozialpsychiatrischen Verbundes nach außen,
- die Einladung zu den Arbeitskreisen beziehungsweise Unterkreisen sowie die Aufstellung der Tagesordnung und die Sitzungsleitung,

- die Organisation des SpV und die Sicherung des Informationsflusses, wobei die Organisation des SpV im NPsychKG nicht vorgegeben ist. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass die organisatorischen Regeln auf einen möglichst geringen Umfang beschränkt bleiben sollen;
- die Vertretung des Sozialpsychiatrischen Verbundes bei den Treffen der Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Geschäftsführungen der Sozialpsychiatrischen Verbände im Raum Weser-Ems.

## **12. Verknüpfung der Arbeit im SpV mit der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes**

Thematisch ist die Arbeit im SpV verknüpft mit der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes in der Form von Schwerpunktthemen. Diese werden in der Regel von der Geschäftsführung im Benehmen mit der Delegiertenversammlung beim Sozialpsychiatrischen Forum am Anfang eines jeden Jahres den Verbundmitgliedern vorgestellt.

In der ersten Arbeitsrunde der Arbeitskreise im Frühjahr eines jeden Jahres werden zu diesem Thema mögliche Bedarfe, Problemfelder, aber auch positive Beispiele abgefragt und andiskutiert.

Seitens der Geschäftsführung des SpV werden dann Autorinnen und Autoren zu den benannten Punkten angefragt, so dass im Rahmen der Veröffentlichung der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes zur zweiten Arbeitskreisrunde im Herbst eines jeden Jahres entsprechende Beiträge oder Stellungnahmen in schriftlicher Form vorliegen.

Diese im Plan dargestellten Sachverhalte können nun innerhalb der einzelnen Organisationsstrukturen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Verbundes diskutiert werden.

Beim nächsten Sozialpsychiatrischen Forum zum Anfang eines jeden Jahres findet eine strukturierte Diskussion des Schwerpunktthemas statt, wobei mög-

liche Bedarfe diskutiert und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation gesammelt werden. Auf diesem Sozialpsychiatrischen Forum wird ebenfalls ein neues Schwerpunktthema für die nächste Fortschreibung festgelegt.

In der folgenden Runde der Arbeitskreise im Frühjahr werden jeweils Empfehlungen zu dem Schwerpunktthema erarbeitet. Diese werden von der Geschäftsführung zusammengefasst und mit der Delegiertenversammlung besprochen, so dass in der kommenden Ausgabe des Sozialpsychiatrischen Planes entsprechende Bedarfe und Empfehlungen zur Verbesserung der kommunalen Versorgungsstruktur veröffentlicht werden.

Mit der Auswahl eines zweiten Schwerpunktthemas im Rahmen des nächsten Sozialpsychiatrischen Forums beginnt parallel ein weiterer Arbeitszyklus wie oben beschrieben (siehe auch Anlage 4, Seite 105).

### **13. Inkrafttreten**

Diese Geschäftsordnung tritt in Kraft, sobald sie beim Sozialpsychiatrischen Forum 2018 beschlossen wurde. Gleichzeitig tritt die bisherige Geschäftsordnung aus der Gründung des Sozialpsychiatrischen Verbundes außer Kraft.

## **Anlage 1**

### **Auszug NPsychKG**

#### **§ 6**

##### **Arten und Ziele der Hilfen**

(1) Hilfen sind insbesondere die Vermittlung oder Durchführung frühzeitiger und umfassender psychosozialer Beratung und Betreuung sowie frühzeitiger und umfassender medizinischer und psychotherapeutischer Beratung und Behandlung.

(2) Ziel der Hilfen ist es, der betroffenen Person ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben mit Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen und eine erstmalige oder wiederholte Unterbringung zu vermeiden.

(3) <sup>1</sup> Durch die Hilfen soll die Eingliederung in das Leben in der Gemeinschaft nach einer stationären psychiatrischen Behandlung oder einer Unterbringung vorbereitet und erleichtert werden. <sup>2</sup> Der Sozialpsychiatrische Dienst hat in Zusammenarbeit mit der stationären Einrichtung nach Satz 1 und der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt sicherzustellen, daß eine weiterhin erforderliche ambulante Betreuung der betroffenen Person rechtzeitig eingeleitet wird.

(4) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Die Hilfen sollen die nahestehenden Personen auch in ihrer Fürsorge für die betroffene Person entlasten und unterstützen.

(5) <sup>1</sup> Die Hilfen sind wohnortnah und soweit wie möglich ambulant zu leisten, sodass die betroffene Person in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann. <sup>2</sup> Die Landkreise und kreisfreien Städte haben darauf hinzuwirken, dass Angebote der nichtklinisch-stationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung, einschließlich der Hilfen in Krisensituationen, der Prävention und Rehabilitation sowie der sozialen und pädagogischen Dienste in Anspruch genommen werden können.

#### **§ 8**

##### **Sozialpsychiatrischer Verbund**

(1) <sup>1</sup> Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. <sup>2</sup> Im Sozialpsychiatrischen Verbund eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 und jeweils zwei Personen vertreten sein, die von den Selbsthilfeorganisationen Betroffener und Angehöriger psychisch Kranker benannt werden. <sup>3</sup> Der Sozialpsychiatrische Dienst führt die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

(2) <sup>1</sup> Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen. <sup>2</sup> Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

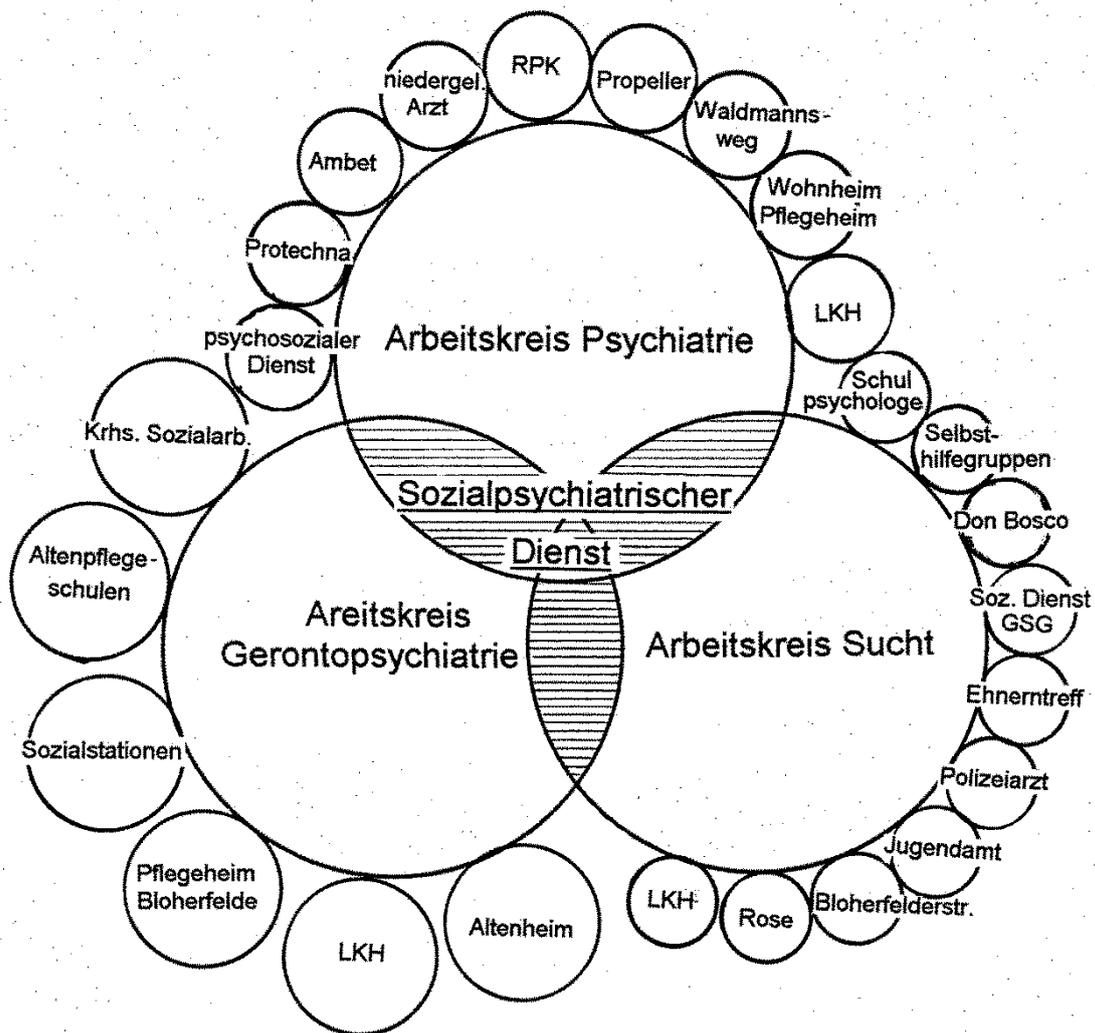
(3) Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten.

#### **§ 9**

##### **Sozialpsychiatrischer Plan**

Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Der Sozialpsychiatrische Plan ist laufend fortzuschreiben.

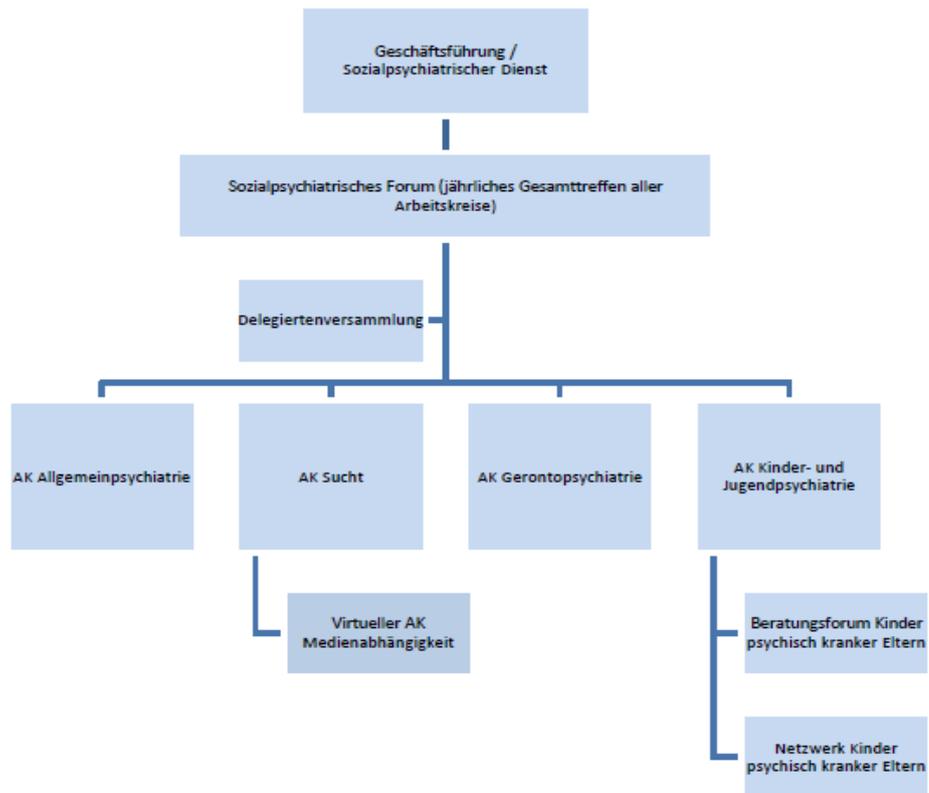
## Sozialpsychiatrischer Verbund der Stadt Oldenburg



Struktur bei der Gründung des SpV 1999

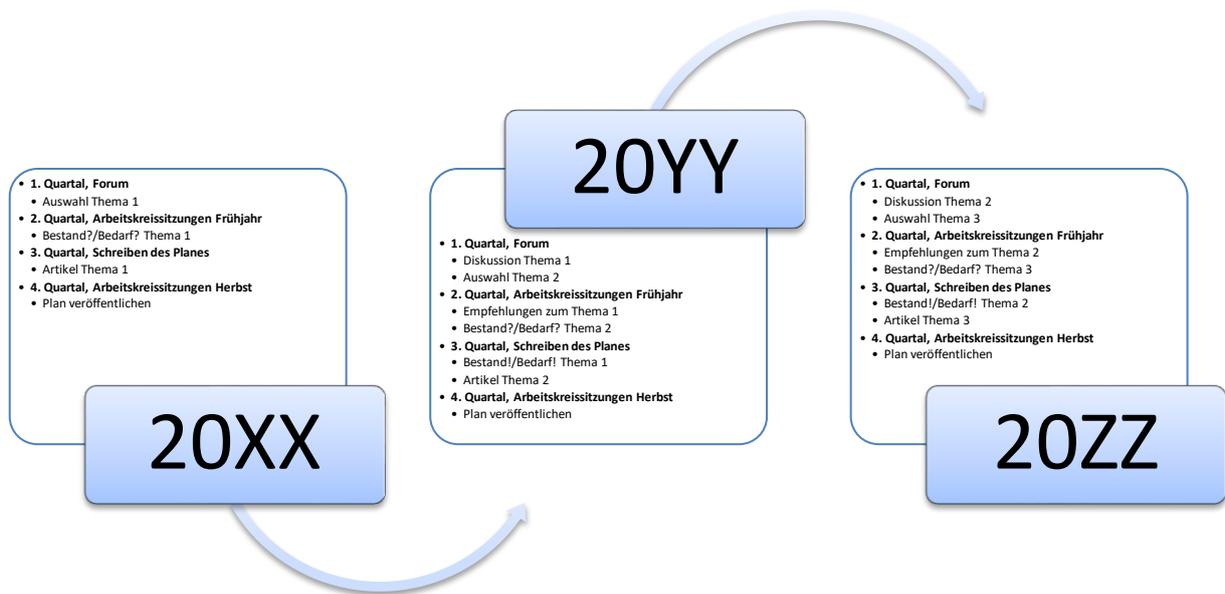
## Anlage 3

# Sozialpsychiatrischer Verbund der Stadt Oldenburg nach §8 NPsychKG



Stand: Dezember 2017

## Anlage 4



---

Kontakt zum Autor:

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b,  
26121 Oldenburg

### **3    Schwerpunktthema Funktionales Basismodell**

---

#### **3.1    Einführung zum Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“**

Alexandra Döpke/Dr. phil. Peter Orzessek,  
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Seit dem letzten Sozialpsychiatrischen Forum, dem jährlichen Gesamttreffen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, ist das „Funktionale Basismodell“ das neue Schwerpunktthema für die Arbeit im Verbund und an der weiteren Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans.

Während Sie ab Seite 122 die Empfehlungen zum letzten Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“ lesen können, finden Sie in diesem Abschnitt der Ihnen vorliegenden Veröffentlichung verschiedene Artikel, die sich mit der Umsetzung des Funktionalen Basismodells befassen. Diese Artikel und natürlich der in der letzten Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans abgedruckte Artikel von Steinhart & Wienberg „Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung“<sup>22</sup> sollen die Grundlage bilden für die Diskussion in den Arbeitskreisen des Verbundes zur Frage, wie das Funktionale Basismodell in der Stadt Oldenburg umgesetzt werden kann.

Herr Prof. Dr. Wienberg selbst hat am 28.02.2018 beim Sozialpsychiatrischen Forum in Oldenburg das von ihm und Herrn Prof. Dr. Steinhart entwickelte Modell vorgestellt.

Der Hintergrund für die Wahl des Schwerpunktthemas ist, dass sowohl der Landespsychiatrieplan Niedersachsen als auch die aktuelle Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und CDU in Niedersachsen sogenannte „Gemeindepsychiatrische Zentren“ empfehlen. Das von Steinhart und Wienberg vorgeschlagene Basismodell bietet hierfür den geeigneten Rahmen, um diese Idee in den Kommunen umzusetzen.

---

<sup>22</sup> Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, S. 71 ff.

Die auf den nächsten Seiten folgenden Artikel sollen Denk- und Diskussionsanstöße sein, die in der weiteren Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes vertieft werden können.

---

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

### **3.2 Station ohne Betten – Psychiatrische Klinik in Bewegung**

Monika Schöne (Genesungsbegleiterin/Peer),  
Anouk Weissenrieder (Psychologin i. A.),  
Ulrike Steinert (Fachkrankenschwester),  
Guido Hartmann (Leitung Medizincontrolling),  
Psychiatrische Klinik Lüneburg

Es gibt Menschen, die sich im Rahmen von psychischen Krisen nicht in ein psychiatrisches Krankenhaus begeben wollen oder können. Manchmal erscheint dies auch aufgrund von Hospitalisierungsgefahr nicht ratsam.

Die beschränkten teilstationär-ambulanten Ressourcen bringen es mit sich, dass zumindest für einen Teil der Patientinnen und Patienten die stationäre Behandlung eine Überversorgung darstellt. Dies bedeutet jedoch nicht nur eine Fehlallokation von Mitteln, sondern erschwert Patientinnen und Patienten die Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien (Empowerment) und Integrationschancen (Recovery). Eine aufsuchende Begleitung und konstante professionelle Beziehungsgestaltung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes muss unter aktuellen Umständen als Privileg einzelner Patientinnen und Patienten angesehen werden. Dies gilt es als Leistungsstandard zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund hat die Psychiatrische Klinik Lüneburg (PKL) ein Versorgungskonzept entwickelt, das einen flexibleren und bedarfsgerechteren Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses beinhaltet, um diesen Menschen eine intensive Behandlung auch ohne ein stationäres Krankenhausbett zukommen zu lassen. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass durch diese Behandlungsform eine höhere Teilhabe am Leben durch eine nachhaltige Beziehungsstabilität erreicht werden konnte.

#### *Was beinhaltet das Modellprojekt?*

Im Jahr 2013 haben mit der AOK Niedersachsen (AOKN) erste Gespräche zur Umsetzung dieses Versorgungskonzeptes im Rahmen des § 64 b SGB V stattgefunden. Bereits am 01. Januar 2014 konnte mit der AOKN für zunächst acht Jahre das Modellvorhaben § 64 b SGB V „Stationsersetzende

Behandlung“ begonnen werden. Dieses Modellvorhaben ermöglicht eine bedürfnisangepasste Behandlung durch die Aufhebung der bislang noch bestehenden strikten Aufteilung in vollstationäre, teilstationäre und ambulante Settings. Die bei der AOKN versicherten Patientinnen und Patienten können im Rahmen ihrer Behandlung je nach Verfassung mehr Zeit an dem Ort verbringen, der hilfreich erscheint (auf der Station, zu Hause, bei der ambulanten Ergotherapiegruppe, et cetera).

### *Wie lautet die Zielsetzung des Modellprojekts?*

Zielsetzung des Modellvorhabens in der gesamten Erwachsenenpsychiatrie ist die Gesundung beziehungsweise Stabilisierung der Patientinnen und Patienten unter Beibehalt größtmöglicher bestehender Beziehungsstruktur. Hierbei ist es hilfreich, dass eine Verknüpfung verschiedener bislang voneinander getrennter Leistungen möglich ist. Wesentliche Bestandteile der neuen, individualisierten Therapieangebote sind Weiterentwicklungen therapeutischer Ansätze, die bislang aufgrund mangelnder Ressourcen nicht konsequent umgesetzt werden konnten. Die Grundlagen des Behandlungskonzeptes sind immer als integrierte Leistungen im Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) gemäß § 8 des NPsychKG zu verstehen. Die Behandlung schwer psychisch Kranker durch ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen der PKL erfolgt neben den niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten einerseits und den Leistungsanbietern gemäß §§ 53, 54 SGB XII andererseits. Darüber hinaus bildet der SpV ein Netzwerk mit Einrichtungen der Rehabilitation aus dem Bereich SGB IX und der Jugend- und Altenhilfe. Die Entwicklung der Versorgung wird mit der Geschäftsführung des SpV im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) und den übrigen Leistungsanbietern im SpV der Landkreise Lüneburg und Harburg eng abgestimmt.

Der große Anteil von stationären Wiederaufnahmen macht zudem den hohen Stellenwert der Rezidivprophylaxe deutlich. Dies bezieht sich auf die Forderung einer aktiveren Haltung bei den Betroffenen (Partizipation/Selbstwirksamkeit) und einer weniger fatalistischen Haltung bei den Therapeutin-

nen und Therapeuten („Verhandeln statt Behandeln“).

#### *Wie sieht die Station ohne Betten aus?*

Nach mehreren Jahren konzeptioneller Weiterentwicklung in der Praxis, der systemischen Schulung („Open Dialogue“) von interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem gesamten SpV sowie dem vermehrten Wunsch von Patientinnen und Patienten in diesem Modellprojekt behandelt zu werden, ist im Jahr 2018 eine neue „Station ohne Betten“ mit 12 Behandlungsplätzen für eine *Zu-Hause-Behandlung* eingerichtet worden. Zur Abwendung von sich zuspitzender Selbst- und/oder Fremdgefährdung und zeitgleich bestehender mangelnder Bündnisfähigkeit besteht während der gesamten Behandlung die Möglichkeit, auch kurzfristig ein sogenanntes Krisenbett in der Klinik in Anspruch zu nehmen.

Das fachärztlich geleitete multiprofessionelle Team bietet eine zeitlich begrenzte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im gewohnten Umfeld des von einer seelischen Krise betroffenen Menschen an. Dieses Team besteht aus den Berufsfeldern der Ergotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Genesungsbegleitung (Peer), Sozialen Arbeit, Psychologie und der ärztlichen Berufsgruppe.

#### *Wer kann die Behandlung in Anspruch nehmen?*

Die *Zu-Hause-Behandlung* kommt bei folgenden Indikationen alternativ zur vollstationären Behandlung in Frage:

- Akut psychisch Kranke, die eine stationäre Aufnahme aufgrund persönlicher Verpflichtungen/Erfahrungen ablehnen (zum Beispiel Mütter mit Kindern, Erkrankte mit pflegebedürftigen Angehörigen, negative Vorerfahrungen bei stationärer Behandlung).
- Akut behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen, für die das stationäre Setting eine zusätzliche Belas-

tung darstellt und/oder die zusätzliche Hilfen im Bereich Wohnen/ Soziales benötigen.

- Patientinnen und Patienten mit exazerbierten Störungen, bei denen die ambulante Behandlung unzureichend war, für die die stationäre Aufnahme aber eine therapeutisch ungünstige Regression mit sich bringen würde (Hospitalisierung).
- Patientinnen und Patienten mit akut exazerbierten, komplexen Persönlichkeitsstörungen, bei denen ein flexibler Umgang mit Nähe und Distanz notwendig ist, beziehungsweise ein gezielter Einbezug des Umfelds sinnvoll erscheint (Bearbeitung von Erfahrung mit Veränderungswünschen).
- Psychisch akut Traumatisierte, bei denen eine intensivere Behandlung notwendig ist, die jedoch eine vollstationäre Aufnahme ablehnen.
- Akut schwer psychisch Kranke, bei denen eine intensivere therapeutische Einbeziehung des sozialen Umfelds und/oder über die Behandlung hinausgehende wirksame Hilfen bei der Tagesstrukturierung sinnvoll erscheinen.
- Patientinnen und Patienten, bei denen sich im Verlauf des stationären Aufenthalts ein ungünstiger Einfluss des Settings herausstellt (Reizüberflutung, mangelnde Rückzugsmöglichkeiten, Nähe-Distanz-Problematik).

Der Versorgungsauftrag der PKL erstreckt sich auf die Stadt und den Landkreis Lüneburg sowie den Landkreis Harburg. Aufgrund weiter Fahrtstrecken haben wir als Voraussetzung für die Teilnahme festgelegt, dass eine Erreichbarkeit im Umkreis von 30 Kilometer oder 30 Minuten Fahrtzeit möglich sein muss, um die personellen Ressourcen für die direkte therapeutische Arbeit nutzen zu können.

Folgende Kriterien schließen eine *Zu-Hause-Behandlung* aus:

- Fehlende Kooperation der Patientinnen und Patienten oder deren Angehöriger,
- akute Fremdgefährdung,
- akute Selbstgefährdung bei fehlender Bündnisfähigkeit,
- Obdachlosigkeit,
- akute organische Psychosyndrome mit differenzialdiagnostischem Abklärungsbedarf.

*Wie erfolgt die Behandlung?*

Der Behandlungsprozess beginnt mit der Einweisung der Patientinnen und Patienten über niedergelassene Ärztinnen und Ärzten, den SpDi, die Institutsambulanz sowie auch über die Stationen der PKL.

Der erste Kontakt beinhaltet das Assessment. Zuständig für diesen Erstkontakt sind die Portalfunktionen an den Standorten des PKL-Systems beziehungsweise der Wohnort und das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Sobald dort eine Überprüfung der Indikation erfolgt ist, können die Patientinnen und Patienten eine *Zu-Hause-Behandlung* erhalten.

Die methodische Qualifizierung der Mitarbeitenden erweist sich als Grundlage für das erweiterte professionelle Behandlungskonzept. Mit allen Patientinnen und Patienten wird als Erstes eine sogenannte Soziale Netzwerkkarte erstellt. Darauf aufbauend werden die Familie und das weitere soziale Umfeld in der Regel nicht als das Problem, sondern als Teil einer möglichen Lösung angesehen (Netzwerkarbeit). In der nun folgenden gemeinsamen Arbeit wird ein integrativer, psychotherapeutisch-sozialpsychiatrischer Ansatz verfolgt. Hierbei werden pragmatisch systemische, verhaltenstherapeutische, psychodynamische und soziotherapeutische Sichtweisen auf die jeweilige Situation bezogen eingesetzt und gegebenenfalls mit einer differenzierten Psychopharmakotherapie oder auch anderer somatischer Verfah-

ren kombiniert.

Gerade durch die therapeutische Arbeit mit den sozialen Systemen der Patientinnen und Patienten als zentralem Therapieelement, entsteht eine von Anfang an und möglichst kontinuierliche lösungs- und ressourcenorientierte therapeutische Arbeit für alle Beteiligten. Auch die Vernetzung der vielfältigen therapeutischen Angebote durch die jeweiligen Kooperationspartnerinnen und –partner im SpV Lüneburg und Landkreis Harburg erweist sich als durchgehend beziehungsstärkendes Element im gesamten Behandlungsverlauf. Die Berücksichtigung der Beziehungskonstanz aller bestehenden Beziehungsstrukturen zeigt in der Umsetzung der *Zu-Hause-Behandlung* ihre Wirksamkeit vor allem in der Arbeit mit suizidalen Krisen.

Die immer wieder auftretenden Krisen konnten durch eine Krisenbewältigung im Lebensfeld der Patientinnen und Patienten und deren Angehöriger zu einer längerfristigen Krisenprävention führen.

#### *Wann endet die Behandlung?*

Bereits bei der Aufnahme, mit dem Erstellen der Sozialen Netzwerkkarte, beginnt die Entlassungsplanung. Durch die Wiederaufnahme der in der Krise geschwächten und/oder abgebrochenen Beziehungen findet während des gesamten Behandlungsverlaufs ein Aktivierungsprozess statt. Die gemeinsame Entscheidungsfindung zum therapeutischen Vorgehen findet nicht nur im Dialog zwischen Patientinnen und Patienten und Behandlerinnen und Behandlern statt, sondern im gesamten Netzwerksystem. Wenn das Netzwerksystem über ausreichend Selbstbefähigungsressourcen verfügt, um eigenwirksam an dem jeweiligen Gesundungsprozessen weiter arbeiten zu können, endet die Krankenhausbehandlung.

---

Kontakt zu den Autorinnen/dem Autor:

Ulrike Steinert, Fachkrankenschwester/Teamleitung Station E 64,  
Psychiatrische Klinik Lüneburg, Am Wienebüttlerweg 1, 21339 Lüneburg,  
Telefon: 04131 6012120, E-Mail: ulrike.steinert@pk.lueneburg.de

### **3.3 Wie stellt sich das Sozialministerium ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum vor?**

Ansgar Piel, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Die Forderung gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) zu etablieren, ist eines der zentralen Themen des Landespsychiatrieplanes Niedersachsen (LPPN). Sie findet sich insbesondere in den prioritären Entwicklungsschritten für die nächsten Jahre. Auch die Koalitionsvereinbarung der neuen Landesregierung von 2017<sup>23</sup> benennt das GPZ als vorrangiges Entwicklungsziel der psychiatrischen Versorgung. Im LPPN werden bezüglich der Organisationsform zunächst Modellprojekte empfohlen, um die dortigen Erfahrungen dann für eine weitergehende Implementierung im gesamten Land Niedersachsen auswerten zu können.

Der Begriff des gemeindepsychiatrischen Zentrums ist nicht genau definiert. An vielen Stellen in Deutschland gibt es Einrichtungen, die sich so nennen. Hierbei finden sich sowohl Zentren, die von den Kliniken aus organisiert sind, als auch solche, die von den Trägern der Eingliederungshilfe aufgebaut wurden. Je nach Träger haben diese Zentren unterschiedliche Schwerpunkte (Behandlung versus Teilhabe).

Da der Begriff nicht klar definiert ist, konkretisiert der Landespsychiatrieplan den Begriff wie folgt<sup>24</sup>:

- Teambasierte, multiprofessionelle und aufsuchende Behandlungsangebote,
- nachhaltige Organisation,
- Erreichbarkeit,
- verbindliche Kooperation der zusammengeschlossenen Einrichtungen,

---

<sup>23</sup> Koalitionsvereinbarung 2017-2022 „Gemeinsam für ein modernes Niedersachsen. Für Innovation, Sicherheit und Zusammenhalt“, Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und der Christlich-Demokratischen Union (CDU) in Niedersachsen für die 18. Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages 2017 bis 2022, S. 61-22.

<sup>24</sup> Bericht zum Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2016, S. 209.

- einrichtungsübergreifende Hilfe und Teilhabeplanung,
- Niedrigschwelligkeit,
- fachliche Servicefunktionen der Zentren für andere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vor Ort.

Ziele solcher gemeindepsychiatrischer Zentren sollen sein<sup>25</sup>:

1. die Organisation dauerhafter krankenhausersetzender Behandlung und Betreuung und
2. die Organisation von Krankenhausanschlussbehandlungen, -betreuung, -pflege.

Kernidee der gemeindepsychiatrischen Zentren ist es, die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Kernakteure der ambulanten Versorgung zu fördern: Sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen sowie ambulant psychiatrische Pflege unter Einbezug von weiteren Akteuren, beispielsweise ergänzende therapeutische und niedrigschwellige Unterstützungssysteme. Da also gemeindepsychiatrische Zentren in dieser Konzeption wesentlich aus Kooperation und Vernetzung bestehen, wird den „relevanten kommunalen Institutionen und den Sozialpsychiatrischen Verbänden“ eine wesentliche Aufgabe bei der Implementation und Steuerung zugewiesen.

Primäre Zielgruppe der GPZ sind Personen mit schwerer psychischer Erkrankung (*Severe Mental Illness*). Diese Menschen können zeitweise oder sogar auf Dauer vom vertragsärztlichen System nicht ausreichend profitieren, unter anderem weil sie die Regelangebote der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht zuverlässig wahrnehmen können und weil dort die Ressourcen für ihre aufwendigere Behandlung fehlen. Außerdem sind sie regelhaft und erheblich von sozialer Ex-

---

<sup>25</sup> Landespsychiatrieplan Niedersachsen, April 2016, S. 18.

klusion bedroht. Die seit vielen Jahren beklagte Segmentierung des Versorgungssystems durch unterschiedliche Sozialgesetzbücher und die Sektorisierung in stationär/teilstationär/ambulant erschwert die Versorgung dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten erheblich: „Die heilungsfördernden Beziehungen zum Personal werden systematisch durch das Modell der ‚Behandlungskette‘ unterbrochen“.<sup>26</sup>

Mobil aufsuchende Teams sind der Kern eines GPZ. Diese Teams bieten gerade hier die Chance, die betroffenen Menschen kontinuierlich und längerfristig zu begleiten. Sie können helfen, die Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) umzusetzen, dass „Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist“.<sup>27</sup>

Auch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“<sup>28</sup> empfiehlt mit höchster Evidenzstufe ein Behandlungsangebot durch multiprofessionelle Teams im gewohnten Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Dabei bezog sich die wissenschaftliche Evidenz bei der Erstellung der Leitlinie 2010/2011 auf ausländische Studien, da entsprechende Versorgungsformen in vielen Ländern bereits erprobt sind. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist das FACT-Modell in den Niederlanden, das dort inzwischen flächendeckend implementiert ist. Für dieses Modell gibt es inzwischen ein

---

26 Cullberg J (2010): Auslagerung von stationären Bereichen des Krankenhauses – was bedeutet das für Qualität und Kosten in der Behandlung? (Vortrag beim Forum Gesundheitswirtschaft 2010). <http://www.fachtagung-psychiatrie.org/2010.html>.

<sup>27</sup> UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 19.

<sup>28</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag; S. 36 ff.

Manual, das auch in einer deutschen Übersetzung<sup>29</sup> vorliegt und ebenfalls als Anregung für die Arbeitsweise eines GPZ dienen kann. Neben der wissenschaftlichen Evidenz beeindrucken aber auch die Erfahrungen von Professionellen, die andere Versorgungsmodelle persönlich kennengelernt haben. So berichtete Michaela Amering beispielsweise auf der Tagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“ 2007 in Wien, dass sie nach ihrer Rückkehr aus Birmingham gar nicht mehr so arbeiten wolle, wie sie es im klassischen österreichischen System gewohnt war.

Eine gute Diskussionsgrundlage für die Etablierung von GPZ in Niedersachsen ist das „Funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung“ von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg<sup>30</sup>. Es beschreibt erforderliche Behandlungs- und Unterstützungsfunktionen für eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig von ihrer institutionell-organisatorischen Ausformung. Dies hat den Vorteil, dass die Ausgestaltung vor Ort durch jeweils unterschiedliche Akteure erfolgen kann. Gerade bei der Heterogenität der Angebote in Niedersachsen ist es so möglich, die regional unterschiedlich vorhandenen Ressourcen in den Kommunen für den Aufbau eines solchen Angebotes zu nutzen.

Das funktionale Basismodell ist sektorenübergreifend angelegt und so ausgerichtet, dass die Versorgung konsequent von der ambulanten Seite her gedacht und gesteuert wird. Es definiert die mobilen multiprofessionellen Teams (MMT) als Zentrum der Behandlung. Diese Teams können eine Kriseninter-

---

<sup>29</sup> Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT) (2013). van Veldhuizen JR, Bähler M. Als Download unter [www.factfacts.nl](http://www.factfacts.nl); deutsche Übersetzung von V. Kraft, A. Wüstner und M. Lambert (UKE 2017). [www.recocer-hamburg.de](http://www.recocer-hamburg.de).

<sup>30</sup> Das Modell ist inzwischen mehrfach publiziert worden, u.a. in:  
Steinhart I, Wienberg G (Hg.) (2017): Rundum ambulant - Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie-Verlag. Steinhart I (2016): Wie sollte die Gemeindepsychiatrie koordiniert und gesteuert werden? In: -Elgeti G, Schmid R, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen (Band 8). Köln: Psychiatrie Verlag, S. 80-94.  
Wienberg G, von Gatterburg C (2016): Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?! – Thesen zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland. In: Elgeti H, Albers M, Ziegenbein M (Hg.) Armut behindert Teilhabe – Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Hart am Wind (Band 2). Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 34-44;  
Steinhart I, Wienberg G (2016): Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. Psychiatrische Praxis 43: 65-68.

vention rund um die Uhr leisten und behandeln, wenn erforderlich auch eine komplexe ambulante Behandlung im Lebensumfeld (*Home-Treatment*) oder eine nachgehende Intensivbehandlung (*Assertive Community Treatment*). Bei Bedarf werden weitere ergänzende ambulante und (teil-)stationäre Leistungen erschlossen. Hierzu gehören auch Angebote der *Peer-Arbeit*, Akut-Psychotherapie und Krankenhaus-alternative Rückzugsorte.

Zum Leistungsspektrum der mobilen multiprofessionellen Dienste gehören auch fallunspezifische Leistungen wie Gesundheitsförderung und Prävention sowie Netzwerkarbeit im Sozialraum. Darüber hinaus koordiniert das MMT die Leistungen der Teilhabe (Rehabilitation, Wohnen, Arbeit und soziale Teilhabe). Das Basismodell ist SGB-übergreifend, es berücksichtigt also Teilhabe- und Behandlungsleistungen ebenso wie Rehabilitation und Pflege.

Die Fachgesellschaft DGPPN unterstützt das Anliegen, die mobil aufsuchende Behandlung in der Psychiatrie zu etablieren. Auch politisch ist diese Neuerung im deutschen Behandlungssystem gewollt. Durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) wurde der § 115 d zur stationsäquivalenten Behandlung in das SGB V eingefügt. Er ermöglicht es den Kliniken, auch im häuslichen Umfeld zu behandeln. Dabei besteht die Möglichkeit bis zur Hälfte der Leistungen per Beauftragung an Dritte zu delegieren<sup>31</sup>. Dies eröffnet Räume für neuartige Kooperationen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, die auch eine höhere Beziehungskontinuität für die Patientin beziehungsweise den Patienten ermöglicht. Auch die neue Regelung des Teilhaberechtes (Bundesteilhabgesetz, BTHG) sieht eine Flexibilisierung der Hilfen vor, indem nicht mehr zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe differenziert wird.

---

31 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V vom 01.08.2017.  
[http://www.bptk.de/uploads/media/2017\\_08\\_01\\_KH\\_Vereinbarung\\_StaeB\\_115\\_d\\_Abs\\_2\\_SGB\\_V\\_Unterschriftenfassung.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf).

Eine gute Planung der GPZ kann nur dialogisch unter Einbezug der Betroffenen und Angehörigen gelingen. Raoul Borbé, Ingmar Steinhart und Günther Wienberg beschreiben mindestens fünf Schritte zur Umsetzung ihres Modells, die analog auch für den Aufbau von GPZ gelten:<sup>32</sup>

1. Verständigung der relevanten Anbieter in einer Versorgungsregion auf gemeinsame Werte und auf die Grundsätze des Basismodells als Minimalstandard für die Ausgestaltung der regionalen Behandlungs- und Unterstützungslandschaft. Gemeinsames Ziel muss es sein, dass allen Betroffenen, die dies wünschen, ein gemeindenahes Unterstützungsangebot gemacht werden kann (Wahlfreiheit in der UN-BRK).
2. Im nächsten Schritt folgen eine gemeinsame Bestandsaufnahme der vorhandenen Ressourcen (Leistungserbringer und Leistungsträger) und die Zuordnung zu den Funktionen des Basismodells.
3. Sicherlich einer der schwierigsten Schritte bei der Umsetzung ist die Schaffung einer verbindlichen, rechtsfähigen Steuerungs- und Organisationsform: Deshalb wird das Land Niedersachsen hierfür eine Anschubfinanzierung im Rahmen je eines Modellprojektes im ländlichen und im städtischen Raum gewähren.
4. Das MMT nimmt seine Arbeit auf und stellt sicher, dass die Kernfunktionen Beratung, *Assessment*, *Gate Keeping* erfüllt werden. Im nächsten Schritt werden die ergänzenden Behandlungs- und Unterstützungsfunktionen erschlossen.
5. In einem letzten Schritt werden dann die fehlenden Funktionen und die entsprechenden Ressourcen ergänzt.

---

32 Borbé R, Steinhart I, Wienberg G (2017): Von den Modellen zu Regelversorgung: Strategien zur Umsetzung des Funktionalen Basismodells. In: Steinhart I, Wienberg G (Hg.): Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, a.a.O., S. 278-298

GPZ sind die konsequente Fortführung des „niedersächsischen Weges“, den der Bericht der Fachkommission 1993 beschrieben hat.<sup>33</sup> Dabei geht es nicht darum, neue Strukturen aufzubauen, sondern die bestehenden Angebote gut und mit Blick auf die schwer Erkrankten zu vernetzen. Die bestehenden Finanzierungsmodelle der integrierten Versorgung, der Modellprojekte nach § 64 b SGB V und der stationsäquivalenten Behandlung ermöglichen es jetzt schon, in dieser Form eine aufsuchende multiprofessionelle Behandlung zu beginnen. Voraussetzung ist der Kooperationswille der Akteure und die Bereitschaft, die Interessen des eigenen Trägers dem Ziel einer bedürfnisangepassten Versorgung der Patientinnen und Patienten unterzuordnen. Bei einem Gelingen ist damit zu rechnen, dass sich in Zukunft neue Finanzierungswege eröffnen.

Die Etablierung von GPZ ist die wesentliche Entwicklungsaufgabe der Sozialpsychiatrischen Verbände in den nächsten Jahren. Das Ziel sollte sein, dass ein solches Angebot flächendeckend zur Verfügung steht. Mit gemeindepsychiatrischen Zentren können dann auch andere prioritäre Entwicklungsziele des LPPN umgesetzt werden. Allen voran steht natürlich das Ziel „Zwangmaßnahmen mindern“: Der Erfolg eines GPZ sollte sich auch an einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen messen lassen.

Das Angebot eines GPZ steht allen Altersgruppen zur Verfügung. Es kann daher auch die Kinder und Jugendlichen sowie die alten Menschen erreichen, die von sich aus keine Hilfe suchen. Auch entlassene forensische Patientinnen und Patienten können von einer multiprofessionell aufsuchenden Behandlung profitieren. Ein im Sozialraum verankertes Team kann im Sinne der Früherkennung und Frühintervention tätig werden und zu einem Zeitpunkt Hilfen vermitteln, an dem die Situation noch nicht eskaliert ist. Ebenso sind Angebote der *Peer*-Beratung in die Arbeit der GPZ einzubeziehen. Nicht zuletzt werden

---

<sup>33</sup> Niedersächsisches Sozialministerium (Hg.) (1993): Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen. (Eigendruck)

mit einem GPZ Hilfen ermöglicht, die Betroffenen- und Angehörigenverbände seit vielen Jahren fordern.

Victor Hugo wird der Satz zugeschrieben: „Nichts auf der Welt ist so mächtig wie eine Idee, deren Zeit gekommen ist.“ Deshalb sind wir in Niedersachsen jetzt gefordert, diese Idee auch umzusetzen.

---

Kontakt zum Autor:

Ansgar Piel, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover

E-Mail: [ansgar.piel@ms.niedersachsen.de](mailto:ansgar.piel@ms.niedersachsen.de)

## **4 Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“**

---

### **4.1 Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“**

Alexandra Döpke/Dr. phil. Peter Orzessek,  
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Im Koalitionsvertrag der Landesregierung vom Februar 2013 wurde festgelegt, dass ein Landespsychiatrieplan vorgelegt werden soll. Nach einem öffentlichen Vergabeverfahren wurde die Bietergemeinschaft FOGS/ceus consulting im Juli 2014 mit der Erstellung des Landespsychiatrieplans beauftragt. Eine im Mai 2014 berufene Fachkommission hat die Arbeit am Landespsychiatrieplan beratend begleitet. Im Mai 2016 wurde der Landespsychiatrieplan dann der Öffentlichkeit vorgestellt. Er hat einen fünf- bis zehnjährigen Umsetzungs- und Prognosehorizont.

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

Beim Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2017 wurde das Thema festgelegt. In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2017 wurde eine erste Problembeschreibung vorgenommen. Im Anschluss wurden verschiedene Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes gebeten, Artikel zu einzelnen Aspekten zu verfassen. Diese Artikel wurden in der Fortschreibung 2017/2018 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2017 veröffentlicht.

Bei den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2018 wurden – basierend auf den vorhergehenden Schritten – konkrete Empfehlungen erarbeitet, die von der Geschäftsführung des Verbundes zusammengefasst wurden. Anschließend wurde diese Zusammenfassung mit der Delegiertenversammlung diskutiert und kann jetzt hier veröffentlicht werden.

Betont werden muss an dieser Stelle noch, dass die Adressaten dieser Empfehlungen dieselben sind, wie die Adressaten des Sozialpsychiatrischen Planes an sich:

Leistungsträger, -anbieterinnen und -anbieter, -empfängerinnen und –empfänger genauso wie Politik, Verwaltung, Forschung, Lehre und die interessierte Öffentlichkeit. Sie alle sind aufgefordert, im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu prüfen, ob und wie sie die Empfehlungen umsetzen können.

### **Empfehlungen:**

Die im Landespsychiatrieplan extra genannten Personengruppen (junge Menschen, ältere Menschen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen) sollten bei den nachstehenden Empfehlungen jeweils besonders bedacht werden.

- Inklusion von Menschen mit seelischer Behinderung fördern, auch durch Beschäftigung von Genesungsbegleitern in psychiatrischen Einrichtungen und Förderung der Selbsthilfe;
- Sozialpsychiatrisches Wissen in die Öffentlichkeit und in die Quartiere bringen,
- Prävention stärken: Umsetzung der Handlungsempfehlung aus der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2017/2018,
- Umsetzung des funktionalen Basismodells nach Steinhart & Wienberg<sup>34</sup>,
- Zwangsmaßnahmen mindern,

---

<sup>34</sup> Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg, Fortschreibung 2017/2018, S. 71 ff.

- Verbesserung der Überleitung/Versorgung von Menschen in besonderen Lebensverhältnissen (§ 67 SGB XII) nach Entlassung aus einem Krankenhaus<sup>35</sup>,
- Förderung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kompetenz im Gesundheitsamt,
- Adoleszenzpsychiatrie: Den Übergang beziehungsweise die Schnittmenge von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie weiterentwickeln;
- Durchführung einer Heim-Enquête auf Landesebene oder niedersachsenweite Teilnahme an Studien auf Bundesebene,
- Verbesserung der personenzentrierten Behandlungs-/Betreuungsorganisation.

---

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

---

<sup>35</sup> zur Umsetzung dieser Handlungsempfehlung bitte auch das zum Zeitpunkt der Drucklegung noch in Arbeit befindliche „Gesamtkonzept niedrigschwellige Wohnungslosen- und Suchthilfe in Oldenburg“ berücksichtigen

## 5. Übersicht

---

### 5.1 Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern

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

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

	2015	2016	2017
Gesamtzahl	239 davon 131 Männer 108 Frauen	241 davon 131 Männer 110 Frauen	243 davon 142 Männer 101 Frauen
0 - < 18 Jahre	0	0	0
18 - < 25 Jahre	26 15 Männer 11 Frauen	39 20 Männer 19 Frauen	32 17 Männer 15 Frauen
25 - < 45 Jahre	90 49 Männer 41 Frauen	84 50 Männer 34 Frauen	101 71 Männer 30 Frauen
45 - < 65 Jahre	68 41 Männer 27 Frauen	74 34 Männer 40 Frauen	64 38 Männer 26 Frauen
65 + Jahre	55 26 Männer 29 Frauen	44 27 Männer 17 Frauen	46 16 Männer 30 Frauen
Gesamtzahl der Einweisungen aus Einrichtungen heraus	20	35	37
Mehrfacheinweisungen (mindestens zwei Einweisungen)	25 16 Männer 9 Frauen	17 7 Männer 10 Frauen	23 15 Männer 8 Frauen
Ärztliches Zeugnis durch den Sozialpsychiatrischen Dienst	21	38	26

---

Kontakt zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

## **5.2 Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung**

Alexandra Döpke/Dr. Peter Orzessek,  
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

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

Im Jahr 2018 wurde für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) die Einschätzung für das Versorgungsangebot „Soziotherapie“ von „grün“ wieder auf „grau“ gesetzt, weil dieses Angebot von den Krankenkassen bei Kindern und Jugendlichen nicht finanziert wird. In den Bereichen Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie wurde die Einschätzung bei „Zuverdienstmöglichkeit“ von „rot“ bzw. „grau“ auf „gelb“ gesetzt, weil das Amt für Teilhabe und Soziales hier eine Verbesserung eingeführt hat. Außerdem wurde die Tabelle um einige Bemerkungen ergänzt.

---

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

# AMPEL-Übersicht regionaler Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Für die psychiatrische (Grund-)Versorgung sind gut erreichbare, wohnortnahe Angebote für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen erforderlich. In der Tabelle sind die wichtigsten Hilfeangebote dargestellt, die mit Ampelfarben und Zeichen kommentiert werden. Grau hinterlegte Felder bleiben frei.

😊 bei zufriedenstellender bis sehr guter Versorgung    😐 bei nicht ausreichendem Angebot    ☹ bei fehlendem Angebot

Nr.	Versorgungsangebot	KJP	Allgemein-Psychiatrie	Gerontopsychiatrie	Sucht	bei Bedarf: Bemerkungen
1	Psychiater/Nervenärzte in Praxis oder MVZ (SGB V)	😊	😐	😐	😐	teils Aufnahmestopp
2	Psychiatrische Institutsambulanz	😊	😊	😊	😊	
3	Psychotherapeuten in Praxis oder MVZ (SGB V)	😊	😐	😐	😐	sehr lange Wartezeit
4	fachärztlich geleiteter Sozialpsychiatrischer Dienst	☹	😊	😊	😊	Leitung gemäß NPsychKG durch Psychologischen Psychotherapeuten
5	Krisendienst außerhalb regulärer Bürozeiten	☹	😊	😊	😐	
6	Fachstelle für Suchtberatung und Suchtprävention				😊	
7	Ambulante Suchttherapie gemäß Rentenversicherung				😊	
8	Psychiatrischer Konsiliardienst in somatischer Klinik	😊	😊	😊	😊	
9	ambulante psychiatrische Pflege	😊	😊	😊		
10	Soziotherapie		😊	😊		
11	ambulante Ergotherapie	😊	😊	😊		
12	ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII		😊	😊	😊	
13	Tagesstätte		😊	😊	☹	
14	Kontaktstelle	☹	😊	😊	😊	
15	Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung		😊			Menschen in Altersrente können nicht beschäftigt bleiben
16	Zuverdienstmöglichkeiten (zum Beispiel Sozialer Betrieb)		😐	😐	😐	
17	Integrationsfachdienst		😊		😊	
18	Betroffenenselbsthilfe		😐	😐	😊	
19	Angehörigenselbsthilfe	☹	😊	😊	😊	KJP: für einzelne Krankheitsbilder
20	unabhängige Beschwerdestelle	😊	😊	😊	😊	
21	gerontopsychiatrische Tagespflege			😊		
22	Zugang zur Tagesklinik	😊	😊	☹	😊	
23	psychiatrische Klinik	😊	😊	😊	😊	
24	stationär betreutes Wohnen für seelische Behinderte SGB XII		😊	😊	😊	Gerontopsychiatrie: nicht ausschließlich für Demenz; Sucht: in der Nähe von Oldenburg
25	Pflegeheim mit speziellem psychiatrischem Angebot SGB XI		😊	😊	☹	
26	spezielle Angebote für Arbeitssuchende		😊		😊	
27	Reha-Einrichtung / RPK		😊			

