

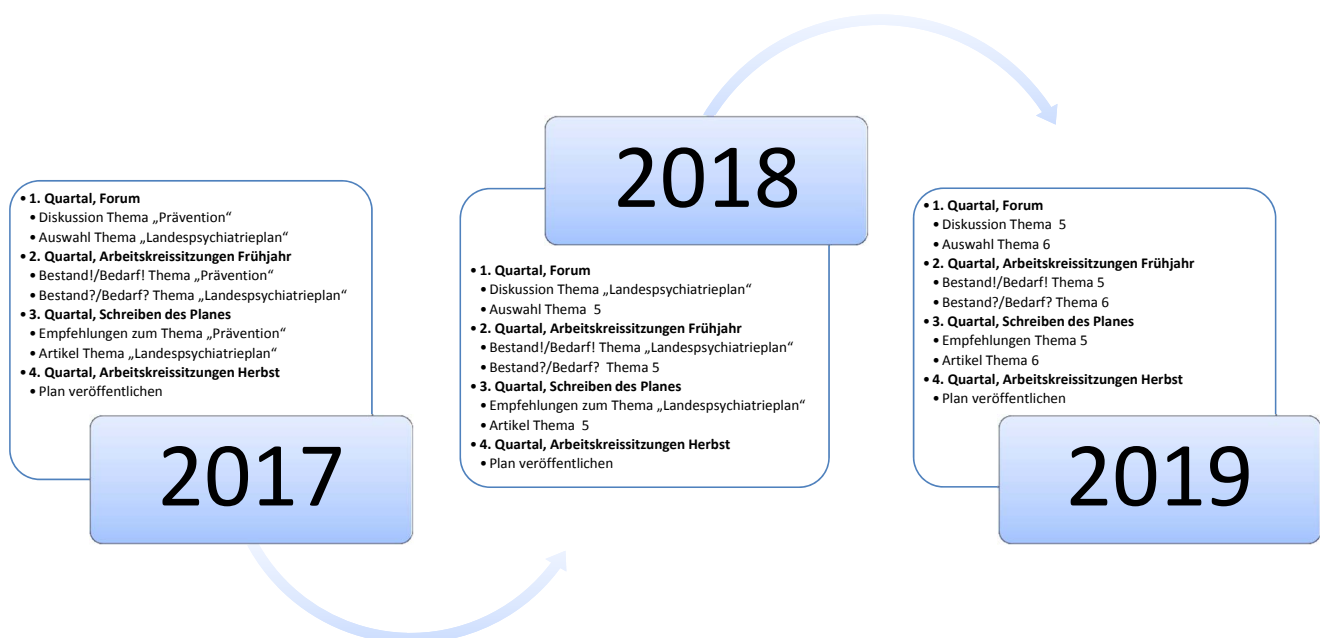
Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2017/2018



Foto: Stadt Oldenburg





Impressum

Herausgeber:

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

Stand: September 2017

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

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

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote	
2.1	<i>R. Bangen/Dr. A. Weitzel, zentegra gGmbH</i> Zentrum für ambulante psychosomatische Rehabilitation, Klinik am Stadthafen und Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, Rehaklinik RPK	9
2.2	<i>Dr. M. Seewald, Fachklinik Weser-Ems</i> Vorstellung der Fachklinik Weser-Ems.....	17
2.3	<i>S. Erven, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.</i> Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit	21
2.4	<i>S. Jungkunz, Strategische Sozialplanung/Demografie – Inklusion – Soziales</i> Oldenburg – Stadt für alle Lebensalter	27
2.5	<i>F. Oltmer, Koordinierungsstelle Altenhilfe der Stadt Oldenburg</i> Bündnis Pflege – Die Pflegekonferenz für Oldenburg	31
2.6	<i>C. Enneper, Qualitätsmanagement / Bildung und Wissen, Karl-Jaspers-Klinik</i> Psychiatrische Fortbildungen in der Karl-Jaspers-Klinik	35
2.7	<i>H.-H. Buse, Diakonie Oldenburg</i> Fluchtpunkt Sucht – Kulturelle Aspekte der Herkunftsländer	39
2.8	<i>Dr. phil. P. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Verbund</i> Geschäftsordnung des Sozialpsychiatrischen Verbundes ist überarbeitet	49
2.9	Roundtable-Gespräch der Karl-Jaspers-Klinik Turbogang statt Schneckentempo	51
3	Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“	
3.1	<i>Dr. phil. P. Orzessek/A. Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Einführung zum Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“	63
3.2	Rede der Sozialministerin Rundt bei der Tagung „Landespsy- chiatrieplan Niedersachsen: Start in eine neue Reformära?“	67
3.3	<i>I. Steinhart/G. Wienberg (Hg).</i> Einstiegskapitel: Fast alles geht auch ambulant – einfunktio- nales Basismodell als Standard für die gemeindespsychiatrische Versorgung	71
3.4	<i>Dr. phil. P. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Die Forderung nach einer Heim-Enquête im Landespsychiatrie- plan	103

3.5	<i>H. Dirks, Bezirksverband Oldenburg</i> Psychisch krank: Arbeitslos, arm, alt, alleine – Plädoyer für ein polistisches Handeln	109
3.6	<i>B. Gimmel, Leitung Sozialdienst Evangelisches Krankenhaus</i> Entlassungsmanagement eines somatischen Krankenhauses in ambulante Dienste	113
3.7	<i>W. Wigbers, Einrichtungsleiter Rose 12/STEP</i> Plädoyer für eine Tagesstätte für chronisch suchtkranke Menschen in Oldenburg	121
3.8	<i>S. de Vries, Genesungsbegleiterin</i> EX-IN Genesungsbegleiter (Experte aus Erfahrung)	125
4	Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Prävention“	
4.1	<i>Dr. phil. P. Orzessek/A. Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen	131
5	Übersicht	
5.1	<i>Dr. C. Petry, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern	135
5.2	<i>Dr. phil. P. Orzessek/A. Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung	137

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 2017/2018 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 notwendig dialogisch. Da Betroffene oder Angehörige mitunter nicht über die Organisationsform wie die „Profis“ verfügen, muss es in diesem Zusammenhang möglich sein, auch Einzelstimmen (z. B. in Form von Leserbriefen) angemessen zu Wort kommen zu lassen.

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

psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg verschaffen. Zum anderen sollen die Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen und damit die Datenblätter a), b) und c) zur Anwendung kommen (siehe S. 59 ff. der Fortschreibung 2014). Bereits 2011 wurde das Datenblatt a) eingeführt, die weitere Anwendung damals jedoch ausgesetzt, weil die Entwicklung eines dazugehörigen EDV-Programms auf Landesebene unerwartet Schwierigkeiten mit sich brachte. Eine neue Einführung dieser Datenerhebung wird vorbereitet.

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

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

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

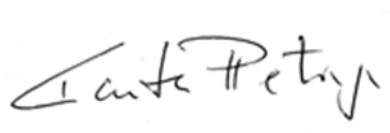
In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2017/2018 finden Sie Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“ auf den Seiten 63 bis 129. Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Prävention“ stehen auf den Seiten 131 bis 134.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie bzw. über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren. Entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden Sie in einem eigenen Planteil auf den Seiten 9 bis 62.

Die Autorinnen und Autoren in dieser Fortschreibung wurden seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefragt, ihnen möchten wir 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 möglicherweise nicht der Auffassung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Oldenburg entspricht. Bei den Leserbriefen behalten wir uns darüber hinaus Kürzungen vor.

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



Dr. Carsten Petry
Allgemeinarzt
Psychiater und Psychotherapeut
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst



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

2 Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

2.1 Zentegra gGmbH:

Zentrum für ambulante psychosomatische Rehabilitation, Klinik am Stadthafen und Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, Rehaklinik RPK

Autoren: Rüdiger Bangen, Geschäftsführer und
Dr. Andree Weitzel, Ärztlicher Direktor



Die zentegra gGmbH ist ein gemeinnütziges Zentrum zur Rehabilitation und Integration und bietet differenzierte Rehabilitationsleistungen speziell für psychosomatisch und psychisch kranke Menschen. Dazu gehören vielfältige Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Berufsförderung und Teilhabe sowie der sozialen Integration.

In unseren neuen Gebäuden Alter Stadthafen 6 und im Naherholungsgebiet Osternburg/Oldenburg in der Rudolf-Diesel-Straße 59 befinden sich die Rehakliniken Klinik am Stadthafen und die Rehaklinik RPK. Neben dem Zentrum für psychiatrische Rehabilitation befinden sich dort auch Abteilungen des Zentrums für Berufsförderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Alter Stadthafen und Rudolph-Diesel-Straße) sowie das Kunsthaus mit der Tagesstätte und dem Kreativbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (Rudolph-Diesel-Straße).

Die Rehaklinik am Stadthafen richtet sich an Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen – also auf der Basis vorhandener psychischer Alltagsbelastungen sich entwickelnden somatischen – Störungen. Die Klinik am Stadthafen behandelt somit keine Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Diese werden im Rahmen medizinisch-beruflicher Reha-Leistungen im Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, Rehaklinik RPK unterstützt. In der Rehaklinik am Stadthafen können insbesondere auch Angehörige

psychisch erkrankter Menschen eine entsprechende Behandlungsmaßnahme erhalten.

Um unseren Rehabilitanden ein möglichst umfassendes Programm anbieten zu können, haben wir seit vielen Jahren ein Netzwerk aus medizinischen und beruflichen Leistungen aufgebaut. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten und der örtlichen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und dem Berufsförderungswerk. Weiterhin bestehen vielfältige Beziehungen zu Arbeitgebern und Arbeitsvermittlern, dies auch über unsere eigenen Gewerke des Handwerks- und Dienstleistungsgewerbes.

Voraussetzung für eine rehaklinische Behandlung ist eine Leistungsbewilligung durch den zuständigen Träger der Sozialversicherung (Rentenversicherung oder gesetzliche Krankenversicherung, in der RPK auch Bundesagentur für Arbeit).

Zentrum für ambulante psychosomatische Rehabilitation, Klinik am Stadthafen

In unmittelbarer Nähe zum Oldenburger Hauptbahnhof und zur Innenstadt befindet sich mit der Klinik am Stadthafen unser neu errichtetes Zentrum für ambulante psychosomatische Rehabilitation. Das Angebot und die Räumlichkeiten des Zentrums wurden nach neuesten Erkenntnissen der Rehamedizin entworfen und gemeinsam mit den Rentenversicherungsträgern konzipiert. Wir haben folgende Angebote am Standort Stadthafen integriert:

- Ambulante psychosomatische Rehaklinik
- Ein Zentrum zur Berufsförderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- Ein Zentrum für Rehabilitationsvor- und -nachsorge
- Ein Café mit Kantine S-Bistro – als Integrationsunternehmen der Stiftung pro mente

Um unseren Reha-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern ein möglichst umfassendes Angebot machen zu können, haben wir seit vielen Jahren ein Netzwerk beruflicher Leistungen aufgebaut. Es bestehen vielfältige Beziehungen zu Arbeitgebern und Arbeitsvermittlern, dies auch über unsere eigenen Gewerke des Handwerks- und Dienstleistungsgewerbes.

Starke Belastungen im Beruf und im Alltag, Ansprüche der Umwelt und der Mitmenschen sowie eigene Rollenbilder setzen Menschen unter Druck – sie erzeugen Stress und bilden den Nährboden für psychosomatische Erkrankungen.

In unserer stark auf Leistung ausgerichteten Gesellschaft treten psychosomatische Erkrankungen besonders häufig auf dem Boden internistischer Erkrankungen auf. Kurzfristige psychosomatische Erkrankungen sind ebenso häufig wie chronische, dauerhafte Verläufe. Ist die psychosomatische Erkrankung dauerhaft Bestandteil des Lebens geworden, folgen oftmals persönliche und berufliche Einschränkungen: Langzeiterkrankungen können zum Verlust des Arbeitsplatzes oder gar in die Erwerbsunfähigkeit führen.

Die Rehabilitation für psychosomatisch erkrankte Menschen gehört zum Angebotsspektrum der Reha-Leistungen in Deutschland. Ziel unserer rehabilitativen Leistungen ist es, psychosomatisch erkrankten Menschen die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben zu ermöglichen.

In unserem spezialisierten Reha-Zentrum bieten wir Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen aller Formen und Stadien konkrete und nachhaltige Therapien an. Unsere ambulanten Therapie-Leistungen ermöglichen eine intensive therapeutische Begleitung und Strukturhilfe, während zugleich der Kontakt zum gewohnten familiären und sozialen Umfeld erhalten bleibt. Dies stabilisiert die betroffenen Patientinnen und Patienten und ermöglicht einen fortlaufenden Realitäts-Check der erreichten Veränderungen.

Die medizinische Behandlung umfasst vielfältige berufliche Erprobungsleistungen, orientiert an der realen regionalen Arbeitswelt. Wir nennen dieses MBOR: Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation. Im Anschluss an die Behandlung in der Klinik bieten wir eine mehrmonatige gruppenpsychotherapeutische Nachsorge und die persönliche Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung an.

Ziel der Rehabilitation ist es, die gesundheitlichen Störungen und deren Funktionalität frühzeitig zu erkennen, zu überwinden und eine Chronifizierung der Beschwerden abzuwenden. Die örtlich vertraute Umgebung kann dazu beitragen, die Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und persönlichen Problemen in Alltag und Beruf zu erkennen. Es geht darum, eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln und bereits während der Therapie die individuelle Belastungsfähigkeit zu erproben und eine berufliche Perspektive zu entwickeln.

Unser neuartiges Klinikkonzept bietet somit eine gezielte berufliche Orientierung bereits während der medizinischen Rehabilitation. Die Therapie findet wohnortnah und ambulant statt. In unserer Klinik am Stadthafen behandeln wir sogenannte stress-assoziierte Störungen aus dem gesamten Spektrum der psychosomatischen Medizin.

Wir unterstützen unsere Patientinnen und Patienten bei der Rückkehr in ein zufriedenes Arbeitsleben. Unser Ziel hierbei ist die Förderung des Menschen in seiner Autonomie und Lebenszufriedenheit.

Wir bieten:

- Therapieprogramm werktags von 8.00 bis 16.00 Uhr
- Abende und Wochenenden Zuhause im gewohnten Umfeld
- Gruppen- und Einzeltherapien (verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch sowie soziotherapeutisch)

- Entspannungstraining (PMR, AT)
- Aktivierende und erlebnisorientierende Verfahren (Sport- und Bewegungstherapie)
- Patientenschulungen
- Themenzentrierte Gruppen (Angstgruppen/Depressionsgruppen/soziale Kompetenzgruppen/essstörungsspezifische Gruppen/Schmerzgruppen)
- Beruflich orientierte Gruppen (Berufsvorbereitungstraining/Problemlösetraining bei beruflichen Fragestellungen)
- Ernährungsberatung/Lehrküche
- Belastungserprobungen im beruflichen Umfeld
- Ggf. Einleitung berufsbezogener Förderleistungen, u. a. Berufsförderungswerk

Alle Therapien werden je nach Störungsbild im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes zusammengestellt.

Für einen persönlichen Erstkontakt vereinbaren Sie gern einen Termin unter der Telefonnummer 0441 972132-81 (Sekretariat, Frau Sylvia Mönke-Liebig).

Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, Rehaklinik RPK

Psychische Erkrankungen und Behinderungen gehören zu den vordringlichen Gesundheitsproblemen der Bevölkerung. Nach einer gegebenenfalls erforderlichen Akutbehandlung benötigt ein Großteil der Patientinnen und Patienten gezielte psychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen.

Unsere Rehaklinik RPK, Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, verfügt über einen stationären und einen ambulanten Bereich. Eine Besonderheit unserer Klinik ist es, dass die medizinische Rehabilitation durch eine berufliche Rehabilitation und/oder eine ambulante Nachsorgebehandlung ergänzt werden kann. Darum arbeiten wir eng mit der Rentenversicherung, den Krankenkassen und der Arbeitsagentur zusammen.

Wir bieten eine stationäre Aufnahme für Rehabilitanden mit therapeutischen Indikationen oder längeren Anfahrtswegen angeboten. Wir behandeln insbesondere schizophrene Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, affektive Störungen sowie vereinzelt Störungen anderer Klassifikationen. Ausgeschlossen sind vorrangige Suchtmittelabhängigkeiten sowie Intelligenzmininderungen. Wir arbeiten eng mit den behandelnden Ärzten der Rehabilitanden zusammen.

Medizinische Rehabilitation:

Zu Beginn der Rehabilitation erstellen wir zusammen mit Ihnen einen individuellen Therapieplan. Dabei bilden Ihre persönlichen Rehasziele den Schwerpunkt, beispielsweise die Gesundheitsfürsorge, die persönliche Lebensführung oder die Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf. Unsere Ärzte und Psychologen unterstützen Sie in der Krankheitsbewältigung, zusätzliche Angebote verhelfen Ihnen zu mehr Selbstsicherheit und vermitteln effiziente Entspannungstechniken. Durch die Arbeit an Ihrer körperlichen Fitness und das Erlernen von Problemlösungsstrategien im Alltag erweitern Sie Ihre individuellen Kompetenzen maßgeblich. Durch unsere medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen (MBOR-Verfahren) werden Sie überdies Erkenntnisse über Ihre Erwerbsfähigkeit gewinnen. Die medizinische Rehabilitation dauert bis zu zwölf Monate.

Berufliche Rehabilitation:

Nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation ermöglichen betrieblich-berufliche Arbeitserprobungen einen Wiedereinstieg in Arbeit und Beruf. In dieser Phase des Job-Trainings lernen Sie aktuelle berufliche Anforderungsprofile kennen. Ziel ist es, eine optimale Passform zwischen den betrieblichen Anforderungen und Ihren persönlichen Fähigkeiten zu erreichen. Die berufliche Rehabilitation dauert bis zu zwölf Monate. Sofern erforderlich und in Absprache mit dem Rehabilitationsträger können berufsfördernde Leistungen auch in einem Berufsförderungswerk erfolgen.

Ambulante Nachsorge:

Nach einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation besteht die Möglichkeit einer ambulanten Nachsorgeleistung. Im Rahmen der ambulanten Nachsorge können wir gemeinsam in Einzelsitzungen daran arbeiten, die Erkenntnisse und Pläne der Rehabilitation im Alltag umzusetzen. Die Kosten von bis zu 60 Einheiten werden vom **Leistungsträger Rentenversicherung** Oldenburg-Bremen über die Dauer von bis zu sechs Monaten übernommen.

In unserer Rehaklinik behandeln wir insbesondere schizophrene Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie affektive Störungen. Unser Ziel ist die Förderung des Menschen in seiner Autonomie und Lebenszufriedenheit.

Wir bieten:

- Psychiatrische Diagnostik
- Berufliche Diagnostik
- Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting
- Sport- und Bewegungstherapie
- Entspannungstechniken/Freizeitangebote
- Sozialtherapie, Sozialberatung
- Gesundheitsbildung/-training und Ernährung
- Angehörigenarbeit
- Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) Basis- und Kernmaßnahmen
- Spezifische MBOR-Maßnahmen
- Medizinisch-berufliche Nachsorge

Alle Therapien werden im Rahmen eines individuellen Behandlungsplanes zusammengestellt.

Für einen persönlichen Erstkontakt vereinbaren Sie gern einen Termin unter der Telefonnummer 0441 36139-475 (Sekretariat, Frau Claudia Prill).

Kontakt zu den Autoren:

Rüdiger Bangen, Diplom Freie Universität Brüssel (ULB) Psychologischer Psychotherapeut, Geschäftsführer

Dr. med. Andree Weitzel, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin, Ärztlicher Direktor
zentegra gGmbH, Pfauenstr. 4, 26135 Oldenburg

2.2 Vorstellung der Fachklinik Weser-Ems

Autor: Dr. Manuel Seewald, Chefarzt der Fachklinik Weser-Ems

Die Fachklinik Weser-Ems ist eine vom Diakonischen Werk Oldenburg betriebene Rehabilitationsklinik für die Behandlung von Menschen mit Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeit sowie nichtstoffgebundenen Süchten ab 18 Jahren. Sie wurde neu erbaut und im Mai 2017 in Betrieb genommen. Standort ist im Süden Oldenburgs im Stadtteil Kreyenbrück.

Der moderne, lichtdurchflutete Neubau besteht aus zwei ineinandergreifenden quadratischen Gebäudeteilen mit Platz für 80 stationäre und 20 ganztägig ambulante Rehabilitanden. Um der Anonymität und einem Großklinikcharakter entgegenzuwirken, wurden vier Stationen mit je zwanzig Einzelzimmern geplant, die Platz für zwei Bezugsgruppen (8 – 12 Rehabilitanden pro Gruppe) bieten und um Innenhöfe gruppiert sind. Für ganztägig ambulante Rehabilitanden, die in die bestehenden Bezugsgruppen integriert werden, verfügt jede Station zudem über zwei Aufenthaltsräume. Zusätzlich gibt es einen Gemeinschaftsraum mit Teeküche und einen Balkon zum Innenhof, der einen Aufenthalt im Freien ermöglicht. Die Wohnbereiche sind damit überschaubar und sollen so die persönliche Begegnung und den Zusammenhalt der Gruppenmitglieder fördern. Die Einzelzimmer mit eigener Nasszelle bieten allerdings auch Raum zum Rückzug. Die Gruppentherapie findet in Gruppenräumen auf Station statt, die nach Feierabend auch für Freizeitangebote, z. B. Fernsehen genutzt werden können. Allen Rehabilitanden stehen außerdem eine Cafeteria, Freizeit- und Fitnessräume sowie Kreativ- und Computerräume zur Verfügung.

Die Klinik ist barrierefrei. Es gibt rollstuhlgeeignete Einzelzimmer. Alleinstellungsmerkmal der Klinik ist das Angebot, auch suchtkranke Menschen mit Schwer- und Schwersthörigkeit (FM-Anlage) und Gehörlosigkeit (Gebärdensprache) zu behandeln. Für gehörlose Rehabilitanden sind Zimmer mit Lichtsignalanlage vorhanden.

Das Konzept der Klinik sieht Abhängigkeitserkrankungen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Alle Abhängigkeitserkrankungen führen zu vergleichbaren Folgen bezüglich Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie zu Beeinträchtigungen im Bereich der Kontextfaktoren. Diese Folgen und Beeinträchtigungen können gemeinsam behandelt werden. Deshalb wird an der Fachklinik Weser-Ems die suchstoffzentrierte Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen durch eine ICF-basierte, integrative Behandlungsweise ersetzt.

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel je nach Abhängigkeit und Beeinträchtigungen zwischen 12 und 26 Wochen. Ziel der Behandlung ist es, die Erwerbsfähigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Anforderungen des SGB VI und SGB IX sowie der Neigungen und Fähigkeiten des Rehabilitanden dauerhaft zu sichern. Es wird die persönliche Entwicklung des Rehabilitanden ganzheitlich gefördert und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung erarbeitet. Die Vermittlung der Erfahrung, suchtmittelfrei ein befriedigendes Leben zu führen sowie tragfähige Beziehungen aufzubauen und unterhalten zu können, ist wichtiger Inhalt der Therapie. Regionale und überregionale Aufnahmen sind möglich.

In der Klinik arbeiten Ärzte, Psychologen, Sucht-, Arbeits- und Kunsttherapeuten, Kranken- und Gesundheitspfleger sowie Sport- und Physiotherapeuten eng zusammen. Sie ermitteln den medizinischen, psychischen und sozialen Bedarf der Rehabilitanden, auch mittels diagnostischer Instrumente und Screeningverfahren. Die Ergebnisse sind Grundlage einer individuell auf den einzelnen Rehabilitanden abgestimmten Behandlung. Mit dem Rehabilitanden werden gemeinsam die Rehabilitationsziele erarbeitet. Verschiedene evidenzbasierte Therapieverfahren werden angewandt und orientieren sich an den Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Die allgemeine Psychotherapie in den Bezugsgruppen integriert tiefenpsychologische, verhal-

tenstherapeutische, schematherapeutische, humanistische und systemische Therapieverfahren. Ergänzt wird sie durch edukative und indikative Gruppenangebote sowie ergo-/arbeitstherapeutische und medizinische körperbezogene (sport-, bewegungs-, physiotherapeutische) Angebote. Körperliche und psychische Begleiterkrankungen werden mitbehandelt. Dem Rehabilitanden stehen durch eine Ermächtigung des Chefarztes durch die Kassenärztliche Vereinigung alle Möglichkeiten der ambulanten und stationären Krankbehandlung zur Verfügung (fachärztliche Konsile, technische Untersuchungen wie Röntgen, Sonographie, Belastungs-EKG, MRT etc.).

Am Ende des Klinikaufenthaltes erfolgt im Rahmen des Entlassungsberichtes eine detaillierte sozialmedizinisch-berufliche Beurteilung für jeden Rehabilitanden. Weitere erforderliche Leistungen (z. B. Nachsorge, Adaption, ambulante Weiterbehandlung etc.) werden angebahnt, um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren.

Hinsichtlich Prävention, Behandlung, Krisenintervention und Notfallmanagement wäre ein Ausbau der Vernetzung unserer Klinik in Stadt und Region mit Institutionen wie Akutkrankenhäusern, Arztpraxen, Sucht- und Fachberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Jobcentern usw. wünschenswert und wichtig.

Kontakt zum Autor:

Dr. Manuel Seewald, Chefarzt Fachklinik Weser-Ems, Schellenberg 13,
26133 Oldenburg

2.3 Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit

Autorin: Sabine Erven, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ beschreibt psychische Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens, in dem jede und jeder die eigenen Fähigkeiten ausschöpft, die normalen Lebensbelastungen bewältigt, produktiv arbeiten und etwas zur Gemeinschaft beitragen kann. Um diese Definition in der Gesellschaft verankern zu können, bedarf es Aufklärung über seelische Erkrankungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten, mit dem Ziel, der Entstigmatisierung der Erkrankungen und der erkrankten Menschen, sowie ihrer Angehörigen.

(¹: World Health Organisation: www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

There is no health without mental health

Der internationale Tag der seelischen Gesundheit² wird seit 1992 am 10. Oktober eines jeden Jahres von der WHO begangen. Zielsetzung war und ist die Aufklärung der Öffentlichkeit. In den ersten Jahren gab es kein spezifisches Thema für den World Mental Health Day (WMHD). Um diesen Tag zu gestalten, gab es zu Beginn lediglich eine Live-Konferenz von den Vorstandsmitgliedern der World Federation for Mental Health (WFMH) mit Zuschaltung von WFMH-Mitgliedern einiger Länder.

(²: World Federation for Mental Health: www.wfmh.global)

Die Mitgliedsländer haben schnell angefangen, den Tag auszuweiten und mit unterschiedlichsten Aktionen zu gestalten. Das Spektrum reicht auch heute noch von einzelnen Veranstaltungen mit verschiedensten Organisationen und Institutionen bis hin zu einem ganzen Themenmonat. Der WMHD soll nicht als ein eintägiges Ereignis gesehen werden. Seit 1994 erhält dieser Tag jeweils ein zentrales Thema, wie z. B. Geistige und körperliche Gesundheit im Le-

bensverlauf (2005), Psychische Gesundheit und ältere Erwachsene (2013) oder auch die Beziehung zwischen physikalischer und geistiger Gesundheit (2004).

Für das Jahr 2017 lautet das Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“.

Bundesweite Wochen der Seelischen Gesundheit

Seit 2009 werden in Deutschland die Aktivitäten im Rahmen des internationalen Tages der seelischen Gesundheit in den bundesweiten Wochen der Seelischen Gesundheit³ zusammengeführt. Federführung hierfür hat das Aktionsbündnis seelische Gesundheit⁴ übernommen. Das Aktionsbündnis wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und ist eine Initiative zur Förderung der seelischen Gesundheit. Im Archiv der Homepage der Woche für seelische Gesundheit kann die bundesweite Verbreitung anschaulich nachvollzogen werden. Die Mannheimer Woche der seelischen Gesundheit ist hierbei in diesem Jahr mit der 20. Ausgabe das Urgestein der aufgeführten Veranstaltungen.

(³: Bundesweite Woche der Seelischen Gesundheit: aktionswoche.seelischegesundheits.net)

(⁴: Aktionsbündnis seelische Gesundheit: www.seelischegesundheits.net)

Es haben also schon vor der Zusammenführung einige langjährige Aktionen stattgefunden. Alle haben eines gemeinsam: Es werden auf vielfältige Art und Weise Veranstaltungen, Lesungen, Workshops, Kunstaussstellungen oder ähnliches organisiert, mit dem Ziel, psychische Erkrankungen in den Fokus der Gesellschaft zu rücken, zu sensibilisieren und über die Therapie- und Hilfsangebote aufzuklären. Insbesondere auch, um auf die regionalen Hilfestrukturen hinzuweisen. Inzwischen beteiligen sich über 50 Regionen und Städte mit über 800 Veranstaltungen.

Das gemeinsame Dach der Veranstaltungen stellt die *Bundesweite Woche der seelischen Gesundheit* dar. Informationsmaterialien und ein Logo werden kos-

tenfrei zur Verfügung gestellt, das jeweils für eigene Publikationen angepasst werden kann.

Der Aktionstag in Niedersachsen

In diesem Jahr wird in Niedersachsen der 10. Niedersächsische Aktionstag für seelische Gesundheit stattfinden und wir können auf neun komplett unterschiedliche Aktionstage zurückschauen.

Aber wenden wir zunächst den Blick auf den Anfang:

Der erste Aktionstag für seelische Gesundheit wurde auf die Initiative des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen hin für 2008 geplant. Angedacht war, diesen Tag jedes Jahr in einer anderen niedersächsischen Kommune oder kreisfreien Stadt zu begehen, wechselnd zwischen den ehemaligen Regierungsbezirken.

Feststehender Bestandteil der Niedersächsischen Aktionstage ist die Fachtagung, die sich insbesondere an Fachkräfte, Angehörige, Betroffene, aber auch Interessierte richtet. Diese Veranstaltung wird von einigen Kooperationspartnerinnen und -partnern in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der ausrichtenden Kommune inhaltlich geplant. Aktuell beteiligen sich als Kooperationspartnerinnen und -partner der Aktionstage in Niedersachsen der BKK Landesverband Mitte, der Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, die AWO Dialog gGmbH, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. – Landesverband Niedersachsen und die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V..

Losgelöst von den jährlich ausgerufenen Themen der WHO oder der bundesweiten Aktionswoche wird immer ein eigenes Schwerpunktthema festgelegt. Die Auswahl dieses Themas erfolgt auf der Grundlage der aktuellen, relevanten Fragestellungen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft des Landes, oder aber des ausrichtenden Verbundes.

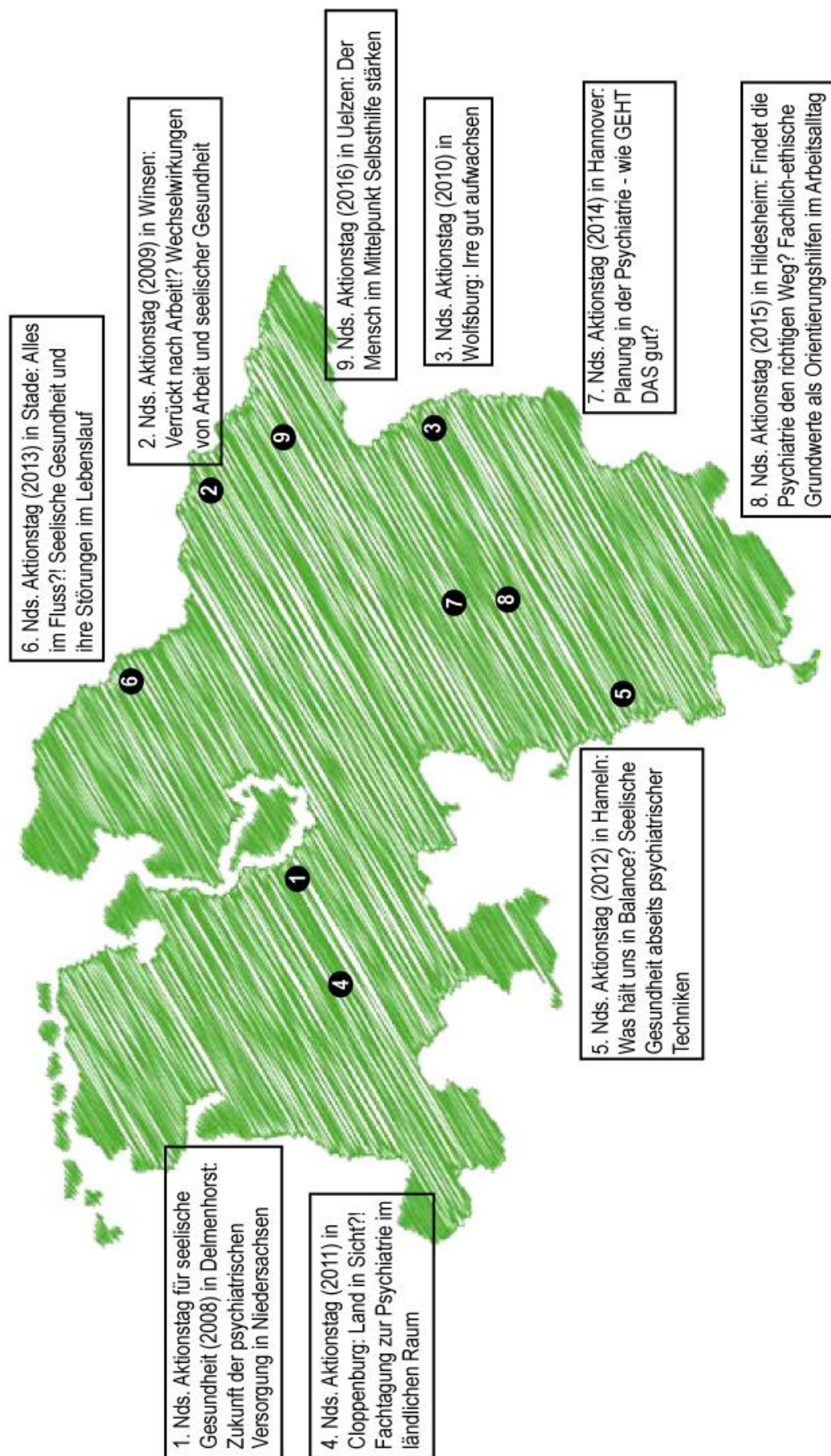


Illustration: ©Gesina Ottner – Fotolia.com

Eingebettet ist die Fachtagung in regionale Veranstaltungen, die von den Mitgliedsorganisationen und -institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes geplant und umgesetzt werden. Diese Veranstaltungen sind für die Bevölkerung der Kommune gedacht, mit dem Ziel der Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Transparenz der örtlichen Hilfestrukturen. Der Kreativität sind hier keine Grenzen gesetzt und deshalb ist das Bild der umgesetzten Veranstaltungen rückblickend sehr vielfältig.

Die nachfolgenden Beispiele zeichnen ein kleines Bild dieser Vielfalt:

In Delmenhorst gab es 2008 einen Markt der Möglichkeiten und einen Tag der offenen Tür bei verschiedensten Einrichtungen. Für die bessere Erreichbarkeit der einzelnen Wegpunkte wurde ein Shuttleservice eingerichtet. Das Schauspielkollektiv Lüneburg führte das Theaterstück „Flasche leer“ auf, welches auch heute noch in Delmenhorst ein wichtiger Bestandteil der Suchtprävention an Schulen ist. Wolfsburg wurde 2010 von der Blauen Karawane besucht und in einer Podiumsdiskussion diskutierten Nachwuchsfußballspieler des VfL Wolfsburg mit Schülerinnen und Schülern eines Gymnasiums zum Thema Alltag und psychische Belastungen im Profisport. Das Kellerkino in Hildesheim hatte mit den zahlreichen Filmvorführungen 2015 einiges zu bieten. Gezeigt wurden unter anderem die Filme „Mommy“ und „Hedi Schneider steckt fest“, denen eine thematische Einführung vorangestellt war. Der Verbund in Uelzen veranstaltete eine Rallye durch die Stadt. Es konnten dabei Einrichtungen besucht und Stempel gesammelt werden. Eine Preisverleihung kürte die eifrigsten Stempelsammlerinnen und Stempelsammler.

Und was kommt nach dem Aktionstag?

Die Sozialpsychiatrischen Verbünde melden nach der Ausrichtung der Aktionstage häufig, dass die Zeit der Planungen zwar anstrengend war, aber das gemeinsame Planen und Durchführen der Aktionen ein „Wir-Gefühl“ im Verbund ausgelöst oder verstärkt hat. Der Stolz auf das Umgesetzte und das Erstaunen über die enorme im Verbund vorhandene kreative Kraft begleiten die weitere Arbeit. Einige Verbünde haben, wenn noch nicht vorher vorhanden,

ein gemeinsames Logo entwickeln lassen, um die gemeinsame Arbeit auch bildhaft nach außen tragen zu können.

Der diesjährige 10. Niedersächsische Aktionstag für seelische Gesundheit findet am 24. Oktober 2017 in Braunschweig statt, eine Auftaktveranstaltung dazu bereits am Vorabend. Darauf folgen die ganze Woche in Braunschweig verteilt unterschiedlichste Veranstaltungen. Sie sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen. Informationen hierzu erhalten Sie auf der Homepage der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen.

Der 11. Niedersächsische Aktionstag für seelische Gesundheit findet am 17. Oktober 2018 in Oldenburg statt. Informationen dazu erhalten Sie zu gegebener Zeit ebenfalls unter der oben angegebenen Adresse im Internet.

Kontakt zur Autorin:

Sabine Erven, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: 0511 3881189-121

E-Mail: sabine.erven@gesundheit-nds.de

Website: www.gesundheit-nds.de

2.4 Oldenburg – Stadt für alle Lebensalter

Autorin: Susanne Jungkunz, Strategische Sozialplanung/Demografie –
Inklusion – Soziales

Ein gutes Miteinander aller Menschen in unserer Stadt ist die inklusive Vision, die vom Ratsbeschluss „Oldenburg will Inklusion!“ ausgegangen ist. Er wurde 2012 gefasst und löste zahlreiche inklusive 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 Herkunft, eine Behinderung, der Bildungsstand, das Geschlecht, die Religion, die sexuelle Orientierung, der ökonomische Status, die Lebensform usw. soll für die Menschen nicht mehr zu Ausgrenzungserfahrungen in bestimmten Lebensbereichen führen.

Mit dem Projekt „Stadt für alle Lebensalter“ wird nun die Dimension Lebensalter in den Fokus gestellt. Oldenburg will demografiefeste Stadt sein und es auch morgen bleiben, nämlich dann, wenn die Zusammensetzung der Stadtbevölkerung sich zu einem „älter – bunter – weniger“ entwickelt. Der Megatrend „Demografischer Wandel“ prägt unsere (Stadt-)Gesellschaft in allen Handlungsfeldern tiefgreifend und langfristig. Er wird Auswirkungen auf die Gestaltung des sozialen Miteinanders haben und Fragen an die Generationengerechtigkeit, den Umgang mit der gesellschaftlichen Vielfalt und die kommunale Daseinsfürsorge stellen.

Im Frühjahr 2017 wurde von Dagmar Sachse, Sozialdezernentin, deshalb die Arbeitsgruppe „Demografiefestes Oldenburg“ eingesetzt. Die Mitgliederinnen und Mitglieder arbeiten – bzw. engagieren sich bürgerschaftlich – außerhalb und innerhalb der Stadtverwaltung und sind Fachleute für die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereiche. Sie verstehen sich als Vor-, Nach- und Mit-

denker für das umfangreiche Querschnittsthema Demografischer Wandel. Dieser wird in allen gesellschaftlichen Bereichen wie Wohnen und Versorgung im Quartier, Gesundheit, Pflege und Betreuung, Mobilität und Barrierefreiheit, lebenslanges Lernen/Bildung, Arbeit und soziale Sicherung, Freizeit, Kultur und Sport sowie nicht zuletzt Engagement, Partizipation und politische Teilhabe spürbar. Die Arbeitsgruppe wird deshalb in den nächsten zwei Jahren diese Bereiche betrachten. Dazu wird sie

1. eine Vorstellung für das Oldenburg von morgen entwickeln,
2. zusammentragen, welche Konzepte heute existieren und bewerten, wie diese den demografischen Wandel bereits berücksichtigen und
3. Handlungsempfehlungen erarbeiten, damit auch die demografisch gewandelte Stadtgesellschaft lebenswert für alle Menschen in Oldenburg ist.

Je nach gesellschaftlichem Bereich wird sie dabei die relevanten Netzwerkpartner einbeziehen und deren Empfehlungen einsammeln. Auch sollen die Ergebnisse des Bürgerforums Demografie 2014, das gemeinsam mit der Bertelsmann-Stiftung durchgeführt wurde, eingearbeitet werden. Neu hinzukommen soll eine Beteiligung junger Menschen, um auch die Sichtweisen und Vorstellungen der zukünftig Älteren zu erfahren.

Um dabei die Belange der psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger Oldenburgs zu berücksichtigen, werden bei der Erstellung des Oldenburger Konzepts „Stadt für alle Lebensalter“ auch die lokalen Empfehlungen des Oldenburger Sozialpsychiatrischen Plans zu den Themen Wohnen, Nachwuchsgewinnung und Prävention berücksichtigt werden. Unterstützend ist weiterhin der Landespsychiatrieplan 2016, in dem die Handlungsempfehlungen für eine gute Versorgungsgestaltung ebenfalls entlang der Dimension Alter entwickelt werden.

Unterstützt wird die Stadt bei dem Prozess „Stadt für alle Lebensalter“ von der Körber Stiftung aus Hamburg. Diese hat unter anderem ein Netzwerk demo-

grafiefester Kommunen geknüpft, in dem die Stadt Oldenburg seit 2016 Mitglied ist. Die Stiftung empfiehlt auf dem Weg zur demografiefesten Kommune einen hilfreichen 10-Punkte-Plan, der aus den Erfahrungen der im Netzwerk aktiven Kommunen erstellt wurde.

Wichtige Schlüssel für eine positive Zukunftsgestaltung werden dabei der ressortübergreifende, integrierte Blick auf das Querschnittsthema Demografischer Wandel sein, ebenso wie die respektvolle Berücksichtigung der vielfältigen Bedürfnisse der Menschen in unserer Stadt und das solidarische Mitpacken aller Mitglieder der Stadtgesellschaft „auf Augenhöhe“.

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

2.5 Bündnis Pflege – Die Pflegekonferenz für Oldenburg

Autorin: Friederike Oltmer, Koordinierungsstelle Altenhilfe der Stadt Oldenburg

Nach § 4 des Niedersächsischen Pflegegesetzes können in kreisfreien Städten Pflegekonferenzen gebildet werden, um dort Fragen der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur oder der Koordinierung von Leistungsangeboten zu beraten. In der Stadt Oldenburg wurde durch Beschluss des Rates vom 21. September 1999 die Oldenburger Pflegekonferenz eingerichtet, deren erste Sitzung am 4. November 1999 stattfand. Seit 2011 ruhte die Pflegekonferenz.

Die Verwaltung hat sich nun zum Ziel gesetzt, dem Querschnittsthema Pflege mit der Wiederaufnahme der Oldenburger Pflegekonferenz unter dem neuen Namen „Bündnis Pflege“ wieder ein konstruktives Podium zu stellen. Zur Vorbereitung der Wiederaufnahme der Konferenz fanden mehrere Treffen der Verwaltung mit Vertreterinnen und Vertretern des Versorgungsnetzes Gesundheit e.V. statt, in denen eine neue Geschäftsordnung erarbeitet wurde.

In der Präambel der neuen Geschäftsordnung des „Bündnis Pflege“ – Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg ist die Zielsetzung formuliert:

„Das Thema Pflege ist ein inklusives Querschnittsthema unserer Gesellschaft und wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels immer komplexer. Die Partizipation an und Inanspruchnahme von Pflege soll für alle Menschen in Oldenburg gewährleistet werden. Das Thema Pflege soll aus professionellen und privat erlebten Blickwinkeln betrachtet werden, um möglichst tragfähige Ergebnisse zu befördern. Deshalb müssen pflegerische Aufgaben und Herausforderungen allgemeiner und über eine umfassendere Altersgruppe betrachtet werden.“

Das Bündnis Pflege soll maßgeblich dazu beitragen, die pflegerischen Dienstleistungen in der Stadt Oldenburg bekannt zu machen, zu verbessern und Engpässe in der pflegerischen Versorgung zu beheben.

Durch den regelmäßigen Fachaustausch werden pflegepolitische und gesellschaftliche Entwicklungen und Bedarfe vor Ort erkannt und benannt. Dabei ist das Bündnis Pflege ein auf Konsensfindung angelegtes Gremium, welches gemeinsam und in enger Abstimmung mit der kommunalen Gesundheitskonferenz passgenaue Lösungswege oder Projekte entwickeln und verwirklichen kann.“

Mit dem neuen Bündnis sollen für die Pflegelandschaft in der Stadt Oldenburg Synergien entstehen und die Transparenz gefördert werden.

Das Bündnis Pflege soll die relevanten pflegespezifischen Themen auswählen, in Arbeitsgruppen bearbeiten und ggf. Empfehlungen für den Sozialausschuss vorbereiten.

Die neue Geschäftsordnung wurde mit den Mitgliedern der bisherigen Pflegekonferenz am 11. Mai 2017 diskutiert und einstimmig beschlossen. Die erste Zusammenkunft des neuen „Bündnis Pflege“ – Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg fand am 3. August 2017 im Kulturzentrum PFL statt. Zum Vorsitzenden des Bündnisses wurde Bernd-Günter Schwabe, Leiter des Amtes für Teilhabe und Soziales, gewählt.

Inhaltliche Schwerpunkte der Sitzung waren u. a. die ambulanten Versorgungsstrukturen und die Quartiersorientierung von Pflege. Das Thema Demenz wird aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet, ebenso die stationäre Pflegesituation in Oldenburg und das Thema des Fachkräftemangels.

Die nächste öffentliche Sitzung des Bündnisses wird im Februar 2018 stattfinden. Die genauen Termine werden auf der Internetseite der Stadt Oldenburg unter www.oldenburg.de bekanntgegeben.

Kontakt zur Autorin:

Friederike Oltmer, Koordinierungsstelle Altenhilfe der Stadt Oldenburg
(u. a. Geschäftsführung des „Bündnis Pflege“), Pferdemarkt 14, 26121 Oldenburg
Tel. 0441 235-2167, E-Mail: friederike.oltmer@stadt-oldenburg.de

2.6 Psychiatrische Fortbildungen in der Karl-Jaspers-Klinik

Autor: Claus Enneper, Qualitätsmanagement / Bildung und Wissen,
Karl-Jaspers-Klinik

Die allgemeine psychiatrische Fortbildung beschäftigt sich mit aktuellen, grundsätzlichen und kontroversen Themen aus allen Bereichen der Psychiatrie. Die Veranstaltungen richten sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik sowie an Kooperationspartner im Versorgungsgebiet und teilweise auch über dieses Gebiet hinaus.

Die Karl-Jaspers-Klinik orientiert ihre psychiatrische Arbeit am aktuellen Stand der fachspezifischen Grundlagenwissenschaften. Die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird durch Förderung ihrer Fort- und Weiterbildung unterstützt, indem transferorientierte Lernfelder angeboten werden. Diese bilden einerseits multimodal psychiatrisches Grundlagenwissen ab, werden andererseits nach konzeptorientierten Führungskraftentscheidungen durch arbeitsfeldintegrierte Schulungen ergänzt, um das Lernen in die konkreten Arbeitshandlungen zu integrieren.

Die internen Bildungsanstrengungen setzen sich aus sechs Bausteinen zusammen:

- Fortbildung für alle Berufsgruppen (bspw. Hygiene, Daten- und Brandschutz, oder Deeskalationstrainings für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik)
- Allgemeine psychiatrische Basisfortbildungen
- Ärztliche Weiterbildung „Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“
- Spezielle Qualifizierungen für Funktionsträger (bspw. Wundmanagement, Fachpflege für Psychiatrie, Führungskräfte, Qualitätsmanagement)
- IT/EDV/Software (bspw. Einarbeitung für die Elektronische Patientenakte)
- Spezifische abteilungs- und/oder anwendungsbezogene Qualifizierungen

- aufgrund rechtlicher Vorgaben (bspw. Einweisungen nach Medizinproduktegesetz) oder
- nach fachlicher Vorgabe (bspw. Qualifizierung zur Traumabehandlung oder gemäß definierten verhaltenstherapeutischen Ansätzen eines Dachverbands)

Begleitend helfen stationsweise Supervisionen mit regelmäßiger Frequenz die teamorientierten Handlungsräume zu sichern und zu erweitern.

Die Umsetzung jeglicher Aktivitäten im Fort- und Weiterbildungsreigen folgt einem »Plan Do Check Act« Zyklus mit Projektmethoden. IT-basierte Kennzahlenerfassungen der Schulungsmaßnahmen zur Teilnahme- und Kostenstruktur ermöglichen rhythmische Bewertungen und Reports an die Führungskräfte. Eine quantitativ und qualitativ zu vollziehende Bewertung der stattgehabten Leistungen im Fortbildungswesen bildet die Grundlage nachfolgender oder neuer Schulungen.

Inhaltlich basieren die Jahresplanungen unter anderem auf

- konzeptgetragenen abteilungsspezifischen Zielen,
- Erfassung/Bündelung von EDV-gestützten und hierarchiedurchlässigen Mitarbeiterrückmeldungen nach Teilnahme an Fortbildungen,
- arbeitsorganisatorischen Erkenntnissen mit Anpassungsbedarf,
- Anforderungen/Anfragen durch externe Kundengruppen oder Feedbacks der Patientinnen und Patienten sowie
- gegebenen oder veränderten (sozial-)rechtlichen Rahmenbedingungen.

Maßgeblich für die Planungen des Folgejahres sind die konzertierten und schnittstellenübergreifenden Vereinbarungen mit den Führungskräften und Stabstellen, um betrieblich effektive Fortbildungsinhalte und Ressourcen für die unternehmerischen Unterziele zu verknüpfen.

Insbesondere für die Mitarbeiterbindung und -neugewinnung bildet die attraktive Gestaltung der Fortbildungen einen willkommenen Anreiz, der uns jederzeit anspornt um nach Verbesserungen zu suchen und sie zu gestalten.

Kontakt zum Autor:

Claus Enneper, Qualitätsmanagement / Bildung und Wissen,
Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn

2.7 Fluchtpunkt Sucht – Kulturelle Aspekte der Herkunftsländer

Zusammenfassung von Heinz-Hermann Buse, Sprecher des Arbeitskreises Sucht im PRO über den Vortrag von Herrn Resa Deilami, Diplom-Psychologe (Hannover) für den Präventionsrat Oldenburg (PRO) am 17.05.2017 in Oldenburg

Vorbemerkung:

Der Arbeitskreis Sucht im PRO hatte die Idee, die Hilfebereiche Sucht und Flucht in der Stadt Oldenburg enger miteinander zu verzahnen.

Es entstand dann die Idee, kurze Impuls-Veranstaltungen zu bestimmten Themenkomplexen zu planen und durchzuführen, die für Fachvertreter beider Arbeitsfelder von Interesse sein dürften.

Den Auftakt bildete die Veranstaltung am 17.05.2017. Wir konnten mit Herrn Deilami einen profunden Kenner der Fragen rund um die kulturellen Aspekte von Sucht und Suchtverständnis der Herkunftskulturen bei Geflüchteten gewinnen. Insgesamt 70 Personen aus den beiden Hilfebereichen Flucht und Sucht nahmen die Gelegenheit wahr, an der Vortragsveranstaltung im Technologie- und Gründerzentrum Oldenburg (TGO) teilzunehmen.

Themenbereiche des Vortrages von Herrn Deilami:

- Zum aktuellen Stand der Suchtproblematik bei Geflüchteten
- Risikogruppe: (Un-)begleitete minderjährige Geflüchtete
- Suchtverständnis und Suchtverhalten in den Hauptherkunftsländern
- Haltung der Geflüchteten zu Hilfsinstitutionen
- Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem
- Kultursensible Suchtprävention
- Zur Bedeutung der interkulturellen Öffnung im Suchthilfesystem
- Ausblick – Herausforderungen für das Aufnahmeland

Zum aktuellen Stand der Suchtproblematik bei Geflüchteten

Laut Bundestherapeutenkammer (BPtK 2015) sind bis zu 50 % der Geflüchteten psychisch erkrankt, leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Suizidalität.

(siehe auch http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf).

PTBS haben eine fünfzehnmal höhere Prävalenz bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMA) als bei einheimischen Gleichaltrigen.

Bezogen auf 1,1 Millionen Flüchtlinge werden in Fachkreisen unter diesen circa 30.000 Substanzabhängige geschätzt. Stichworte in diesem Zusammenhang lauten:

- Bisher wenig Anschluss an das bestehende Suchthilfesystem
- In Ballungsräumen immer mehr Krisenmeldungen über Zunahme von Geflüchteten mit Substanzstörungen.

Zu den besonderen Risikofaktoren für Geflüchtete im Aufnahmeland sei auf die Vortragsfolien verwiesen, die unter folgendem Link geladen werden können:

http://www.praeventionsrat-oldenburg.de/pdf/RDeilami_FluchtSucht2017.pdf

Risikogruppe: (Un-)begleitete minderjährige Geflüchtete

In Deutschland leben zurzeit rund 60.000 unbegleitete minderjährige Jugendliche.

Erfahrungen aus der Praxis im Kontext von Suchtverhalten:

- Alkohol und Cannabis -> eher männliche Jugendliche
- Schmerzmittel und Benzodiazepine -> eher weibliche Jugendliche
- Wenig Erfahrungen mit Alkohol
- Problematischer Umgang mit Freiheiten

- Risikofaktoren ähnlich zur Gesamtpopulation der Geflüchteten
- Doppelter Transformationsprozess als Risikofaktor
- Virtuelle Welten haben großen Einfluss
- Suchtgefahr oft auch von Institutionen (Jugendhilfe) unterschätzt

Folgende suchtbegünstigenden Faktoren macht der Autor bei dieser Personengruppe aus:

1. Aufbruch in die neue Kultur

- Entwurzelung
- Auflösung von Familienverbänden
- Trennungserfahrungen und Verlustgefühle
- Trauma-Erlebnisse

2. Ankunft in der neuen Kultur

- Orientierungslosigkeit/Perspektivenlosigkeit
- Anpassungsdruck an neue Normen/Werte
- Aufenthaltsrechtliche Situation
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen
- Wenig planbare Zukunftsperspektiven

3. Leben in der neuen Kultur

- Erschwerte Schul-/Ausbildungsbedingungen
- Schlechte gesundheitliche Versorgung
- Bevormundung und Ablehnung durch die Mehrheitsbevölkerung
- Allgemeine Perspektivenlosigkeit
- Fehlendes Wissen über Normen, Werte und Kulturstandards

4. Zukunft in der neuen Kultur

- Rollenverluste

- Identitätskrisen
- Erleben von Ausgrenzung
- Fehlendes Bildungspotenzial
- Armutsgefahr

Weitere suchtbegünstigende Faktoren bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) können sein:

- Sprachliche Defizite
- Schlechte materielle Ausstattung
- Soziale Randgruppensituation durch Diskriminierung
- Schulische Misserfolge, geringerer Zugang zu Ausbildungsplätzen und geringere Berufschancen
- Trennungserfahrungen durch nicht gelungene Familienzusammenführung
- Delinquenz bzw. dissoziales Verhalten
- Konfliktsituationen durch unterschiedliche Normen und Werte
- Geringe Selbstwirksamkeit
- Negative Zukunftserwartungen

(Exakte Zahlen der suchterkrankten UMF's liegen nicht vor.)

Suchtverständnis und Suchtverhalten in den Hauptherkunftsländern

Es existieren naturgemäß erhebliche kulturelle Unterschiede hinsichtlich Suchtverständnis und Suchtverhalten zwischen den Hauptherkunftsländern sowohl untereinander als auch in Bezug auf Deutschland als Aufnahmeland.

Obwohl es keine einheitliche und verlässliche Datenlage gibt, liegen aus dem World Drug Report zumindest Schätzungen zum Gebrauch von stoffgebundenen Suchtmitteln in einzelnen Staaten und Regionen des Nahen und Mittleren Ostens, Nordafrikas sowie Iran, Irak, Syrien, Libanon, Jordanien und Afghanistan vor. Diese Zahlen über die einzelnen Länder sind ebenfalls unter dem fol-

genden Link den Vortragsfolien zu entnehmen. http://www.praeventionsrat-oldenburg.de/pdf/RDeilami_FluchtSucht2017.pdf

Eine besondere Rolle nimmt Afghanistan ein aufgrund des allgemein akzeptierten hohen Konsums von Opium und steigendem (illegalen) Anbau und Produktion aus Schlafmohn sowie illegaler „Ausfuhr“ aus dem Land. Im Land selbst gibt es laut Aussage von Herrn Deilami einen „selbstverständlichen alltagspraktischen Umgang mit Opium und Cannabis“, aber auch eine Zunahme von „problembehafteten Konsummustern wie das Injizieren“ sowie ein Zuwachs des Konsums von Methamphetaminen/Chrystal.

Das Verständnis zu Sucht und Suchtkonsum in den Herkunftsländern unterscheidet sich im Vergleich zu Deutschland in erheblichem Maß. Diese gravierende Unterschiedlichkeit erstreckt sich praktisch auf alle gesellschaftlichen und persönlichen Lebensbereiche. Mögliche Folgen einer solchen „Prägung“ bei Betroffenen sind:

- Schuld- und Schamgefühl
- Verdrängung
- Fehlversorgung/falsche Behandlungsansätze (Aberglaube)
- Stigmatisierung
- Verstoß von der Familie
- Professionelle Hilfe wird nicht aufgesucht
- Drakonische Strafen
- Selbstjustiz
- (Falsche) Akzeptanz
- (Innerfamiliäre) Tabuisierung
- Passiver Ansatz (Gott kann und wird helfen!)

Der Umgang mit Menschen, die von einer Suchterkrankung betroffen sind, ist in den Herkunftsländern sehr stark von Tabuisierung und „Regelungen“ innerhalb der Familien geprägt. Hierzu eine Aufstellung von Beispielen:

- Eltern und Angehörige erfahren oft erst spät von der Abhängigkeit der Kinder
- Aus Angst davor, dass Nachbarn und Verwandte davon erfahren, wird das Problem zunächst verheimlicht (Tabu) und um Ansehen und Ehre zu wahren nach einer Lösung innerhalb der Familie gesucht u. a.:
 - Einige werden zum Hodscha oder Chodscha (von persisch „Lehrer, Meister“, abgeleitet türkisch „hoca“) gebracht
 - Dorfälteste werden eingeschaltet (Clan-Prinzip)
 - Betroffene werden zu fern wohnenden Verwandten geschickt
 - „Privat-Entzug“: Im Keller gefesselt (Folterprinzip)
 - Die Familie muss es allein hinkriegen
 - Privatkliniken → nach außen Urlaub ankündigen
 - Almosen bezahlen (bei Heiligen „versichern“!)
 - Heirat im Herkunftsland mit einem „unschuldigen“ Mädchen
 - Auslandsaufenthalt, temporär (halbes Jahr) oder für immer
 - Zum Militärdienst schicken (Disziplin)
 - „Mäßiger“ Kauf von Drogen, damit das betroffene Kind in der Öffentlichkeit nicht auffällt
 - Pilgerfahrt, damit der Betroffene „geheilt“ wird von „Versuchungen“
 - Betroffene verlieren jegliches Mitspracherecht
 - Anzeige bei der Polizei: „Angst“ als Druckmittel, um den Drogenkonsum zu beenden
 - Bei Mädchen: Oft Verstoß von der Familie
 - Verdrängung (Er/Sie soll es nicht vor dem Vater tun)

Haltung der Geflüchteten zu Hilfsinstitutionen

Entsprechend ausgeprägt sind bei Betroffenen, die als Geflüchtete hier in Deutschland mit Suchtproblemen auffällig werden, die Vorbehalte und Vorurteile zum hiesigen Suchthilfesystem, das von Professionalität und einem Krankheitsverständnis geprägt ist.

- Geringer bzw. falscher Informationsstand über die Hilfsangebote
- Misstrauen gegenüber (staatlichen) Institutionen und Behörden
- Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (Schweigepflicht/Verrat)
- Assoziation von Therapie mit Schwäche
- Schlechte Erfahrungen mit „staatlichen Hilfen“
- Scham, Hilflosigkeit, Angst
- „Fremde“ können keine Probleme lösen. „Die Familie“ muss es lösen.
- „Fremde“ verstehen mich/uns (Betroffene/Angehörige des Betroffenen) nicht
- Gefühl vermeintlicher Stärke und Kontrollfähigkeit
- „Der Deutsche kümmert sich nicht mal um seine Verwandten“
- Drogenkonsum ist eine Verfehlung – Therapie ist nicht zielführend

Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem

Herr Deilami beschreibt in seinem Vortrag in Anlehnung an Czycholl (2011) Zugangsbarrieren erster und zweiter Ordnung zum hiesigen Suchthilfesystem. Diese existieren sowohl auf Seiten des Helfersystems als auch bei den Klienten und bedingen sich naturgemäß oft gegenseitig.

(http://www.praeventionsrat-oldenburg.de/pdf/RDeilami_FluchtSucht2017.pdf)

Zum Abbau dieser Barrieren schlägt er eine Reihe von Maßnahmen vor:

- Präventionskonzepte entsprechend anpassen
- Einrichtung muttersprachlicher Telefonhotlines
- Zusammentragen von Informationen zur Situation der im Sozialraum lebenden Geflüchteten
- Interkulturelle Öffnung fördern
- Muttersprachliche Angehörigengruppen bilden und unterstützen
- Öffentlichkeitsarbeit optimieren
- Online-Beratungsangebote initiieren
- Virtuelle, webbasierte Aufklärungsmaterialien bereitstellen
- Einsatz von Fachdolmetschern

- Bessere Bekanntmachung der Angebote – Leichte bzw. Muttersprache
- Organisieren von Info-Veranstaltungen vor Ort (Flüchtlingsunterkünfte)
- Suchtverständnis und Suchthilfe bei uns verständlich vermitteln
- Gemeinsame Projekte mit anderen Personen/Institutionen aus anderen Hilfesystemen (z. B. Jugendhilfe)
- Fachgruppen bilden (wenn notwendig, symmetrische Kontaktaufnahme)
- Ermöglichung eines erleichterten Zugangs zu Angeboten der Suchthilfe durch Niederschwelligkeit und kultursensible Fachstellen
- Etablierung regelmäßiger Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte zum Thema „Migration/Flucht im Kontext Sucht“
- Stärkere Netzwerkarbeit unter Einbeziehung von Migranten-Selbstorganisationen
- Schulung und Installierung von Schlüsselpersonen (Keypersons)

Zum Abbau obengenannter Barrieren plädiert der Referent für eine

Kultursensible Suchtprävention

Nach D. Czycholl (2013) definiert Herr Deilami Kultursensibilität als

- eine generelle Erweiterung menschlicher und professioneller Kompetenzen
- die Fähigkeit, von eigenen sozio-kulturellen Bedingtheiten zu abstrahieren
- die Bereitschaft, in der Begegnung mit dem „Fremden“ sich selbst zu erfahren
- die Möglichkeit, die eigenen Konzepte, Vorstellungen und scheinbar klaren fachlichen Standpunkte zu hinterfragen.

Wie Herr Deilami eine kultursensible Suchtprävention und Beratung definiert kann den Vortragsfolien unter dem Link entnommen werden:

http://www.praeventionsrat-oldenburg.de/pdf/RDeilami_FluchtSucht2017.pdf

Zur Bedeutung der interkulturellen Öffnung im Suchtsystem

Zusammenfassend plädiert Herr Deilami für eine interkulturelle Öffnung des hiesigen Suchthilfesystems, weil nur dadurch den oben beschriebenen Herausforderungen erfolgreich begegnet werden kann.

Will man die Versorgung der Geflüchteten nachhaltig verbessern und die Strukturen der Regelversorgung in der Suchthilfe an die aktuelle Entwicklung der „Flucht@Sucht“-Problematik anpassen, so ist eine verstärkte interkulturelle Öffnung eine zwingende Voraussetzung dafür!

Konkret bedeutet das beispielsweise:

Interkulturelle Öffnung kann unter anderem durch

- ✓ interkulturell orientierte Arbeitskonzepte (unter Berücksichtigung von sprachlichen, kulturellen, ethnischen und religiösen Hintergründen der Klientel),
- ✓ strukturelle Maßnahmen (organisatorisch, ablauftechnisch etc.),
- ✓ personelle Maßnahmen (Personalauswahl, Zusammensetzung des Personals) und
- ✓ Maßnahmen im Bereich Fort-, Weiter- und Ausbildung

erreicht werden.

Abschließend formuliert Herr Deilami eine Reihe von Herausforderungen, denen wir uns aus seiner Praxissicht künftig stellen müssen:

- Wann ist der richtige Zeitpunkt, eine ausführliche Anamnese der traumatischen Erlebnisse vorzunehmen?
- Wie können wir adäquat auf Krisen reagieren? Wie bringen wir Traumatherapie und Suchtmedizin/Suchtberatern zusammen?

- Wie erreichen wir die weiblichen Flüchtlinge aus diesen Ländern mit einem Substanzproblem?
- Wie kann beispielsweise Alkoholprävention unter muslimischen Einwanderern in unserem Land mit einer ausgesprochenen Alkoholkultur gestaltet werden?
- Wie gelingt Kontakt in Notunterkünften und Erstaufnahmelagern, in denen eigentlich kein Beziehungsaufbau möglich ist?
- Wie bündeln wir die Ressourcen in der Flüchtlingscommunity, die uns unterstützen könnten?

Fazit:

Inhaltlich ein sehr dichter Vortrag mit einer Fülle an Informationen. Der Referent besticht durch seine Fachkenntnis, seinen Praxisbezug als Psychologe und Berater junger Migranten in Hannover in Verbindung mit seiner eigenen Migrationsgeschichte.

Abschließendes Zitat aus dem Vortrag:

„Toleranz sollte nur eine vorübergehende Gesinnung sein. Sie muss zur Anerkennung führen. Dulden heißt beleidigen.“

(Johann Wolfgang von Goethe)

Kontakt:

Heinz-Hermann Buse, Diakonisches Werk Oldenburg-Stadt, Güterstr. 3,
26122 Oldenburg

2.8 Geschäftsordnung des Sozialpsychiatrischen Verbundes ist überarbeitet

Autor: Dr. phil. Peter Orzessek, Geschäftsführer Sozialpsychiatrischer Verbund

Für das Gebiet der Stadt Oldenburg wurde 1997 gemäß § 8 des Nds. Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997 ein Sozialpsychiatrischer Verbund (SpV) 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 Gemeindepyschiatrischen Verbundes und wurden als Sozialpsychiatrischer Verbund weitergeführt. Seit dieser Gründung im Jahr 1997 gilt eine Geschäftsordnung, 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, um das Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern und um das Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern erweitert.

Seit der Gründung im Jahr 1997 gilt eine Geschäftsordnung, die aber nach 20 Jahren nicht mehr die aktuelle Organisationsstruktur und auch nicht die weiterentwickelte Arbeitsweise des SpV wiedergibt. Außerdem haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten teils auch die üblicherweise verwendeten Begrifflichkeiten verändert. Diesen Entwicklungen soll nun mit einer Überarbeitung der Geschäftsordnung Rechnung getragen werden. Die Geschäftsführung des Verbundes hat daher unter Beteiligung des Rechtsamtes und unter Mitarbeit der Delegiertenversammlung eine neue Geschäftsordnung verfasst. Diese werden wir allen Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes mit der Einladung zum nächsten Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2018 über-

senden, wo sie dann beschlossen werden kann. Nach Inkrafttreten wird sie dann im Sozialpsychiatrischen Plan veröffentlicht werden.

Kontakt zum Autor:

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1, Eingang G,
26121 Oldenburg

2.9 Turbogang statt Schneckentempo

Wie hat sich die Karl-Jaspers-Klinik in den vergangenen Jahren entwickelt? Welche Herausforderungen erwarten sie in der Zukunft und wie sollen diese gemeistert werden? Diese Fragen standen im Mittelpunkt eines Roundtable-Gesprächs, zu dem medizinische Führungskräfte der Klinik eingeladen waren. Die Gesprächsführung hatte der Oldenburger Journalist Claus Spitzer-Ewersmann

Teilnehmer an der Gesprächsrunde

- Dr. Claus Bajorat, Leitender Arzt Tageskliniken/Institutsambulanz
- Dr. Thomas Brieden, Direktor der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
- Annette Claßen, Direktorin der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Dr. Christian Figge, Direktor der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie/Ärztlicher Direktor
- Univ.-Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Direktorin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Monika Jüttner, Pflegedirektorin
- Prof. Dr. Jörg Zimmermann, Direktor der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie

Runde 1

Frage: *Herr Zimmermann, Sie waren bereits zwischen 2009 und 2012 in der Karl-Jaspers-Klinik tätig, sind dann aber weggegangen. Was für ein Haus haben Sie damals verlassen und hätten Sie geglaubt, dass Sie noch einmal herkommen?*

Prof. Dr. Jörg Zimmermann: Ich habe auch in der Anfangsphase der neu gegründeten Karl-Jaspers-Klinik sehr gerne hier gearbeitet und die ehrenvolle Aufgabe gehabt, an den organisatorischen und konzeptionellen Grundentscheidungen mitzuwirken. Damals hatten wir uns mit Recht für eine moderne, an störungsspezifischen Therapiekonzepten orientierte Psychiatrie in speziali-

sierten Kliniken entschieden. Die so entstandenen Kliniken konnten mit kompetenten Chefärzten besetzt werden und wurden in den letzten zehn Jahren fachlich stetig weiterentwickelt. Die zweite wichtige konzeptuelle Entscheidung betraf die Stärkung der Regionalisierung mit dem Ausbau lokaler teilstationärer und ambulanter Behandlungszentren und Neugründungen in Brake und Cloppenburg. Die Ambulanzen und Tageskliniken sind mit den anderen lokalen Akteuren der psychosozialen Versorgung eng vernetzt und kommen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach kompetenter Behandlung vor Ort sehr entgegen. Ich hatte die Karl-Jaspers-Klinik im Jahr 2012 bereits mit gemischten Gefühlen verlassen, den Kontakt aber immer gehalten und bin jetzt froh, mit neuer, interessanter Aufgabe im Leitungsteam der Klinik wieder mitarbeiten zu dürfen.

• *Herr Bajorat, die Zeit von 2007 bis 2017 haben Sie als einer der Dienstältesten in der Runde leibhaftig miterlebt. Was ist für Sie die entscheidende Veränderung?*

Dr. Claus Bajorat: Ich arbeite jetzt schon seit 22 Jahren in dieser Klinik und muss sagen, dass wir uns vor dem Klinikverkauf deutlich langsamer weiterentwickelt haben. Manches lief im Schneckentempo, vor allem Veränderungen im baulichen Bereich. Nach 2007 ging dann plötzlich vieles schneller. Projekte wie die lange notwendige Auflösung der alten Wachsäle, die vorher lange verschoben worden war, wurden innerhalb eines halben Jahres umgesetzt. Und die Kommunikation wurde intern und extern einfacher und besser. Als Landeskrankenhaus mussten wir bei vielen Veränderungen das Einverständnis in Hannover einholen. Das hat viele sinnvolle Dinge leider sehr verzögert. Das Tempo der Veränderungen war anfangs für manche Mitarbeiter recht hoch. Zurück in die alte Trägerschaft des Landes möchte heute aber wohl niemand mehr.

• *Frau Claßen, Sie sind Anfang 2016 als Direktorin der Forensik aus Hamburg dazu gestoßen. Wie haben Sie die Klinik zuvor wahrgenommen? Sie haben sich vorab doch sicher ein Bild gemacht ...*

Annette Claßen: Ich habe damals vor allem wahrgenommen, dass hier ein anderer Weg beschritten wird, als in vielen anderen Kliniken. Das fand ich persönlich durchaus reizvoll. Die etwas andere Organisationsform hat sich mir als sehr positiv dargestellt. Die Forensik war damals schon in einer guten Entwicklungsphase – stetig anwachsend. So sah ich für mich einfach eine sehr gute Ausgangslage.

• *Herr Figge, wie Dr. Bajorat zählen auch Sie schon länger zum Team der Klinik. Worauf können wir, worauf können Sie angesichts des zehnjährigen Jubiläums besonders stolz sein?*

Dr. Christian Figge: Darauf, dass wir offen sind. Wir laden oft Leute ein, uns zu besuchen. Wir haben Tage der offenen Tür und Sommerfeste. Auch kommen häufig Schulklassen und andere Gruppen zu uns, um sich zu informieren, wie es hier aussieht. Die früher durchaus verbreitete Angst, dieses Gelände zu betreten, hat sich in der Bevölkerung gelegt. Heute fürchtet sich niemand mehr vor der Begegnung mit der Psychiatrie. Ich empfinde es als sehr wohltuend, dass es hier eine wirklich gravierende Veränderung gegeben hat.

• *Frau Jüttner, da Sie schon sehr lange in der Karl-Jaspers-Klinik arbeiten gelten Sie als „Kind des Hauses“ und als jemand, der mit der Klinik sehr eng verbunden ist. Was macht Ihre besondere Verbindung aus?*

Monika Jüttner: Der wichtigste Punkt ist für mich, dass der Fokus immer auf die Patienten gesetzt wird. Wir haben uns natürlich auch vor der Umstellung weiterentwickelt – aber eben tatsächlich nur im schon beschriebenen Schnecken-tempo. Jetzt haben wir den Turbogang eingeschaltet. Wir agieren mit viel Rückenwind und Unterstützung und konnten genau deshalb in den vergangenen zehn Jahren so einiges erreichen. Auch die Transparenz nach außen ist deutlich stärker geworden. Meine Triebfeder ist, dass unsere Patienten und die Psychiatrie als gesellschaftsfähiger wahrgenommen werden als je zuvor.

• *Frau Philipsen, Sie sind von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Freiburg nach Oldenburg gekommen. Wie schneidet die*

Karl-Jaspers-Klinik im Vergleich der beiden Standorte ab? Oldenburg gilt ja als das Freiburg des Nordens ...

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Philipson: Freiburg ist eine alteingesessene Universitätsklinik mit jahrelanger Tradition in der Forschung, die aber auch sehr klinisch ausgerichtet ist. Die Karl-Jaspers-Klinik ist ebenfalls klinisch gut aufgestellt. Es besteht eine große Offenheit, darin sehe ich eine positive Gemeinsamkeit. Aber natürlich gibt es auch Unterschiede. Das System der European Medical School bietet uns viele Chancen und Herausforderungen. Ich habe mich bewusst für Oldenburg als neuen Standort entschieden.

• *Herr Brieden, die Karl-Jaspers-Klinik gilt als besonders gut in der Region verankert. Warum ist das wichtig, welche Chancen und möglicherweise Risiken ergeben sich daraus?*

Dr. Thomas Brieden: Die enge, lokale Beziehung ist mit der Historie gewachsen. 1858 gab es hier drei Bauernhöfe, sonst nichts. Man hatte die Psychiatrien oder die damals so genannten Landesirrenanstalten mit Bedacht möglichst weit außerhalb der Städte gebaut. Viele Leute haben deshalb lange geglaubt, dass da draußen die Bekloppten und Verrückten leben. Da wirst du eingesperrt, da stirbst du. Das wurde von Generation zu Generation weitergegeben. Aber die Patienten, die jetzt in die Suchtklinik oder die Ambulanz kommen, sind die ersten, die den Begriff der Psychiatrie als Krankenhaus wahrzunehmen beginnen – als etwas, wohin man geht, wenn man Probleme mit der Psyche hat. Ich finde es wichtig, weiterhin als Haus der Region zu agieren. Wir sind Ammerländer, damit werben wir sogar. Aber die Arbeit, ein solches Haus wieder salonfähig zu machen, sollte niemand unterschätzen. Ich selbst betreue beispielsweise viele Menschen, die seit 80 Jahren hier leben. Bei denen ist das alte Denken schon noch stark verankert – trotz unserer Offenheit und unserer Öffentlichkeitsarbeit.

• *Das waren eher negative Anmerkungen. Welche positiven Punkte verbinden Sie mit der Regionalität?*

Brieden: Obwohl wir ein sehr großes Einzugsgebiet haben und manche Patienten bis zu 80 Kilometer weit fahren müssen, empfinde ich die kurzen Wege

innerhalb der Einrichtungen als echtes Plus. Um mit der Bevölkerung den direkten Kontakt zu wahren, gibt es etwa unser Sommerfest und den Sommerlauf. Die Menschen nehmen wahr, wie wir uns präsentieren, dass wir uns transparent geben und offen zeigen.

Runde 2

• *Die Beschäftigung mit Themen wie Demenz, Sucht oder Depression ist in der gesellschaftlichen Mitte angekommen. Wie verändert das Ihre Arbeit?*

Figge: Ganz einfach, wir haben hier keinen Platz mehr. Ich werde öfter von Stationen um Hilfe gebeten, weil es heißt, dass alle Betten voll sind. Die Patienten fühlen sich hier wohl, die meisten wollen hierbleiben. Es ist schwerer, sie zu entlassen als sie „zu fangen“. Man hat von außerhalb oft noch den Eindruck, man müsse sie festhalten, aber das ist nicht das Problem. Unsere Patienten bekommen spezifisch auf sie zugeschnittene Programme; sie werden so akzeptiert, wie sie sind. Die größte Veränderung in den letzten Jahren besteht darin, dass man sich heute traut, bei Problemen Hilfe zu suchen.

Jüttner: Das Interesse an der Klinik ist größer geworden. Die Menschen interessieren sich für uns und unsere Arbeit. Sie wollen wissen, wie es hier aussieht, wie wir arbeiten. Das alles wird immer wichtiger für die Öffentlichkeit.

Zimmermann: Zudem ist die Verweildauer viel kürzer geworden. Früher waren manche Patienten vielleicht 30 Jahre hier, heute oft nur 30 Tage oder noch kürzer. Das liegt an medizinischen Fortschritten ebenso wie an der Vernetzung mit der Außenwelt.

• *Frau Philipsen, hat Sie dieses offene Klima überrascht, als sie nach Oldenburg kamen?*

Philipsen: Schon. Es heißt ja immer, die Norddeutschen seien nicht so offen. Das habe ich in der Bevölkerung aber absolut anders empfunden. Klar ist, dass das Tempo in einer Uniklinik generell schon eher hoch ist. Die Herausforderung besteht dabei darin, alle Betroffenen und auch die Bevölkerung mitzunehmen.

- *Herr Bajorat, gelingt das?*

Bajorat: Ich sehe durchaus noch weiße Flecken in der Versorgung. Die ambulante und teilstationäre Versorgung in den weit von der KJK entfernten Regionen des Einzugsgebiets ist weiter zu verbessern, zum Beispiel in den Landkreisen Vechta und Wittmund. Zudem macht uns inzwischen auch der Fachkräftemangel zu schaffen. Es fehlen Ärzte und Pflegekräfte. Wir müssen versuchen, wieder mehr Lust für diesen Beruf zu wecken. Hier sehe ich eine der Aufgaben der Zukunft, die auch die Karl-Jaspers-Klinik angehen muss.

- *Wo sehen Sie für die Klinik in Zukunft die großen Herausforderungen der psychiatrischen Arbeit?*

Figge: Wir werden Qualitätskontrollen brauchen. Die gibt es hier bislang so gut wie gar nicht. Es wird immer wichtiger, dass wir unsere erfolgreiche Arbeit nach außen tragen, abbilden und vertreten. In dieser Hinsicht muss einiges passieren.

Philipsen: Im Bereich der Wissenschaft gibt es zunehmend Qualitätskontrollen. Auch für die Klinik stehen beispielsweise Arzneimittelsicherheits-Datenbanken zur Verfügung. Wir müssen uns entscheiden, ob wir hier teilnehmen wollen und was uns sinnvoll erscheint. Die große Herausforderung in der Psychiatrie – wie auch in den anderen Fächern – ist die Frage der differentiellen Therapieindikation, d. h. wer genau auf welches Medikament oder welche andere Therapieform anspricht.

Brieden: Eine andere Herausforderung liegt in der steigenden Patientenzahl. Da die Offenheit für Psychiatrien größer wird, steigt die Menge an Menschen, die versorgt werden wollen. Dafür müssen wir Nachwuchspflegekräfte sichern. Daran hakt es. Es gilt also, den Beruf wieder attraktiver zu machen. Und wir müssen in der Therapie weiter auf individuelle Anwendungen setzen, daneben aber auch Behandlungen dort standardisieren, wo es möglich ist. Nicht zu vergessen die Frage der personellen Ausstattung. Haben wir genügend Mitarbeiter, wie viel Geld steht uns zur Verfügung? Das sind alles wichtige Fragen, die sich im Moment noch gar nicht beantworten lassen.

Claßen: Ein Dauerthema bleibt leider die Stigmatisierung unserer Patienten. Das gilt insbesondere für meinen Bereich, die Forensik. Ich freue mich aber über einen spürbaren Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung. Die Aufgaben und Bedingungen des Maßregelvollzugs sowie die therapeutischen Bemühungen um unsere Patienten werden deutlicher.

Zimmermann: Aus meiner Sicht müssen wir uns noch stärker vernetzen und Erfahrungen austauschen. Gerade auf dem Gebiet der Sucht gibt es immer wieder Veränderungen, allein schon weil ständig neue Drogen auf den Markt kommen. Auch Spiel- und Internetsüchtige müssen – so seltsam das klingen mag – manchmal akut „entgiftet“ werden.

Jüttner: Wir brauchen mehr Mitarbeiter, die sich weiterqualifizieren wollen. Möglicherweise würden auch Arbeitsplätze in Teilzeit helfen. Fachkräfte auszubilden und zu stärken, sehe ich als unsere wichtigste Aufgabe.

Figge: Ich habe große Sorge, dass es überhaupt gelingen wird, Leute dazu zu bringen, in unseren Bereichen zu arbeiten. Andere Länder sind in diesem Punkt bereits viel besser aufgestellt und könnten uns als Vorbild dienen. Wir müssen die jungen Menschen motivieren und den Beruf wieder attraktiv machen.

Philipsen: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt eine zunehmend größere Rolle. Junge Menschen denken hier anders als noch ihre Elterngeneration. Die Universitäten haben dabei eine wichtige Funktion inne. Sie sind im Hinblick auf die Ärzte und Pflegewissenschaften der Quell, aus dem der Nachwuchs sprudelt.

Claßen: Auch ich kann nur sagen, dass mir das Nachwuchsproblem Sorgen bereitet. Wir haben aber keinen Grund, uns mit dem Erreichten zu verstecken. Die Entwicklung der Karl-Jaspers-Klinik gibt uns genügend Mut, der Sache optimistisch entgegenzusehen.

Brieden: Es gibt diesen unsäglichen Begriff der „Work-Life-Balance“. Mein Eindruck ist, die jüngeren Generationen legen den Fokus mehr auf „Life“ und weniger auf „Work“. Das stelle ich oft bei Bewerbungsgesprächen fest. Der Trend geht zur Halbtagsstelle, Wochenend- oder Nachtdienste will niemand machen. Solche Vorstellungen sind dann häufig mit übertriebenen Erwartun-

gen an das Gehalt verbunden. Wir stehen vor einem Paradigmenwechsel, was die Haltung zur Arbeit generell anbelangt. Das liegt daran, dass wir heute mehr Stellenangebote haben als Nachfragen. Wir laufen den Bewerbern hinterher, nicht umgekehrt. Unsere Gesellschaft hat sich zu einer oberflächlichen entwickelt, die Werte haben sich gewandelt. Diese Veränderung könnte gefährlich werden. Denn hier geht es um die Patienten, weniger um Narzissmus.

Runde 3

•*Die Karl-Jaspers-Klinik ist Teil des Medizinischen Campus der Universität Oldenburg. Wie wichtig ist das für Ihre tägliche Arbeit auf der einen und für die Zukunft der Klinik auf der anderen Seite?*

Philipsen: Es war schon ein Wagnis, einen Teil der Klinik zur Uniklinik zu machen. Das versetzt uns aber in die Lage, neue Behandlungsansätze zu schaffen und auch wissenschaftlich zu begleiten. In der Ausbildung der Studierenden an der Uni oder auf Station reflektieren wir uns selbst immer wieder. Wie vermittele ich Wissen am besten? Ist das, was ich vermittele, auch aktuell? So bleiben wir am Puls der Zeit.

Brieden: Ich freue mich über jeden einzelnen Studenten hier. Aber wir werden nur dann von der European Medical School profitieren, wenn wir Studierende für die Psychiatrie begeistern können. Bis es so weit ist, sie einsetzen zu können, werden aber noch ein paar Jahre vergehen.

Claßen: Die Hospitierenden bringen uns den Geist der Uniklinik, das kann man schon so sagen. Viele wissenschaftliche Projekte funktionieren nur durch den unmittelbaren Kontakt zur Uni. So eine intensive und gute Zusammenarbeit hat es vorher nicht gegeben. Ich finde auch, dass die Kooperation Spaß macht und eine Bereicherung für beide Seiten darstellt. Studierende haben mir gegenüber durchaus Interesse an unserer Arbeit geäußert.

Jüttner: Das sehe ich genauso. Ich bekomme oft positives Feedback von meinen Kollegen. Unter anderem sagen sie, dass die Studierenden frischen Wind und neues Leben in die Klinik bringen. Es wird sicher noch etwas dauern, bis wir Zählbares davon bemerken. Aber das wird kommen.

Brieden: Man darf allerdings unseren Standortnachteil nicht unberücksichtigt lassen. Der Trend geht bei den jungen Menschen zu den Großstädten, da zieht der Standort Ammerland eher weniger. Ich habe schon Absagen von Bewerbern bekommen, die gesagt haben, es sei ihnen hier einfach zu ländlich.

Zimmermann: Ich bin überzeugt, dass wir Nachwuchs generieren werden, wenn wir ein gutes Angebot vorhalten. Die Zusammenarbeit mit der Uni ist übrigens auch für die interne Weiterbildung wichtig und beschert uns regelmäßig renommierte Referenten.

Philipsen: Grundsätzlich ist das Interesse der Studierenden an der Psychiatrie relativ groß. Das liegt wohl daran, dass sich vieles stark verändert hat, etwa durch neurobiologische Kenntnisse und neue psychotherapeutische Konzepte. Die Psychiatrie ist und bleibt ein spannendes und abwechslungsreiches Fach. Ob die Studierenden am Ende aber wirklich den Schritt zu uns machen, das wissen wir jetzt noch nicht. Ich bin selbst gespannt darauf.

Brieden: Die Frage ist doch, wie viele zum Schluss im Sieb hängen bleiben. Wenn fünf Prozent dabeiblieben, dann wären wir schon gut aufgestellt. Aber wir sollten nicht zu viel erwarten, denn es wird dauern, bis wir die Früchte unserer Arbeit ernten können. Pro Jahr ein Arzt, das wäre ein Traum. Wir sind ja mit wenig zufrieden und das wäre schon toll.

• *Herr Bajorat, Sie haben vor einigen Jahren einen Vortrag über das „Psychiatrisersein in Grenzsituationen“ gehalten. Was waren bzw. sind denn solche Grenzsituationen für Sie?*

Bajorat: Unter anderem der Umgang mit suizidalem Verhalten von Patienten oder aggressiven Übergriffen auf uns Mitarbeiter. Als Psychiater müssen wir solche Situationen aushalten und entscheiden, wie es weitergehen soll. Solche Entscheidungen fallen manchmal gegen den Willen der Patienten. Da kommt man an seine Grenzen, auch wenn man davon überzeugt ist, richtig zu handeln.

Zimmermann: Für Karl Jaspers, den Namensgeber unserer Klinik, sind Grenzsituationen unabänderliche Grundtatsachen des Lebens, die zu existen-

ziellen Konflikten führen können. Er nennt in diesem Zusammenhang unter anderem Tod, Schuld, Leid und Kampf. Sie zeichnen sich nach Jaspers dadurch aus, dass in krisenhaften Situationen bisher tragende Weltbilder buchstäblich zusammenbrechen können, was dann eine besondere therapeutische Herausforderung darstellt.

Bajorat: In der Konsequenz erzeugen viele Entscheidungen, die wir treffen müssen, Aggressionen. Meistens bekommen sie die Pfleger ab. Davon darf man sich bei seinen Überlegungen aber nicht beeinflussen lassen.

• *Frau Philipsen, wie können Sie die Studierenden auf derartige Grenzsituationen vorbereiten?*

Philipsen: Naja, wir können versuchen, sie entsprechend zu coachen. Aber solchen Momenten später in der Praxis standzuhalten, ist etwas völlig anderes. Dafür bieten wir den Studierenden begleitende Veranstaltungen wie Kommunikationstrainings an, in denen sie vorbereitet werden sollen.

Brieden: Es ist einfach wichtig, dass wir weiterhin konsequent unseren Weg gehen. Der liegt für mich in der Zusammenarbeit der Disziplinen. Wir haben hier an der Klinik ein großes und gutes Miteinander. Das Bild ist ein wenig abgegriffen, aber es passt: Wir sitzen tatsächlich alle im selben Boot und rudern gemeinsam in eine Richtung.

• *Das legt eine Schlussfrage nahe: Mit wem in der Runde würden Sie gerne einmal tauschen?*

Claßen: Das Vergnügen hatte ich kürzlich schon einmal, da ich für eine Weile Herrn Zimmermanns Bereich übernehmen durfte. Das war eine sehr interessante Erfahrung, die ich gern noch einmal machen würde.

Brieden: Tauschen? Nein, das würde ich nicht wollen. Jeder von uns ist in seinem Fachgebiet ein ausgewiesener Spezialist. Das könnte ich nur schlechter machen. Ich bin mit meinem Part zufrieden.

Zimmermann: Wenn man die Fähigkeiten mittauschen könnte, würde ich gerne einmal die Aufgaben von Frau Philipsen übernehmen – insbesondere For-

schung und Lehre erscheinen mir als Ergänzung zur klinischen Arbeit sehr reizvoll.

Bajorat: Auch wenn Kollege Brieden seinen Posten in der Gerontopsychiatrie nicht verlassen möchte, würde ich durchaus einmal mit ihm tauschen. Seinen Vorgänger habe ich öfter vertreten. Wenn man über den Tellerrand seines Bereiches blicken konnte, war das herausfordernd und spannend. Gerade bei alten Menschen, zum Beispiel mit einer Demenz, erkennt man, wie wertvoll unsere normale Gedächtnisfunktion ist. Leider können wir vieles nicht rückgängig machen. Das macht die Arbeit in diesem Bereich auf Dauer auch belastend.

Philipsen: Eine interessante Frage. Ich finde den Pflegebereich sehr wichtig. Aber ich bekomme von dem, was Frau Jüttner dort macht, nicht so viel mit. Deshalb würde ich mir das gern mal genauer anschauen.

Jüttner: *(lacht)* Das müsste sich machen lassen. Mir geht es umgekehrt ähnlich. Ich durfte bereits häufiger mit Schülern arbeiten und habe das stets als sehr befruchtend wahrgenommen. Aus diesem Grund würde ich tatsächlich auch gern einmal mit Frau Philipsen den Tausch eingehen und schauen, wie ich mit den Studenten zurechtkomme.

Meine Damen und Herren, wir danken Ihnen sehr für dieses aufschlussreiche Gespräch und Ihre offenen Worte.



Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Karl-Jaspers-Klinik

Kontakt:

Karl-Jaspers-Klinik, Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn

3 Schwerpunktthema Umsetzung Landespsychiatrieplan

3.1 Einführung zum Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“

Autoren: Dr. phil. Peter Orzessek/Alexandra Döpke,
Sozialpsychiatrischer Dienst

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

Während Sie ab Seite 131 die Empfehlungen zum letzten Schwerpunktthema „Prävention“ lesen können, finden Sie in diesem Abschnitt der Ihnen vorliegenden Veröffentlichung verschiedene Artikel, die sich mit den Themen des Landespsychiatrieplans befassen. Diese Artikel und natürlich der Landespsychiatrieplan selbst sollen die Grundlage bilden für die Diskussion in den Arbeitskreisen des Verbundes zur Frage, wie der Landespsychiatrieplan in der Stadt Oldenburg umgesetzt werden kann.

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.

Neben ethisch-fachlichen Grundsätzen und einer Fülle an Vorschlägen zu den verschiedenen Feldern der psychiatrischen Versorgung benennt der Landespsychiatrieplan auch prioritäre Entwicklungsfelder:

- Partizipation und Selbsthilfe fördern

- Integrative Planung und optimierte, bereichsübergreifende Steuerung
- Gemeindepsychiatrische Zentren mit multiprofessionellen, ambulant-aufsuchenden Teams mit Krisenhilfe
- Zwangsmaßnahmen mindern
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Früherkennung – Frühintervention
- Versorgung Älterer
- Maßregelvollzug

Die Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Cornelia Rundt, betonte in ihrer Rede anlässlich der Veröffentlichung des Landespsychiatrieplanes am 30. Mai 2016 folgende Inhalte:

- Prävention
- Das Wissen über psychische Erkrankungen breiter in die Öffentlichkeit tragen
- Psychiatrische Behandlungsangebote in die Fläche bringen
- Grundsatz „ambulant vor stationär“ beachten und Ausbau und Vernetzung wohnortnaher Angebote
- Angehörige und Bezugspersonen bedenken
- Unterstützung der Selbsthilfe
- Koordination der Angebote in der Region durch die Sozialpsychiatrischen Dienste und Verbünde
- multiprofessionelle aufsuchende Teams mit Krisenhilfe
- Psychiatrieberichterstattung
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Maßregelvollzug
- Reduzierung von Zwangsmaßnahmen

Ein Jahr nach Veröffentlichung fand im April 2017 in Loccum eine Tagung zur Umsetzung des Landespsychiatrieplans statt. In ihrer Rede zur Eröffnung der

Tagung benannte die Ministerin Rundt drei Gruppen von Menschen, für die besonderer Reformbedarf bestehe:

- Menschen mit einer schweren chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung
- Kinder und Jugendliche an der Schwelle zum Erwachsenenalter
- ältere und hochaltrige Menschen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Oldenburg benannte nach der Veröffentlichung des Landespsychiatrieplans vier Felder, die zuerst angegangen werden sollten:

- Ausbau der gemeindezentrierten psychiatrischen Versorgung
- Prävention
- Förderung der Arbeit von Genesungsbegleitern/Ex-In-Absolventen
- Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Kompetenz im Gesundheitsamt

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

Kontakt zu den Autoren:

Dr. phil. Peter Orzessek/Alexandra Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst,
Industriestr. 1, Eingang G, 26121 Oldenburg

3.2 Tagung „Landespsychiatrieplan Niedersachsen: Start in eine neue Reformära?“

Quelle: Presseinformation des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

<https://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/tagung-landespsychiatrieplan-niedersachsen-start-in-eine-neue-reformaera-152765.html>

Sozialministerin Cornelia Rundt: „Wir brauchen eine andere Psychiatrie.“

Besonderer Reformbedarf besteht für chronisch Kranke, Jugendliche und ältere Menschen.

Die Angebote für seelisch erkrankte Menschen in Niedersachsen sind gut ausgebaut, aber oft unzureichend vernetzt und zu wenig koordiniert. Die Landesregierung will die Versorgung deshalb zukünftig besser koordinieren und steuern. Konstruktive Lösungsansätze dazu soll die Tagung „Landespsychiatrieplan Niedersachsen: Start in eine neue Reformära?“ bringen. Gemeinsam mit unterschiedlichen Akteuren bringt die Tagung Fachleute miteinander ins Gespräch und gibt dem Reformprozess in Niedersachsen dadurch weitere Schubkraft.

„Wir brauchen nicht mehr, sondern eine andere Psychiatrie“, unterstreicht Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin Cornelia Rundt das Ziel der Tagung. „Die Psychiatrie umzugestalten kann dabei nur gemeinsam mit den Betroffenen und den Angehörigen psychisch kranker Menschen gelingen“, so die Ministerin. Mit dem im vergangenen Jahr veröffentlichten Landespsychiatrieplan sei der Rahmen für die Entwicklung der Psychiatrie in Niedersachsen für die nächsten zehn Jahre festgelegt worden. Im Großen und Ganzen stehen in Niedersachsen alle erforderlichen Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen bereit. Dennoch gibt der Landespsychiatrieplan Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Psychiatrie.

„Von hoher Bedeutung für die weiteren Reformschritte ist, dass die mit der Versorgung psychisch kranker Menschen befassten Einrichtungen und Fach-

kräfte eng und koordiniert vor Ort zusammen arbeiten. Die Bereitstellung von bedarfsnotwendigen Hilfen muss gut geplant und insbesondere auch in Krisenfällen bereichsübergreifend und zielorientiert gesteuert werden können", sagt Prof. Dr. Rudolf Schmid von FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH.

Für drei Gruppen von Menschen besteht demnach ein besonderer Reformbedarf:

➤ **Menschen mit einer schweren chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung**

Diese Gruppe umfasst nach Schätzungen der Fachleute 1 – 2 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren. Das sind in Niedersachsen etwa 50.000 bis 100.000 Betroffene, viele von ihnen leben in Heimen der Eingliederungshilfe und in Altenpflegeheimen. Das Motto „ambulant vor stationär" müsse deshalb auch in der Psychiatrie stärker gelebt werden, betont Ministerin Rundt. Um die derzeitige Situation zu verbessern, empfiehlt der Landespsychiatrieplan beispielsweise den Aufbau gemeindepsychiatrischer Zentren oder die Verbesserung der Krisenhilfe in den Regionen – insbesondere auch abends bzw. nachts und am Wochenende.

➤ **Kinder und Jugendliche an der Schwelle zum Erwachsenenalter**

Diese Gruppe weist einen sehr hohen Anteil an psychiatrischen Mehrfachdiagnosen auf. Ihre Chancen auf einen Berufsabschluss und einen Zugang zum Arbeitsmarkt sind sehr viel geringer als bei später Erkrankten. Deshalb ist es wichtig, neue integrierte Konzepte für den Bereich der Adoleszenzpsychiatrie zu entwickeln. Ziel muss sein, diese Kinder und Jugendlichen möglichst früh zu identifizieren. „Uns muss es gelingen, psychisch kranken Kindern und Jugendlichen einen Zugang zu Bildung, Beruf und Freizeit zu ermöglichen. Dahinter steht weit mehr als eine psychiatrische Therapie: Jugendhilfe, Schule und Psychiatrie – Alle sind gefordert, zusammen zu arbeiten", so Cornelia Rundt.

➤ **Ältere und hochaltrige Menschen**

„Für die Psychiatrie ist es wichtig, dass die Hilfe zu den Menschen kommt und nicht die Menschen zur Hilfe“, untermauert Ministerin Rundt. So lange wie möglich im selbstgewählten Umfeld zu leben, sei ein häufiger Wunsch alter Menschen. Hier gelte es, bürgerschaftliche Initiativen wie die „demenzfreundlichen Kommunen“ zu unterstützen. Auch die Angehörigen psychisch erkrankter älterer Menschen seien ins Blickfeld zu nehmen, da sie Gefahr laufen, selbst psychisch zu erkranken. Das Land Niedersachsen fördert seit 2005 die Entwicklung und Umsetzung solcher Konzepte

Zwangsmaßnahmen sind ein weiteres, stark diskutiertes Thema in der Psychiatrie. Zahlen zur Häufigkeit einzelner Zwangsmaßnahmen wie Unterbringung, Fixierung, Zwangsmedikation etc. liegen indes nicht vor. Der Landespsychiatrieplan empfiehlt hierzu ein ‚verpflichtendes Register zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen‘. „Diese Empfehlung nehmen wir sehr ernst“, sagte Ministerin Rundt, für eine bundesweite Vergleichbarkeit solle gemeinsam mit den anderen Bundesländern ein einheitlicher Erfassungsstandard entwickelt werden. „Wichtiger als die Datenerhebung sind jedoch Maßnahmen, die Zwang reduzieren“, so Rundt. Es gebe inzwischen bereits gut etablierte Konzepte, deren flächendeckende Umsetzung die Ministerin forderte. Dazu zählen beispielsweise regelmäßige Deeskalationstrainings der psychiatrischen Teams oder Behandlungsvereinbarungen. Ganz konkret fördert das Land derzeit in einer Modellregion der Landkreise Aurich, Friesland, Leer, Wittmund und den kreisfreien Städten Wilhelmshaven und Emden ein „Redufix-Projekt“ unter der Federführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Aurich mit bis zu 135.000 Euro jährlich. Ziel ist es, hier weitere praktische Erkenntnisse zu gewinnen und das Modell auf andere Regionen auszuweiten.

3.3 Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung

Der Abdruck des Kapitels erfolgt mit freundlicher Genehmigung der
Psychiatrie Verlag GmbH

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg.)
Rundum ambulant
Funktionales Basismodell psychiatrischer
Versorgung in der Gemeinde

Psychiatrie
Verlag 

Zuerst erschienen in:

Ingmar Steinhart; Günther Wienberg (Hg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. 1. Auflage 2017, 320 Seiten ISBN Print: 978-3-88414-670-5, 39,95 Euro Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Psychiatrie Verlag GmbH. Näheres zur Umsetzung des Funktionalen Basismodells finden Sie im Buch.



Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart, Jahrgang 1955, Dipl.-Psychologe, Geschäftsführer Stiftungsbereich Bethel.regional der Stiftung Bethel, Direktor des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. An-Institut der Universität Greifswald, Modellprojektleiter Landesverband für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Vorstandsmitglied Aktion Psychisch Kranke e.V., Vorstandsmitglied BAG GPV.



Prof. Dr. P.H. Günther Wienberg, Jahrgang 1953, Dipl.-Psychologe, seit 2000 Mitglied im Vorstand der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Lehrbeauftragter an der Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen, Mitglied der Aktion Psychisch Kranke e.V.; Arbeitsschwerpunkte: Versorgung Abhängigkeitskranker, Psychoedukation, Prozesse und Strukturen der psychiatrischen Versorgung.

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg.)

Rundum ambulant

Funktionales Basismodell
psychiatrischer Versorgung
in der Gemeinde

Psychiatrie
Verlag 

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg.)
Rundum ambulant
Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde
1. Auflage 2017
ISBN-Print: 978-3-88414-670-5
ISBN-PDF: 978-3-88414-898-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2017
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln,
unter Verwendung eines Fotos von Flügelwesen/photocase.com
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau



Vorwort des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V.	9
--	----------

Michael Konrad, Birgit Görres

Vorwort der DGPPN	14
--------------------------	-----------

Iris Hauth

Vorwort des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.	16
--	-----------

Harald J. Freyberger

Vorwort des Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.	18
---	-----------

Sandra Rieck, Andreas Speck

GRUNDLAGEN

Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung	22
--	-----------

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg

Evidenzbasierte Psychiatrie im Sozialraum – Update der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«	45
--	-----------

Uta Gühne, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller

Weichenstellungen – Noch ambulant oder doch besser stationär behandeln?	63
--	-----------

Steffi Koch-Stoecker

PRAXISMODELLE

Multiprofessionelle mobile gemeindepsychiatrische Teams in der Praxis 84

Matthias Heißler

Mobile Multiprofessionelle Teams aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes 100

Norbert Mönter

Sektorengrenzen überwinden – Integrierte Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund 116

Nils Greve, Thomas Floeth

Genesungsbegleiter und ihre Wirkung in der ambulanten Psychiatrie 132

Gyöngyvér Sielaff, Reiner Ott, Thomas Bock

Praxis der Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Klinik 150

Angelika Lacroix, Gisbert Eikmeier

Alternative stationäre Behandlungskonzepte – Soteria & Co. 164

Martin Voss

Stationäre Behandlung und (Akut-)Psychotherapie als komplementäre Ressourcen mobiler multiprofessioneller Teams 178

Urban Hansen, Tilman Steinert

Früherkennung und Frühintervention in der Großstadt – Erfahrungen aus der Früherkennungsambulanz 191

Linus Wittmann, Mary Sengutta, Anne Karow

Prävention als Auftrag, Menschen psychische Erkrankung zu ersparen und zu ermöglichen 203

Thomas Bock, Gwen Schulz und Gyöngyvér Sielaff

Der Sozialraum trägt mit – Behandlung und Pflege psychisch kranker alter Menschen in der Gemeinde	219
--	------------

Bernd Meißnest

Das Ende der Reha-Kette? – Zukunft der beruflichen Teilhabe	234
--	------------

Katarina Stengler, Thomas Becker

Supported Employment – Erst platzieren, dann trainieren	246
--	------------

Holger Hoffmann

Wahlfreiheit beim Wohnen: Forschungsstand und praktische Erfahrungen	261
---	------------

Dirk Richter, Ingmar Steinhart

UND WIE WEITER?

Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells	278
--	------------

Raoul Borbé, Ingmar Steinhart, Günther Wienberg

Neue Praxis braucht neue Theorie – der Capabilities-Approach	299
---	------------

Dieter Röh, Andreas Speck, Ingmar Steinhart

Autorinnen und Autoren	316
-------------------------------	------------

GRUNDLAGEN





Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg

Nach der Reform ist vor der Reform

Die Übergabe der Psychiatrie-Enquete an den Deutschen Bundestag 1975 gilt zu Recht als Beginn einer flächendeckenden Psychiatriereform. Gut vierzig Jahre danach ist festzustellen: Diese Reform ist eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten Reformvorhaben der deutschen Nachkriegsgeschichte. Es gilt aber auch: Seit Jahren herrscht ein bedrohlicher Reform- und Innovationsstau in der bundesdeutschen Psychiatrie und es fehlt eine attraktive Zukunftsvision (WIENBERG 2013). Eine solche Zukunftsvision wird in diesem Beitrag entworfen.

Was die bisherige Reform gebracht hat ...

Die Regelbehandlung psychisch kranker Menschen erfolgt heute ganz überwiegend gemeindenah, mit erheblich weniger Krankenhausbetten, sehr viel stärker tagesklinisch und ambulant, mit erheblich mehr Fachpersonal als vor vierzig Jahren. Die Psychiatrie verfügt außerdem über ein wesentlich breiteres Repertoire an evidenzbasierten pharmakologischen und psychotherapeutischen Verfahren. Auch die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe von schwer psychisch kranken Menschen haben sich durch Enthospitalisierung, Dezentralisierung und Ambulantisierung deutlich verbessert. So werden heute im Rahmen der Eingliederungshilfe Wohnen ca. zwei Drittel der Klientel ambulant in ihrer Wohnung unterstützt.

Im Bereich Arbeit gibt es ein differenziertes System von Diensten und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation und zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Die Angebote sind insgesamt stärker in den

jeweiligen Sozialräumen verortet und verankert und die kommunale Wahrnehmung der Verantwortung für die psychiatrische Versorgung ist gestärkt. Die Reform wird in vielen Regionen von einer Kultur des Dialogs, dem Bemühen um eine Partnerschaft auf Augenhöhe zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen getragen. Diese Entwicklung wird mittlerweile durch die Stärkung der Rechte psychisch kranker Menschen über ländergesetzliche Regelungen in den sogenannten »Psychisch Kranken-Gesetzen« unterstützt. Die Zahl der Regionen, in denen Peerarbeit etabliert ist, nimmt zu. Dennoch steht es bei Weitem nicht in allen Bereichen zum Besten.

... und welche Probleme ungelöst sind

Im Bereich **Behandlung** sind folgende Trends auszumachen:

- Nachdem sich im Verlauf der Reform die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten von ca. 118.000 1970 bis Mitte der 2000er-Jahre mehr als halbiert hatte, steigt die Zahl der Betten und Tagesklinikplätze in psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung seitdem wieder deutlich an (AOLG 2012; KUNZE 2015).
- Gleichzeitig ist die durchschnittliche stationäre Verweildauer auf 22,5 Tage zurückgegangen, das heißt, es werden immer mehr Patienten immer kürzer behandelt, die Drehtür dreht sich immer schneller. So lagen die Ein-Jahres-Wiederaufnahmeraten Mitte der 1990er- und Mitte der 2000er-Jahre zwischen 40 und 65 Prozent – mit steigender Tendenz (SPIESSL u. a. 2006; HUTTNER 2006). Diese Entwicklung sät erhebliche Zweifel an der Ergebnisqualität der (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung und zugleich an der Tragfähigkeit ambulanter Strukturen in der Gemeinde.
- Fast unbemerkt hat sich die Zahl der »speziellen« Krankenhausbetten für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik zwischen 1991 und 2010 von ca. 18.000 auf 37.000 fast verdoppelt. Diese Kapazitäten sind nicht in die regionale Pflichtversorgung eingebunden, es dominieren privatwirtschaftliche Strukturen und es werden leichter Kranke dort länger behandelt als in der Regelversorgung.
- Zwischen 1990 und 2013 hat sich die Zahl der Plätze im Maßregelvollzug verdreifacht: von ca. 3600 auf ca. 10.500 (KUNZE 2015). Bezüglich der Maßregel nach § 63 StGB deutet einiges darauf hin, dass die Tragfähigkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung für schwer kranke,

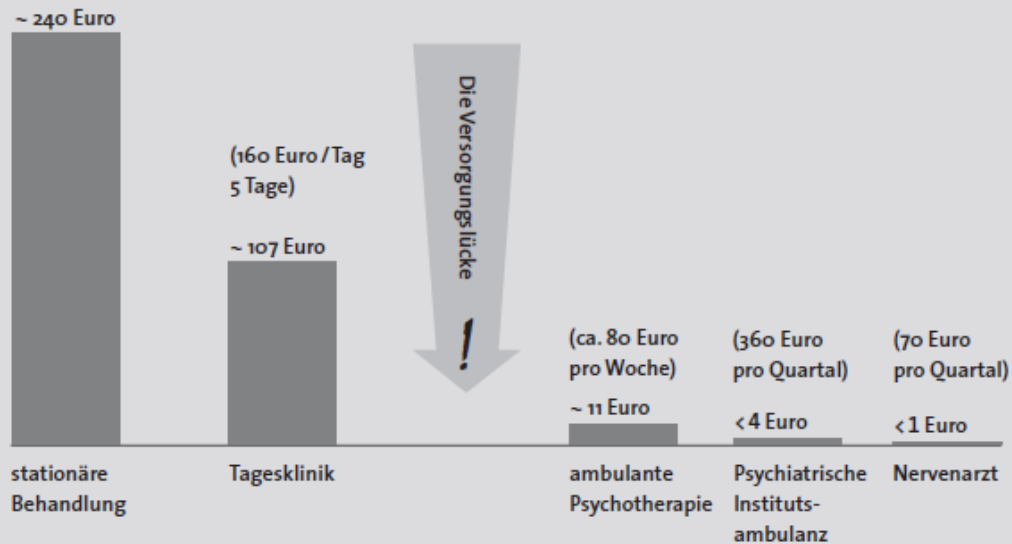
verhaltensauffällige, delinquente und non-adhärente Patienten abnimmt (KUTSCHER, SEIFERT 2007).

- Während die Zahl der niedergelassenen Fachärzte um die 5000 stagniert oder sogar leicht zurückgeht, ist die Zahl der niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten seit dem Psychotherapeutengesetz 1991 quasi explodiert auf ca. 20.000 in 2013 – bei regional extrem ungleicher Verteilung. Dabei versorgen die niedergelassenen Fachärzte etwa drei Viertel der Patienten mit einem Viertel des Budgets, die Psychotherapeuten ein Viertel der Patienten mit drei Viertel des Budgets (MELCHINGER 2010). Letztere behandeln außerdem überwiegend Personen mit leichteren und mittelgradigen Störungen (KRUSE, HERZOG 2012). Fachärzte erhalten je Patient und Quartal eine Pauschale von ca. 50 bis 60 Euro, Psychotherapeuten ca. 70 bis 90 Euro je Stunde.
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind zwar flächendeckend vorhanden und versorgen eher schwer erkrankte Menschen bei seit Jahren steigenden Fallzahlen. Die Refinanzierung ist in den Bundesländern jedoch unterschiedlich geregelt. Dementsprechend reicht ihr Leistungsspektrum von einer minimalistischen Kommstruktur im Sinne einer ärztlichen Spezialsprechstunde bis hin zu umfassender multiprofessioneller, gegebenenfalls auch aufsuchender Behandlung.
- Mit der Ambulanten Psychiatrischen Pflege und der Soziotherapie wurden zwar neue Leistungen für psychisch Kranke in das Sozialgesetzbuch aufgenommen, diese sind aber wegen restriktiver Bewilligungs- und Finanzierungspraktiken in den Bundesländern bei Weitem nicht flächendeckend verfügbar.

Insgesamt gilt in der psychiatrischen Behandlung nach wie vor der Grundsatz: *The patient goes where the money flows*. Dabei fließen ca. 33 Prozent der Gesamtausgaben für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in den stationären Bereich und nur 18 Prozent in den ambulanten (ROICK 2013). Dies drückt sich aus in einer gravierenden Versorgungslücke.

Abbildung 1, S. 25, zeigt die exemplarische Kalkulation der GKV-finanzierten Tageskosten gängiger Behandlungsangebote auf der Basis von 7 Tagen/Woche und 30 Tagen/Monat. Die tagesklinische Behandlung ist etwa um den Faktor 10 teurer als die aufwendigste ambulante Behandlung. Auch zwischen der teil- und der vollstationären Behandlung gibt es eine Lücke von 100 Euro. So sind Patientinnen und Patienten mit

ABBILDUNG 1 GKV-finanzierte Tageskosten
(kalkuliert auf 7 Tage / Woche und 30 Tage / Monat)



komplexen Behandlungsbedarfen regelhaft auf die stationäre und damit teuerste und am stärksten eingreifende Behandlung angewiesen.

Ähnlich verhält es sich bei Teilhabeleistungen zum Wohnen: Hier ist ein durchschnittlicher Heimplatz pro Tag etwa sieben- bis achtmal teurer als drei Fachleistungsstunden Betreutes Wohnen.

Auch im Bereich der **Teilhabe** gibt es nach wie vor erhebliche Defizite:

- Trotz aller Reformanstrengungen leben auch vierzig Jahre nach der Enquete fast 57.000 Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Heimen der Eingliederungshilfe (BAGüS 2014, eigene Berechnungen). Hinzu kommt eine hohe, sicher fünfstellige Zahl fehlplatzierter psychisch Kranker in Pflegeeinrichtungen, bundesweite Zahlen fehlen leider (zu Baden-Württemberg vgl. KVJS 2014, zu Berlin ZIMMERMANN 2012).
- Nach wie vor finden viele Betroffene kein geeignetes Wohnunterstützungsangebot an dem Ort, an dem sie ihren Lebensmittelpunkt haben und werden auf gemeindeferne Einrichtungen verwiesen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie einen komplexen und hohen Unterstützungsbedarf haben.
- Der Leistungsumfang der ambulanten Unterstützung im Lebensbereich Wohnen ist in aller Regel auf wenige Fachleistungsstunden je Woche

begrenzt und deshalb bei komplexen Bedarfen keine effektive Alternative zur stationären Unterstützung.

- Noch immer fließt das meiste Geld für die Wohnunterstützung in den stationären Bereich: Für das ambulant Betreute Wohnen wurden 2012 1,2 Mrd., für das stationäre Wohnen mehr als 2,4 Mrd. Euro aufgewendet (BAGüS 2014, eigene Berechnungen).
- Die Wohnform und ihre Unterstützungsintensität sowie die damit verbundenen Kosten für den Leistungsträger spiegeln nicht zuverlässig die Schwere der psychischen Störung und das soziale Funktionsniveau wider (VALDES-STAUER, KILIAN 2015).
- Die Zahl der psychisch kranken Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ist bundesweit auf 19 Prozent oder 51.000 Beschäftigte angestiegen (BAGüS 2014, eigene Berechnungen), während die Vermittlungsquoten der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bundesweit unter 1 Prozent pro Jahr liegt.
- Krankenkassendaten zeigen, dass mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufweist (SCHUBERT u. a. 2013).
- Allein zwischen 2006 und 2013 stieg die Zahl der Menschen, bei denen wegen einer psychischen Erkrankung eine Rente wegen Erwerbsminderung bewilligt wurde, von 45.000 auf 66.000 (GÜHNE, RIEDEL-HELLER 2015).

Eine Reihe von allgemeinen Strukturproblemen kennzeichnet die psychiatrisch-psychoziale Versorgung:

Mangelnde Personenorientierung Behandlungs- bzw. Unterstützungsdichte und Behandlungs- bzw. Unterstützungssetting sind eng miteinander verknüpft. Das heißt, dass der Bedarf nach zeitintensiver und komplexer Behandlung oder Unterstützung nur unter stationären Bedingungen bzw. in einem institutionellen Setting gedeckt werden kann. Dies schränkt die Wahlmöglichkeiten der Patienten und Klientinnen erheblich ein, denn Wünsche der Betroffenen nach intensiver Behandlung oder Unterstützung in ihrer Lebenswelt können nicht befriedigt werden.

Fragmentierung der Leistungen In dem gegliederten System der sozialen Sicherung ist die Fallkoordination äußerst aufwendig und oftmals ungenügend. Alle Instrumente zur Überwindung der mangelnden personenbezogenen Integration der im Quer- und Längsschnitt erforderlichen Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen haben sich bisher

als wirkungslos erwiesen. Dies gilt für Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), Psychiatriebeiräte, Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) und kommunale Hilfeplankonferenzen ebenso wie für sozialrechtliche Ansätze wie die Servicestellen nach § 23 SGB IX, das trägerübergreifende persönliche Budget nach § 17 SGB IX, für den Gesamtplan nach § 58 SGB XII sowie die integrierte Versorgung nach § 140 SGB V.

Mangelnde Kontinuität Mangelnde Personenorientierung und Fragmentierung der Leistungen führen zu ständigen Kontinuitätsbrüchen in der Behandlung bzw. Unterstützung – institutionell, konzeptionell und personell. Gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind zumeist nicht in der Lage, dies durch eigene Transfer- und Koordinierungsleistungen zu kompensieren.

Unzureichende Evidenzbasierung Obwohl es international inzwischen eine Fülle von evidenzbasierten Versorgungsmodellen und Interventionen gibt, werden diese in der deutschen Versorgungspraxis höchst unzureichend umgesetzt, sind entweder gar nicht oder nicht flächendeckend verfügbar.

Eklatante Versorgungslücken Größere Gruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen profitieren kaum oder gar nicht von psychiatrischen Behandlungs- und Teilhabeleistungen. Dies gilt für Menschen in Strafhafte ebenso wie für die Klientel der Wohnungslosenhilfe. Dabei zeigen solide epidemiologische Studien, dass die Punkt-Prävalenz psychischer Störungen mit mehr als 70 Prozent in diesen Gruppen besonders hoch ist (TORCHALLA u. a. 2004; LÄNGLE u. a. 2005; V. SCHÖNFELD u. a. 2006).

Alles in allem ist die Versorgungslandschaft in Deutschland gekennzeichnet durch eine Fehlallokation von Ressourcen, problematischen Anreizeffekten und ein Nebeneinander von Über-, Unter und Fehlversorgung.

Exkurs: Nehmen psychische Störungen zu?

Die enorme Ausweitung der Fallzahlen sowie der Behandlungs- und Teilhabeleistungen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland hat bis hinein in die Fachöffentlichkeit zu der Annahme geführt, dass die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung zugenommen hat und weiter steigt. Wiederholte Querschnitts- sowie Längsschnittstudien zeigen aber keinen Anstieg der Prävalenz in Deutschland und Europa – mit Ausnahme der altersbedingten psychischen Störungen (RICHTER, BERGER, REKER 2008; WITTCHEN u. a. 2011; RICHTER, BERGER 2013; KILIAN, BECKER 2013; JACOBI u. a. 2014). Allerdings nimmt die institutionelle

Prävalenz zu, das heißt die Inanspruchnahme von ambulanten und (teil-)stationären Leistungen. Dafür werden in der Literatur verschiedene Gründe angeführt und untersucht:

- Eine allgemeine Schwellensenkung und höhere Akzeptanz der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Bevölkerung (ANGERMEYER u. a. 2013).
- Die bessere Wahrnehmung psychischer Probleme und ihrer Behandlungsmöglichkeiten (RICHTER, BERGER 2013; ANGERMEYER u. a. 2013).
- Nachholeffekte bei bisher nicht oder unterversorgten Bedarfsgruppen (WITTCHEN u. a. 2011).
- Häufigere Thematisierung von psychischen Problemen in den Massenmedien (KILIAN, BECKER 2013).
- Keine Belege gibt es allerdings dafür, dass Entstigmatisierungseffekte zu wachsender Inanspruchnahme beitragen (SCHOMERUS u. a. 2012, 2013).

Der Anstieg der Fallzahlen und die Leistungsausweitung sind also dadurch bedingt, dass eine annähernd gleich gebliebene Zahl psychisch kranker Menschen mehr Leistungen in Anspruch nimmt. Die weit überproportionale Ausweitung der Kapazitäten bei der stationären und ambulanten Psychotherapie deutet darauf hin, dass vor allem die Inanspruchnahme durch leichter Erkrankte gestiegen ist.

Grenzen aktueller Reformansätze

Die versorgungspolitische Diskussion in Deutschland hat sich in den letzten Jahren auf das Vergütungssystem für die (teil)stationäre Psychiatrie und Psychosomatik konzentriert. Dabei stand der Bestandschutz der Krankenhäuser im Vordergrund und das zentrale Thema der Stärkung der sektorübergreifenden und insbesondere der intensiven ambulanten Versorgungsstrukturen wurde weitgehend ausgeklammert. Der aktuelle Entwurf der Bundesregierung vom August 2016 für ein »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen« (PsychVVG) sieht vor, die Vergütung der stationären und teilstationären Leistungen als Budgetsystem mit Vorgaben für die personelle Mindestausstattung auf Basis der Psychiatrie-Personalverordnung und wissenschaftlicher Behandlungsleitlinien weiter auszugestalten. Darüber hinaus soll die stationsäquivalente Behandlung, also eine Krankenhaus ersetzende Behandlungsform (»Krankenhaus ohne

Bett«) ermöglicht werden. Dies ist positiv zu bewerten. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob das Gesetz im weiteren Gesetzgebungsverfahren so verändert oder anschließend in der Umsetzung tatsächlich derart ausgestaltet werden kann, dass es zur Stärkung intensiv-ambulanter Behandlungsmodelle führt und den Institutsambulanzen ein Tätigkeitsspektrum im Sinne multiprofessioneller Teams ermöglichen wird. Dies gilt sowohl für die fachlichen Vorgaben als auch für die finanzielle Ausstattung.

Als mögliche Alternativen haben sich in den letzten Jahren bereits in vielen Regionen sektorübergreifende Versorgungsmodelle mit dem Ziel etabliert, die ambulante Versorgung zu stärken. Dabei handelt es sich um Modellprojekte nach § 64 b SGB V, im Wesentlichen regionale Krankenhausbudgets (DEISTER, WILMS 2014; SCHMID u.a. 2013), um Modelle der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 a–d SGB V sowie um innovative Modelle im Rahmen der Regelfinanzierung nach § 118 SGB V oder nach § 17 d KHG (SCHMID u.a. 2013; STEINHART u.a. 2014 a, b).

Die Grenzen der regionalen Krankenhausbudgets liegen vor allem darin, dass sie andere Leistungssegmente bzw. -erbringer nach dem SGB V außen vor lassen und das Leistungsgeschehen für die Leistungsträger intransparent ist. IV-Modelle kranken daran, dass der Personenkreis schwer psychisch kranker Menschen entweder direkt oder über die Einschreibbehörde der Selektivverträge ausgeschlossen wird. Sie basieren darüber hinaus zumeist auf kassenspezifischen Verträgen und tragen so zu einer weiteren Zersplitterung der Versorgungslandschaft bei. Fast allen Modellen ist gemeinsam, dass sie die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung sowie insbesondere den Bereich der Teilhabe außen vor lassen, also Leistungen nach den SGB IX und XII. Dabei steht gerade mit dem Bundesteilhabegesetz (BTG) ab 2017 und den Folgejahren eine weitreichende Neuausrichtung der Eingliederungshilfe in Aussicht, u. a. mit der Einführung einer Beratungsleistung, der Stärkung der Personenorientierung und der ambulanten Leistungserbringung.

In dieser unübersichtlichen Gemengelage sollte eine gründliche versorgungspolitische Diskussion über die weiteren Ziele der Reform im Vordergrund stehen, bevor auf Expertenebene um die Details möglicher neuer Vergütungsmodalitäten gerungen wird. Gefragt ist eine attraktive Zukunftsvision für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Wegmarken für die weitere Reform

Als Grundlage für die weitere Reform sollten folgende Eckpunkte gelten:

Primäre Ausrichtung am Bedarf der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Zwischen 1 und 2 Prozent der deutschen Erwachsenenbevölkerung, d. h. 500.000 bis 1 Mio. Menschen leiden zu jedem Zeitpunkt an einer schweren psychischen Erkrankung (GÜHNE u. a. 2015).

Was gilt als eine schwere psychische Erkrankung?

- a. Vorliegen irgendeiner psychischen Störung, z. B. schwere Depression, Schizophrenie oder andere psychotische Störung, eine schwere bipolare Störung, Zwangs- oder Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder schwere Persönlichkeitsstörung.
- b. Die Dauer der Erkrankung bzw. deren Behandlung beträgt mindestens zwei Jahre.
- c. Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychische Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning/GAF).

Auch gut vierzig Jahre nach Vorlage der Psychiatrie-Enquete bestehen in Deutschland nach wie vor erhebliche Defizite in der Versorgung dieser Personengruppe. Schwer psychisch kranke Menschen können zeitweise oder sogar auf Dauer vom vertragsärztlichen System nicht ausreichend profitieren, u. a., weil sie die Regelangebote der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten nicht zuverlässig wahrnehmen (können) und weil dort die Ressourcen für ihre aufwendigere Behandlung fehlen. Außerdem sind sie regelhaft und erheblich von sozialer Exklusion bedroht. Die bedarfsgerechte Behandlung und Gewährleistung umfassender Teilhabechancen für diese Personengruppe ist gegenwärtig die zentrale Herausforderung des psychiatrisch-psychozialen Versorgungssystems. Dabei gibt es guten Grund für die Annahme, dass ein Versorgungssystem, das den hohen und komplexen Bedarfen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen entspricht, zugleich gute strukturelle Voraussetzungen für die bedarfsgerechte Versorgung anderer Zielgruppen bietet.

Konsequente Orientierung an den Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) Die UN-BRK schließt explizit die Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihren Geltungsbereich ein

und definiert klare Standards. Dies gilt für allgemeine Grundsätze wie Würde, Autonomie, Freiheit, Nichtdiskriminierung, volle und wirksame Teilhabe, Chancengleichheit und Zugänglichkeit (Art. 3) sowie für spezielle Rechte wie die auf Gesundheitsversorgung (Art. 25), Arbeit (Art. 27) und umfassende Habilitation und Rehabilitation (Art. 26). Hervorzuheben ist das Recht auf unabhängige Lebensführung verbunden mit Wahlmöglichkeiten wo und mit wem man leben möchte sowie dem »Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause« und der persönlichen Assistenz zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft (Art. 19). Hierzu gehört im psychiatrischen Bereich vor allem der niedrigschwellige Zugang zur Versorgung in akuten Krisen, zur Behandlung im persönlichen Lebensumfeld, zu psychotherapeutischer Behandlung sowie zu individuellen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in allen relevanten Lebensbereichen. Der Grundsatz der selbstbestimmten Lebensführung schließt dabei notwendig die Verfügbarkeit von Wahlmöglichkeiten ein, einschließlich der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, dem Leben in der eigenen Wohnung und der sozialen Teilhabe im Quartier.

Berücksichtigung der vorliegenden internationalen wissenschaftlichen Evidenz Evidenzbasierung ist für die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland bis heute keineswegs selbstverständlich. Wegweisend für eine strukturelle Neuausrichtung der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung ist deshalb die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen« (DGPPN 2013). Sie fasst die internationale wissenschaftliche Evidenz zusammen, bewertet sie und leitet daraus Empfehlungen für die Versorgungspraxis ab. Der aktuelle Stand und ein vorläufiger Ausblick auf das nächste Update findet sich in dem Beitrag von Gühne u. a. (s. S. 45 ff.). Hier nur so viel: Die Leitlinie unterscheidet zwischen einzelfallbezogenen und systembezogenen Interventionen. Bei Letzteren geht es um struktur- und prozessbezogene Versorgungsmerkmale unabhängig von speziellen Störungsbildern. Sie beruhen überwiegend auf Forschungsergebnissen aus dem angloamerikanischen Raum, denn die deutschsprachige Versorgungsforschung weist nach wie vor erhebliche Defizite auf (KALLERT u. a. 2005; KILIAN 2012). Sie beziehen sich auf den ambulanten Bereich und hier vor allem auf *Community Mental Health Teams* (CMHT), *Assertive Community Teams* (ACT) und das *Hometreatment* (HT). Zu diesen nicht komplett trennscharfen Modellen

liegen international inzwischen weit mehr als einhundert kontrollierte Studien vor. Gemeinsame Merkmale sind Multiprofessionalität, Teambasierung, regionaler Versorgungsauftrag sowie als Zielgruppe Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Unterschiede beziehen sich auf Mobilität, Fallzahl je Fachkraft, zeitliche Einsatzbereitschaft und Akuität der Erkrankung. Alle drei Modelle weisen insgesamt signifikante Vorteile gegenüber der Standardversorgung bei der Reduzierung der Zahl und Dauer stationärer Behandlungen, der Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen sowie bei der Kosteneffektivität auf (DGPPN 2013; im Überblick STENGLER u. a. 2015).

Auch zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es eine Fülle internationaler Forschungsergebnisse. Über diese berichtet Hoffmann ab S. 246. Sie belegen, dass die Unterstützung am Arbeitsplatz (*first place then train*) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (*Supported Employment*) wirksamer ist als die in Deutschland zum Standard gehörenden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe in Sondereinrichtungen (*first train then place*). Dies betrifft folgende Parameter: längerfristige und nachhaltige Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, höherer Verdienst und geringere Inanspruchnahme (teil-)stationärer Versorgung (HOFFMANN u. a. 2014; GÜHNE, RIEDEL-HELLER 2015).

Im Bereich der Wohnunterstützung fehlen entsprechende Forschungsergebnisse weitgehend (DGPPN 2013; WALTHER 2015). Zum Bereich Wohnungslosenhilfe liegt allerdings eine Reihe von hochwertigen internationalen Studien zum *Housing First*-Konzept vor. Diese belegen, dass die intensive Unterstützung wohnungsloser oder bisher in prekären Wohnverhältnissen lebender Personen direkt in eigenen Wohnungen (analog *first place then train*) dem üblichen Vorgehen, also der Übergangsunterbringung und dem Training in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, deutlich überlegen ist. Klienten aus dem *Housing First*-Konzept zeigen einen deutlich längeren Verbleib in der eigenen Wohnung und eine bessere Gemeinwesenintegration (vgl. Richter, Steinhart, ab S. 261).

Bezüglich der Beteiligung von Personen mit Psychiatrieerfahrung an der Erbringung psychiatrischer Leistungen durch Peerarbeit (*Experienced Involvement/EX-IN*) gibt es erst in den letzten Jahren eine zunehmende Forschungsaktivität, die sich in ersten Übersichtsarbeiten niederschlägt (DGPPN 2013; MAHLKE u. a. 2015; Sielaff u. a., ab S. 132). Konzeptionell ist zu unterscheiden zwischen *peer support* (Beratung/Unterstützung von

Betroffenen durch Peers), *mutual support* (gegenseitige Unterstützung von Betroffenen) und *peer-run services* (Mitwirkung an professionellen Diensten für Betroffene, bekannt unter dem Konzept Genesungsbegleitung; LANG u.a. 2015). Die bisherige wissenschaftliche Evidenz deutet darauf hin, dass psychiatrische Dienste unter Einbeziehung von Peers mindestens keine schlechteren Behandlungsergebnisse aufweisen als rein professionelle Dienste (MAHLKE u.a. 2015). In Deutschland wurde Peerberatung unter Beteiligung von geschulten Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen in Hamburg systematisch implementiert. Dieses Modell wurde im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert. Die Ergebnisse deuten auf eine Überlegenheit der Behandlung unter Einbeziehung von Peerberatung hin (BOCK 2015, s. Kapitel ab S. 132). Lacroix und Eikmeier (S. 150 ff.) berichten über das Konzept der Genesungsbegleitung in Form der systematischen Einbeziehung von Peers in die Stationsteams einer psychiatrischen Abteilung.

Der Früherkennung und -behandlung von Menschen mit psychischen Störungen kommt unter dem Gesichtspunkt der Vorbeugung von schweren und chronischen Erkrankungen eine große Bedeutung zu. In Deutschland gibt es bereits eine größere Zahl von zumeist universitären Zentren, die sich z. B. mit der Früherkennung von schizophrenen Psychosen und bipolaren Erkrankungen befassen (LEOPOLD u.a. 2015). Die hierzu international vorliegende wissenschaftliche Evidenz ist überzeugend (MÜLLER u.a. 2012; VAN DER GAAG u.a. 2013).

Auswertung von Praxismodellen zur krankenhausalternativen psychiatrischen

Behandlung in Deutschland Auch in Deutschland existieren bereits zahlreiche Praxisprojekte, die zeigen, dass krankenhausalternative Versorgungskonzepte umsetzbar sind. Diese basieren entweder auf Modellen nach § 64 b SGB V, auf Modellen der IV nach § 140 a–d SGB V oder auf Weiterentwicklungen innerhalb der Regelfinanzierung (SCHMID u.a. 2013; DEISTER, WILMS 2014; STEINHART u.a. 2014 a, b). Diese weisen zwar eine Reihe von Begrenzungen auf und sind bisher nur sehr eingeschränkt evaluiert worden. Sie verdeutlichen jedoch, was schon jetzt alles geht und ambulant möglich ist. Sie bilden deshalb einen Erfahrungshintergrund, der in die Neujustierung der Psychiatriereform unbedingt einfließen sollte. Dies gilt insbesondere für den Transfer von »alten« zu »neuen« Versorgungsmodellen.

Die in diesem Abschnitt skizzierten Wegmarken wurden genutzt, um ein Funktionales Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung

schwer psychisch kranker Menschen zu entwickeln. Die erste Fassung des Modells beschränkte sich noch auf den Bereich der Behandlung (SGB V), auf die Notwendigkeit der Einbeziehung von Teilhabeleistungen wurde lediglich verwiesen (STEINHART, WIENBERG 2014 a). Die Rückmeldungen und Anregungen von Fachkollegen waren Ermutigung, das Modell um den Bereich der Teilhabe zu erweitern (STEINHART, WIENBERG 2015 b, 2016, Abbildung 2). Im folgenden Abschnitt werden dieses Modell und seine Implikationen erläutert.

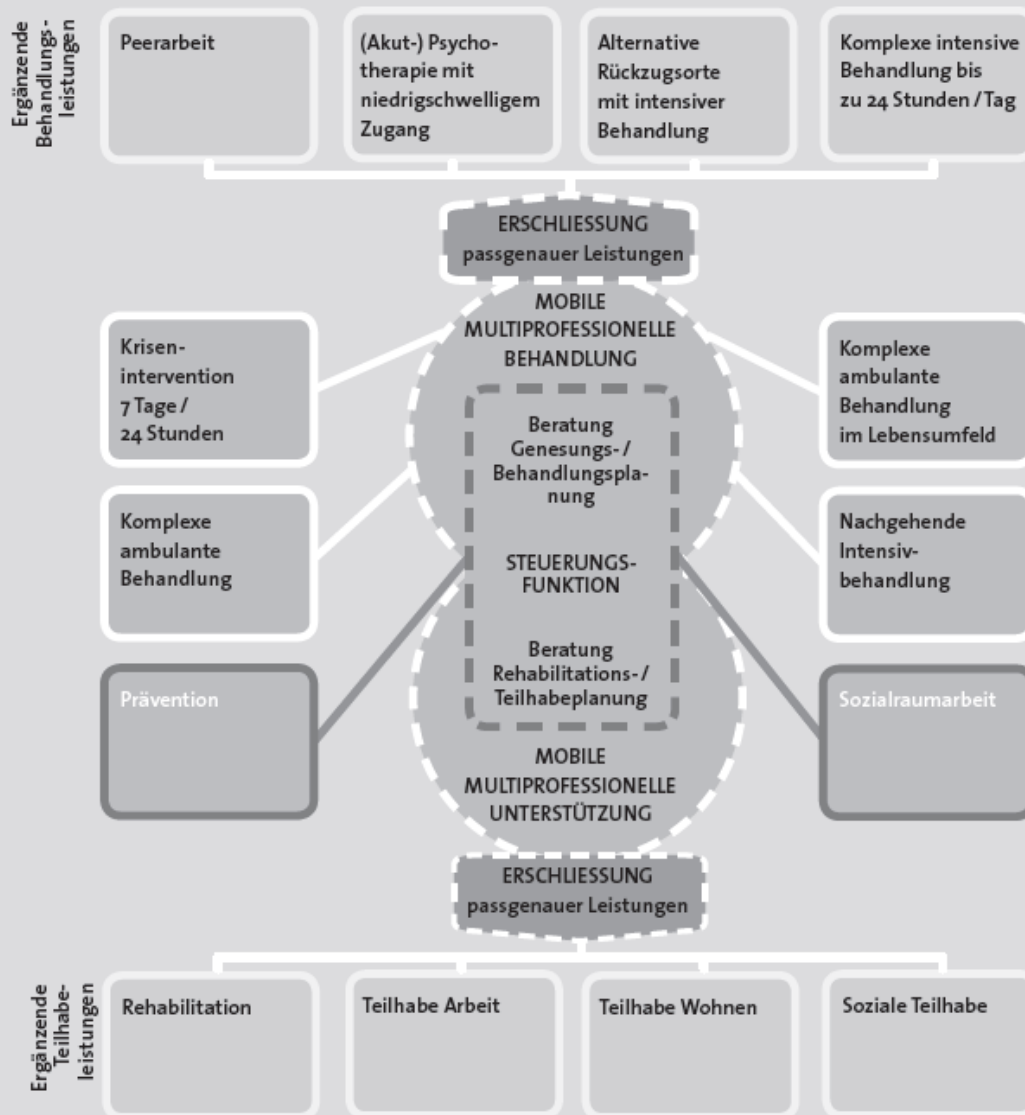
Das Funktionale Basismodell

Das Modell dient folgenden Zwecken: Es beschreibt die für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erforderlichen Behandlungs- und Unterstützungsfunktionen und definiert damit einen Mindeststandard für gemeindepsychiatrische Behandlungs- und Teilhabeleistungen. Diese Funktionen sollen in einem sozialraum- und recoveryorientierten Gesamtkontext sichergestellt werden. Dabei werden die einzelnen Funktionen unabhängig von ihrer institutionell-organisatorischen Ausformung und Finanzierung definiert. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei der Umsetzung auf die jeweils regional vorhandenen Ressourcen zurückgegriffen werden kann und muss. Denn eine *on top*-Finanzierung der innovativen Module wäre ökonomisch unsinnig und fachlich kontraproduktiv, da sie zusätzliche Parallelstrukturen schaffen würde. Es geht also um eine Systemtransformation, nicht um eine Addition von Systemkomponenten. Vorrangig muss das bestehende Behandlungs- und Unterstützungssystem umgebaut und die verfügbaren Ressourcen müssen umgesteuert werden.

Das Basismodell ist sektorübergreifend ausgelegt und so ausgerichtet, dass die Versorgung konsequent von der ambulanten Seite aus gedacht, geplant, umgesetzt und gesteuert wird. Es ist außerdem SGB-übergreifend ausgerichtet, berücksichtigt also Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen ebenso wie Teilhabeleistungen und den Zugang zu Pflege.

Das Basismodell enthält drei Kernfunktionen: die STEUERUNGS-, die BEHANDLUNGS- bzw. UNTERSTÜTZUNGSFUNKTION sowie die ERSCHLIESSUNGSFUNKTION.

ABBILDUNG 2 Funktionales Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen



Die **STEUERUNGSFUNKTION** besteht aus zwei Teilfunktionen:

1. *Fallunspezifische Steuerung* mit zwei Einzelfunktionen:
 - Bearbeitung von Themen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und *Prävention* (primär, sekundär, tertiär) im Kontext regionaler bzw. kommunaler Public Health-Strategien. (Siehe dazu z. B.: »Wege zur Resilienz« in Rheinland-Pfalz, www.resilienz-pfalz.de; »Hart am Limit«, www.halt-projekte.de; psychenet Hamburg, www.psychenet.de; Bündnis gegen Depression, www.buendnis-depression.de.) Dazu gehören auch Früherkennungs- und Frühinterventionsstrategien in Zusammenarbeit mit der medizinischen Primärversorgung, Jugend-, Alten- und Suchthilfe sowie anderen regionalen Akteuren, außerdem eine präventive Orientierung der Behandlungs- und Unterstützungsteams in ihrer personenbezogenen Arbeit (siehe S. 203 ff.).
 - *Sozialraumarbeit* zur Erschließung und Vernetzung sozialer Ressourcen, Förderung von Selbsthilfe und Selbstorganisation sowie Befähigung der Quartiere im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen (»Kümmerer-Funktion«; siehe S. 219 ff.).
 2. *Fallspezifische Steuerung*: Den Kern dieser Funktion bildet ein niedrigschwelliges Beratungsangebot bei psychischen und psychosozialen Problemen im Vorfeld von Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeleistungen. Auf den Grundsatz »Beratung vor Behandlung« haben Psychiatrieerfahrene in Workshops zu diesem Modell besonderen Wert gelegt. Die Beratung sollte ergänzt werden um eine personenbezogene Funktion der Früherkennung von und Frühintervention bei psychischen Störungen, um schweren und chronifizierenden Erkrankungen vorzubeugen (siehe S. 191 ff.). Aus der Beratungssituation bzw. im Rahmen der Früherkennung kann sich eine entsprechende personenbezogene Diagnostik und Bedarfsabschätzung sowie eine darauf aufbauende gemeinsame Genesungs- und Behandlungs- bzw. Rehabilitations- und Teilhabeplanung entwickeln (Ziele und Maßnahmen). Die Evaluation dieser Maßnahmen (Wirkungskontrolle, Ergebnisqualität) gehört ebenfalls zur fallspezifischen Steuerung.
- Dazu gehört auch die Sicherstellung personeller und konzeptioneller Kontinuität (*Gatekeeper-Funktion*; koordinierende Bezugsperson).

Die zweite Kernfunktion ist die **MULTIPROFESSIONELLE und MOBILE BEHANDLUNG und UNTERSTÜTZUNG**. Für den Bereich Behandlung sollte sie folgende Einzelfunktionen abdecken:

- die komplexe ambulante Behandlung (analog *Community Mental Health Teams*),
- die ambulante Krisenintervention 24 Stunden/7 Tage je Woche,
- die komplexe Behandlung im Lebensumfeld (analog *Hometreatment*),
- die nachgehende Intensivbehandlung (analog *Assertive Community Treatment*).

Für den Bereich Rehabilitation/Teilhabe kommen folgende Funktionen hinzu:

- die psychosoziale Unterstützung in allen Rehabilitations- und Teilhabefeldern im Sinne der koordinierenden Bezugsperson,
- die mobile, bei Bedarf multiprofessionelle Unterstützung zur Teilhabe.

Strukturell-organisatorisch können diese beiden Kernfunktionen nur über die Implementierung ambulanter mobiler multiprofessioneller Teams (MMT) sichergestellt werden, dies belegen nationale und internationale Erfahrungen (STENGLER u. a. 2015; s. Kapitel ab S. 116). Im Bereich Behandlung werden in einer definierten Versorgungsregion mehrere Teams erforderlich sein, die entweder diagnosespezifisch ausgerichtet sind, Teilregionen abdecken (z. B. im ländlichen Raum; s. S. 84 ff.) oder über ein Ärztenetzwerk organisiert sind (s. S. 100 ff.). Im Bereich Teilhabeunterstützung geht es darum, die individuelle Begleitung und Unterstützung durch die Bezugsperson fallspezifisch und situationsbezogen um die multiprofessionelle Perspektive zu ergänzen. Die eher behandlungs- oder teilhabebezogen arbeitenden Teams müssen untereinander verbunden sein. Entweder werden sie über gemeinsame (kleinere) Einzugsgebiete direkt organisatorisch miteinander verknüpft (z. B. einheitliche Leitung, teilweise gemeinsame Leistungserbringung) oder über die Etablierung von Strukturen, die eine gemeinsame Haltung und Abstimmung ermöglichen, wie z. B. gemeinsame Fallkonferenzen, Fortbildungen etc.

Die dritte Kernfunktion ist die **ERSCHLIESSUNG gegebenenfalls erforderlicher passgenauer ergänzender Behandlungs- und Teilhabeleistungen** durch die MMT. Im Bereich Behandlung geht es um folgende ergänzende Funktionen:

- **Peerarbeit:** Die Behandlung/Unterstützung durch professionelle Dienste sollte in jeder Region erweitert werden um Varianten der Peerarbeit: Peerberatung durch geschulte Psychiatrieerfahrene und Angehörige,

Unterstützung von Betroffenen durch Peers und Mitwirkung von Peers an professionellen Teams als Genesungsbegleiter (s. S. 132 ff.). Neben dieser hervorgehobenen Einzelfunktion zieht sich Peerarbeit als Querschnitt durch alle anderen Funktionen.

- *Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen:* Für Menschen in akuten Krisen, die keinen unmittelbaren psychiatrischen Behandlungsbedarf haben, sollte in jeder Versorgungsregion ein niedrighschwelliger Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (»Akutpsychotherapie«) gewährleistet sein, um lange Wartezeiten und daraus resultierende Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Dies kann direkt über die MMT oder durch Sprechstunden niedergelassener Psychotherapeuten und eine sich anschließende Akutpsychotherapie abgedeckt werden (s. S. 178 ff.). Beides könnte durch eine Änderung der Psychotherapierichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ermöglicht werden.
- *Krankenhausalternative Rückzugsorte:* Für Personen, die dies ausdrücklich wünschen oder benötigen, sollte in jeder Versorgungsregion die Behandlung in einem geschützten Raum außerhalb eines herkömmlichen Krankenhaussettings möglich sein, z. B. in einer Krisenpension (s. S. 124, 173), einem Rückzugsraum, einem Soteriamilieu (s. S. 164 ff.) oder in Gastfamilien (s. S. 92, 174, 181).
- *Intensive, gegebenenfalls komplexe Behandlung bis zu 24 Stunden/Tag:* (Teil-)Stationäre (Krankenhaus-)Behandlung bleibt bei bestimmten und gezielten Indikationen als eine Säule gemeindepsychiatrischer Behandlung unverzichtbar (s. S. 63 ff.), Indikation und Zugang sollte jedoch über die MMT gesteuert werden. Das heißt, sie erfolgt nur dann, wenn eine komplexe und intensive, gegebenenfalls aufsuchende ambulante Behandlung nicht bedarfsdeckend ist bzw. nicht gewünscht wird. Die flexibel dosierte Akutbehandlung in einer Tagesklinik (7-Tagesklinik, Halb-Tagesklinik etc.) kann einen Beitrag dazu leisten, die bestehende Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu schließen (s. S. 178 ff.).

Im Bereich Rehabilitation und Teilhabe stellt die koordinierende Bezugsperson die zweite Kernfunktion der mobilen multiprofessionellen Unterstützung sicher. Auch sie benötigt Zugriff auf weitere Funktionen:

- *Sicherstellung des Zugangs zu Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, vorrangig ambulant,* z. B. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK, s. S. 234 ff.), gegebenenfalls in speziellen Einrichtungen.

- *Sicherstellung der Teilhabe an Arbeit durch Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeiten*, vorrangig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Unterstützte Beschäftigung; s. S. 246 ff.), gegebenenfalls in speziellen Einrichtungen.
- *Sicherstellung der Teilhabe im Bereich Wohnen*, vorrangig mit eigenem Mietvertrag, gegebenenfalls in einem geschützten institutionellen Milieu (s. S. 261 ff.).
- *Sicherstellung der sozialen Teilhabe* durch Erschließung von Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten, vorrangig im allgemeinen Sozialraum (Freizeit, Kultur, Sport, Politik etc.), gegebenenfalls in Sonderräumen (Kontakt-, Begegnungsstätten, Selbsthilfegruppen).

Ein ganz neues Thema, auch für die gemeindepsychiatrische Versorgung, ist die digitale Teilhabe, d.h. die Verfügbarkeit von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien sowie von technischen Unterstützungssystemen, die ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung und die Unabhängigkeit von professioneller Unterstützung fördern. Dabei spielen Verfügbarkeit (Preis) und Nutzbarkeit (Barrierefreiheit) eine wichtige Rolle (vgl. UN-BRK Art. 4 g. und h., Art. 9 g. und h. Art. 20 b.; HENNE, WIENBERG 2015).

Das Basismodell impliziert, dass die gesamte Versorgung von der ambulanten Seite her gedacht, geplant und gesteuert wird. Das gilt auch für den Zugang zur (teil-)stationären Behandlung. Idealerweise werden die Patienten während einer (teil-)stationären Episode durch die MMT mitbehandelt. Auf diese Weise ist das Krankenhaus in seiner bisherigen Ausprägung nicht mehr Zentrum der Behandlung, sondern eine Option unter mehreren.

Erst nach der Etablierung tragfähiger Strukturen von MMT und mehrjähriger praxisnaher Evaluation wird feststehen, wie viele Krankenhausbetten und Heimplätze regional wirklich benötigt werden bzw. auf wie viele perspektivisch verzichtet werden kann (s. S. 84 ff.). Erforderlich ist daher u.a. eine von den Leistungsträgern anerkannte und refinanzierte Transformations- und Evaluationsphase. Ihre Aufgabe ist die Überführung der Leistungsangebote, des Personals und der entsprechenden Budgetanteile in den ambulanten Bereich mit sukzessivem Abbau stationärer Kapazitäten nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren.

Die regionale Umsetzung des Funktionalen Basismodells kann nur gemeinsam von den Akteuren vor Ort über die Verknüpfung und

gezielte Weiterentwicklung der jeweils regional vorhandenen Ressourcen und mittels neuer Steuerungs- und Finanzierungsmodelle erfolgen (s. S. 278 ff.).

Literatur

- ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H.; SCHOMERUS, G. (2013): Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990–2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48, S. 1629–1635.
- AOLG/Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2012): Tabellenanhang zum Bericht »Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven an die Gesundheitsministerkonferenz 2012. www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Anlagen_GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_der_AOLG.pdf (4.7.2016).
- BOCK, T. (2015): Dreifacher Gewinn von Peerarbeit. Hamburger Erfahrungen – Ergebnisse – Voraussetzungen – Perspektiven. Präsentation Fachtagung »Trends und Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie«. www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/2015-06-17%20PEER-Beratung_Bock.pdf
- BAGüS/Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, consens. Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2014. www.lwl.org/Soziales/BAGues/Veroeffentl;Fassung02.02.2016
- DEISTER, A.; WILMS, B. (2014): Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte nach § 64 b SGB V. Köln: Psychiatrie Verlag.
- DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer.
- Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt (2015): Konzept für ein Budgetbasiertes Entgeltsystem für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/

- stellungnahmen/2015/2015-09-09_Plattform_Entgelt_Konzeptpapier_Budgetbasiertes_Entgeltsystem_FINAL.pdf (22.6.2016).
- GÜHNE, U.; BECKER, T.; SALIZE H.J. u. a. (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? Psychiatrische Praxis 42, S. 415–423
- GÜHNE, U.; RIEDEL-HELLER, S. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin und DGPPN. www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/schwerpunkte/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (4.7.2016).
- HENNE, M.; WIENBERG, G. (2015): Assistive Technologien – vernetzbare technische Systeme unterstützen Menschen bei ihren unterschiedlichen Tätigkeiten. Orientierung 3, S. 24–27.
- HOFFMANN, H.; JÄCKEL, D.; GLAUSER, S. u. a. (2014): Long-term effectiveness of supported employment: Five year follow-up of a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry 171, S. 1183–1190.
- HUTTNER, M. (2006): Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten. Unveröffentl. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- JACOBI, F.; HÖFLER, M.; STREHLE, J. u. a. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt 85, S. 77–87.
- KALLERT, T. W.; LEISSE, M.; KULKE, C. u. a. (2005): Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland: eine Bestandsaufnahme. Das Gesundheitswesen 67, S. 342–354.
- KILIAN, R. (2012): Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen. Der Nervenarzt 83, S. 832–839.
- KILIAN, R.; BECKER, T. (2013): Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland? Kerbe 3, S. 4–6.
- KRUSE, J.; HERZOG, W. (2012): Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. Zwischenbericht zum Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (18.10.2016)
- KUNZE, H. (2015): Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Stuttgart: Kohlhammer.

- KVJS/Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (2011): Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung in Pflegeheimen – Eine empirische Untersuchung zur Hilfe zur Pflege unter 65 Jahren in Baden-Württemberg auf Basis von Daten zum Jahresende 2011. Stuttgart.
- KUTSCHER, S.; SEIFERT, D. (2007): Zur aktuellen Situation schizophrener Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen. In: SAIMEH, N. (Hg.): Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 130–137.
- LÄNGLE, G.; EGERTER, B.; ALBRECHT, F. u. a. (2005): Prevalence of mental illness among homeless men in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, S. 382–390.
- LANG, F.U.; GÜHNE, U.; RIEDEL-HELLER, S.G. u. a. (2015): Innovative patientenzentrierte Versorgungssysteme. *Der Nervenarzt* 86, S. 1313–1319.
- LEOPOLD, K.; NIKOLAIDIS, A.; BAUER, M. u. a. (2015): Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 86, S. 352–358.
- MAHLKE, C.; KRÄMER, U.; KILIAN, R.; BECKER, T. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peerarbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde* 4, S. 235–239.
- MELCHINGER, H. (2010): Schwierigkeiten, Verteilungsprobleme, Leistungsspektrum und Bedarf in der Versorgung. Evangelische Akademie Loccum, Tagung »Psychosen – Persönliches Leiden und gesellschaftliche Realität«. Loccum.
- MÜLLER, H.; WIESSMANN, T.; BECHDOLF, A. (2012): Interventionen bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko: Eine aktuelle Übersicht über randomisiert kontrollierte Studien. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 80, S. 570–579.
- RICHTER, D.; BERGER, K.; REKER, T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis* 35, S. 321–330.
- RICHTER, D.; BERGER, K. (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis* 40, S. 176–182.
- ROICK, C. (2013): Integrierte psychiatrische Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung. *Nervenheilkunde* 5, S. 264–269.

- SCHMID, P.; STEINERT, T.; BORBÉ, R. (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40, S. 414–424.
- SCHÖNFELD, C.E. VON; SCHNEIDER, F.; SCHRÖDER, T. u. a. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt* 77, S. 830–841.
- SCHOMERUS, G.; SCHWAHN, C.; HOLZINGER, A. u. a. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and metaanalysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125, S. 440–452.
- SCHOMERUS, G.; MATSCHINGER, H.; ANGERMEYER, M. C. (2013): Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness. *Psychological Medicine* 4, S. 1–12.
- SCHUBERT, M.; PARTHIER, K.; KUPKA, P. u. a. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg.
- SPIESSL, H.; BINDER, H.; CORDING, C. u. a. (2006): Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Deutsches Ärzteblatt* 103, S. 2549–2552.
- STEINHART, I.; WIENBERG, G. (2014): Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 41, S. 179–181.
- STEINHART, I.; WIENBERG, G. (2015): Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe – Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (4), S. 9–15.
- STEINHART, I.; WIENBERG, G. (2016): Das funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiatrische Praxis* 43, S. 65–68.
- STEINHART, I.; WIENBERG, G.; KOCH, C. (2014 a): Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxismodelle, Standards und Finanzierung. *G+G Wissenschaft* 14 (4), S. 15–26.
- STEINHART, I.; WIENBERG, G.; KOCH, C. (2014 b): Es geht doch! Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. *Psychiatrische Praxis* 41, S. 454–460.

- STENGLER, K.; RIEDEL-HELLER, S.; GÜHNE, U. u.a. (2015): Gemeindepsychiatrische Versorgung. Psychup2date9 2015 DOI; <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-100094>. VNR 2760512015147120204
- TORCHALLA, I.; ALBRECHT, F.; BUCHKREMER, G.; LÄNGLE, G. (2004): Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung. Psychiatrische Praxis 31, S. 228–235.
- VALDES-STAUER, J.; KILIAN, R. (2015): Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? BMC Psychiatry 15, S. 215.
- VAN DER GAAG, M.; SMIT, F.; BECHDOLF, A. u.a. (2013): Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. Schizophrenia Research 149, S. 56–62.
- WALTHER, C. (2015): Wirksamkeit im Überblick: Ambulant Betreutes Wohnen psychisch Kranker in Deutschland. In: HAHN, H.; HÜTTEMANN, M. (Hg.): Evaluation psychosozialer Interventionen. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 89–108.
- WIENBERG, G. (2013): 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen 43 (1), S. 4–9.
- WITTCHEN, H. U.; JAKOBI, F.; REHM, J. u.a. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 21, S. 655–679.
- ZIMMERMANN, R. B. (2012): Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe – Fehlplatzierung psychisch erkrankter Menschen. Soziale Psychiatrie 36 (2), S. 28–33.

3.4 Die Forderung nach einer Heim-Enquête im Landespsychiatrieplan

Autor: Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

In der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplans wird auf Seite 33 für den Heimbereich eine Heim-Enquête empfohlen, also eine größer angelegte sozial- und wirtschaftspolitische Verhältnisse betreffende Untersuchung. Da die Empfehlungen zum Schwerpunktthema Wohnen der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes für die Stadt Oldenburg aus dem Jahr 2015 auch den Punkt „Weiterführung der Diskussion über Angebote für Personengruppen, die bislang nicht ausreichend erreicht werden auch mit der Politik, Verbänden, Sozialministerium und Landessozialamt“ enthalten, beschäftigt sich dieser Artikel damit, inwiefern sich der Landespsychiatrieplan zum Heimbereich äußert. Denn die Oldenburger Empfehlung aus dem Sozialpsychiatrischen Plan 2015 bezog sich auch auf die in den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes wiederholt geführte Diskussion über die Notwendigkeit neuer „geschlossener“ Wohnheimbereiche für bestimmte Personengruppen.

Im Bereich **Kinder- und Jugendpsychiatrie** fordert der Landespsychiatrieplan „Verbindliche Kooperation zwischen Jugendämtern, Kliniken und kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachpraxen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, fallbezogen und fallübergreifend insbesondere bei Heimunterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Verpflichtung der Heimträger zur Zusammenarbeit und Beratung/Supervision durch kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Fachinstitutionen und Praxen“.

(S. 14 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes)

Im Bereich **Allgemeinpsychiatrie** finden sich im Landespsychiatrieplan folgende Punkte:

- Empfohlen wird die regelhafte Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung.

- Empfohlen wird, innovative Ansätze zur weitestgehenden Vermeidung von Zwangsbehandlung im psychiatrischen Hilfesystem zu erproben und zu implementieren. Neben Verbesserungen im Bereich Krisenintervention und dem Aufbau alternativer Angebote (Soteria, Weglaufhäuser, Rückzugsräumen etc.) gehören dazu bspw. die trialogische Ausrichtung des diesbezüglichen innerklinischen Entscheidungsprozederes und der Einsatz bzw. die Empfehlung von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen.
- Des Weiteren soll die Versorgungsrealität seelisch behinderter Menschen in geschlossenen Wohneinrichtungen in Niedersachsen empirisch und konzeptionell untersucht werden und darauf basierend Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden („Heim-Enquête“).

(S.19 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes)

Im Bereich **Gerontopsychiatrie** liest sich im Landespsychiatrieplan:

Nicht jeder psychisch kranke Ältere bedarf einer gerontopsychiatrischen stationären Behandlung, nicht jede Person mit Demenz einer Heimunterbringung. Andererseits ist zu klären, in welchen Einrichtungen und von wem heute betroffene Ältere versorgt werden, um ggf. optimalere Formen zu finden. Das heißt, die Zielsetzung muss lauten: *Erarbeitung einer differenzierten Datenlage und darauf aufbauend Zumessung qualifizierter Leistungen für die unterschiedlichen Bedarfsgruppen*. Die Gesundheitsberichterstattung bzw. eine künftig systematische Psychiatrieberichterstattung muss darauf ausgerichtet werden, den quantitativen Umfang und den qualitativen Bedarf zur Versorgung älterer Betroffener deutlicher als bisher zu bestimmen.

(S. 21 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes)

Spezieller zur Versorgung im Heimbereich nach SGB XI/XII werden auf den Seiten 22 f. genannt:

- Kooperationsverträge von Heimeinrichtungen mit niedergelassenen, psychiatrischen Fachärztinnen und -ärzten oder Institutsambulanzen

sollten Standard sein. Gemäß § 119 b SGB V können mehrere Pflegeeinrichtungen eine Ärztin/einen Arzt auch anstellen, die/der zur Behandlung ermächtigt werden kann. Alternativ kann Heimen ein Konsiliar- und Liaisondienst durch psychiatrische Fachkliniken angeboten werden.

- Heime sollten speziell auf demente Personen ausgerichtete Einheiten mit entsprechender Konzeption und Fachlichkeit einrichten (z. B. sog. „Böhm-Bereiche“ mit spezifischen organisatorischen und personellen Voraussetzungen). Die „eingestreute“ Versorgung dementer Personen in Heimen sollte nur verfolgt werden, wenn geeignete Konzepte vorliegen, die die räumliche Organisation etc. berücksichtigen.
- Besondere Beachtung sollten auch alt gewordene chronisch psychisch Erkrankte finden, die nicht selten vorzeitig somatisch gealtert sind. Ebenso bedarf es vermehrt spezieller Konzepte für alt gewordene Personen mit chronischer Sucht/Abhängigkeit.
- Der geistig behinderte alte Mensch soll im Falle einer interkurrenten akuten psychischen Störung oder Erkrankung Zugang zu ambulanter oder stationärer psychiatrischer Versorgung haben.

Im Bereich **Suchtkrankenhilfe** wurden im Landespsychiatrieplan folgende Aspekte herausgearbeitet:

„Mangelnde Versorgung wird konstatiert für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranke, jüngere Konsumierende, Kinder von Suchtkranken, Ältere, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, mit Traumatisierungen, Menschen in Heimen und Wohnungslose.“

(S. 24 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes)

„Chronisch mehrfachbeeinträchtigt Suchtkranke sind i. d. R. auch psychiatrisch/psychotherapeutisch behandlungsbedürftig – hier ist Fachbehandlung sicherzustellen, ggf. auch durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, durch die

Förderung der Aufnahmebereitschaft im niedergelassenen Bereich und vor allem durch den Einbezug psychiatrisch/psychotherapeutischer Kompetenz in Sucht- und Wohnungslosenhilfe und im Heimbereich.“

(S. 25 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes)

Im Bereich **Planung, Steuerung und Koordination** finden sich auf der Seite 30 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes:

„Den außerstationären Einrichtungen bzw. der Heimversorgung sowie den per Gesetz dort untergebrachten Personen sollte durch die Besuchskommissionen in den nächsten Jahren besonderes Gewicht beigemessen werden. Die Ergebnisse der Besuchskommissionen sollten insbesondere dazu mehr als bisher in einem regelhaften, iterativen Prozess Auswertung erfahren und Handlungs-Konsequenzen zeitigen. (...) Es wird empfohlen, dass im künftigen Landesfachbeirat zügig ein Konzept zur Landespsychiatrieberichterstattung erarbeitet wird, inkl. der Prioritätensetzung für erste Schritte zur Umsetzung. Die Diskussion dazu sollte auch folgende Themen einschließen: Register für Unterbringungen und Zwangsbehandlungen, Daten zur Versorgung in Heimen.“

Und schließlich wird bei den **prioritären Entwicklungsfeldern** unter Punkt 4 „Zwangsmaßnahmen mindern“ auf Seite 33 der Zusammenfassung des Landespsychiatrieplanes formuliert:

„Empfohlen wird, ein verpflichtendes Register zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Landespsychiatrieberichterstattung einzuführen sowie ein laufendes Monitoring der Ergebnisse in Land und Kommunen und den zuständigen Gremien. Aufbauend auf der Analyse dieser Ergebnisse sind die Verfahren für geschlossene Unterbringung und Zwangsbehandlung – auch im Heimbereich zu evaluieren. Empfohlen werden enge Auflagen und detaillierte Protokollierung, systematische Betrachtung durch die Besuchskommissionen sowie trialogisch besetzte Entscheidungsgremien, außerdem die Erprobung innovativer Ansätze zwangsvermeidender Behandlung, darunter eine stärkere Nutzung bzw. Empfehlung von Patientenverfügungen. Für den Heimbereich erscheint eine Heim-Enquête sinnvoll.“

Abschließend lässt sich also festhalten, dass die Empfehlungen des Landespsychiatrieplanes zum Heimbereich sehr umfassend sind.

Eine Niedersächsische Heim-Enquête und/oder eine Beteiligung an bundesweiten Studien ist notwendig, denn die zukünftige Entwicklung des Heimbereiches und die Frage nach geschlossenen Heimunterbringungen kann nicht in den Kommunen oder Regionen entschieden werden, sondern bedarf einer fachlich fundierten und dialogischen Konsensbildung aller Akteure in ganz Niedersachsen.

Kontakt zum Autor:

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1,
Eingang G, 26121 Oldenburg

3.5 Psychisch krank: Arbeitslos, arm, alt, alleine – Plädoyer für ein politisches Handeln

Autor: Hermann Dirks, Bezirksverband Oldenburg

Die Werbeagenturen haben uns „Babyboomer“ schon lange im Visier, wir waren auch eine prächtige Zielgruppe, mit der sich viel Geld verdienen lies. Aus den niedlichen Babyboomern werden aber über kurz oder lang die „Oldieboomer“. Der Blasen-Nieren-Tee hat es längst geschafft, in der Prime-Time sich allabendlich Zutritt zu unseren Wohnzimmer zu verschaffen.

Auch wenn Babys niedlich sind, auch wenn uns die Marketingexperten gerne weismachen wollen, dass alle alte Menschen vital, kernig und gesund mit der Partnerin oder dem Partner über Stock und Stein hüpfen: die Realität sieht anders aus!

Viele, sehr viele psychisch Kranke haben und hatten nicht die Möglichkeit einer geregelten Arbeit nachzugehen. Diejenigen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung keine Ausbildung haben abschließen können, haben es noch mal schwerer eine Arbeit zu finden. Sie leben Zuhause, in der Regel in einer angemieteten Wohnung, weil sie aufgrund ihrer Einkommensverhältnisse nicht in der Lage sind und waren, Wohneigentum zu erwerben. Der Wahnsinn mag männlich sein, die Armut ist weiblich. Frauen haben es noch mal schwerer. Diejenigen, die das Glück hatten, einen Job zu finden, werden nicht erzählen, dass sie an einer psychischen Erkrankung leiden – um nicht ihren Arbeitsplatz zu gefährden. Allen öffentlichen Imagekampagnen zum Trotz, haben nur wenige den Mut sich zu outen.

Das alles führt dazu, dass man als Betroffener kaum in der Lage sein dürfte, Ersparnisse zurückzulegen. Sollte man es dennoch durch eine sehr sparsame Haushaltsführung und asketischen Lebensweise geschafft haben, Geld für schlechte Zeiten zurückzulegen und sieht sich einer vielleicht notwendigen Heimaufnahme gegenüber, so schmilzt das Ersparte auf eine Summe von 2700,00 Euro zusammen. Die Vermögensschongrenzen sind nämlich für

Heimbewohner nicht angepasst worden – trotz UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2006/2008).

Nun lebt nicht die Mehrheit der Betroffenen in einem Heim. Das ist auch gut so. Die meisten leben Zuhause. Eingeschränkt in ihrer Mobilität (längst nicht überall ist die Pflasterung der Bürgersteige, Gehwege und Marktplätze für Rollatoren geeignet, längst nicht jede Mietwohnung hat einen Fahrstuhl), sitzt man in der Wohnung fest. Ein Führerschein ist in der Personengruppe nicht die Regel, das Automobil unerschwinglich, das Taxi kaum noch zu bezahlen. Die Kinder – sofern vorhanden – müssen ihrer Arbeit nachgehen und wohnen aufgrund der marktwirtschaftlichen Erfordernisse längst nicht immer in erreichbarer Nähe.

Die Marktwirtschaft hat auf die eingeschränkte Mobilität einer älter werdenden Gesellschaft längst reagiert und für sich einen Markt entdeckt: Kaum ein Lebensmittelhändler in der Stadt, der nicht sogenannte „Bringdienste“ offeriert: Gegen Zahlung eines Entgeltes bringt eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter des Händlers den Einkauf nach Hause. Für jemanden, der mit jedem Cent rechnen muss, eine zusätzliche Herausforderung. Pizza-Dienste machen das schon lange. Überhaupt gibt es eigentlich nichts, was der Markt nicht anbietet – aber alles kostet Geld. So kann das selbstbestimmte Wohnen recht teuer werden.

Mit dem kleiner werdenden finanziellen Spielraum – sofern vorhanden – schwindet auch die Möglichkeit, sozialer Kontaktaufnahmen. Arme Menschen sind alleine. Das ist so. Das Geld für die Busfahrkarte fehlt ebenso wie das Geld für eine Tasse Kaffee und ein Stück Kuchen beim lokalen Bäcker.

Nun ist das alles nicht neu. Für die Gruppe der psychisch Kranken aber noch mal in der Ausprägung sehr viel deutlicher, als es uns die Werbung suggeriert. Wie gesagt: Es ist gut so, dass immer mehr Menschen zu Hause ihren Lebensabend verbringen und auf ambulante Dienste zurückgreifen können. Aber auch ambulante Dienste müssen und werden jeden Handgriff in ihren Systeme-

men erfassen – und abrechnen. Das werden sich nur wenige leisten können. Psychisch Kranke erst Recht nicht.

Dennoch sind wir in Oldenburg gut aufgestellt: Es gibt eine Vielzahl von Diensten und Angeboten, so groß, dass man schon den Überblick verliert. Die Telefonseelsorge, die vielen fleißigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste, die Kirchen mit ihren vielfältigen Angeboten, der Krisendienst vom Gesundheitsamt, die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die Gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen, der ärztliche Notdienst und so weiter und so fort.

Leider sind die Dienste nicht alle miteinander vernetzt. Die Angebote sind zwar zahlreich, aber für den einzelnen eher unübersichtlich. An wen darf ich mich mit welchem Anliegen zu welcher Zeit wenden und was kostet das? Gibt es eine zentrale Anlaufstelle? Wer kennt sich aus? Da ist guter Rat teuer. Erschwert wird das ganze durch unsere Sozialgesetzgebung, die so komplex ist, dass eigentlich nur noch Experten wie Fachanwälte für Sozialrecht sich wirklich auskennen.

Hier ist die Politik gefragt. Rudolf Ludwig Karl Virchow erlangte als Arzt Ende des 19. Jahrhunderts Weltruf. Unlängst konnten wir ihn im deutschen Fernsehen in dem mehrteiligen Spielfilm „Charité“ als Arzt und Politiker kennenlernen. Von ihm stammt der Ausspruch „Politik ist Medizin im Großen“. Er hat meines Erachtens mit seiner Aussage auch hundert Jahre später immer noch Recht. Oder mit anderen Worten ausgedrückt: Die beste Medizin nützt nichts, wenn die Politik sich nicht kümmert.

Was wäre zu tun? Unabhängig davon, dass es immer schwerer werden wird, Fachkräfte (und auch Assistentinnen und Assistenten) für unsere zahlreichen Dienste zu gewinnen, wird ein Wir-machen-einfach-weiter-so nicht funktionieren.

Nicht das Bauamt für sich oder das Gesundheitsamt für sich werden die Probleme alleine lösen können. Unmöglich. Genauso wenig, wie ein einzelner Dienst uns wird retten können. Wir sollten uns vor allem auf der politischen Ebene dieser Herausforderung auf allen Ebenen stellen und den Menschen in den Mittelpunkt des Handelns stellen: Der junge Mensch, der arbeitende Mensch, der alternde Mensch oder der kranke Mensch.

Die Politik einer Kommune, die maßgeblich unser Miteinander bestimmt, sollte dafür Sorge tragen, dass Arme sich die notwendigen Hilfen auch leisten können, sollte dafür Sorge tragen, dass Arbeitslose nicht ausgegrenzt werden, sollte Sorge dafür tragen, dass alte Menschen in Würde leben können, sollte Sorgen dafür tragen, dass das Leben in einer Singlewohnung nicht einsam macht. Dies gilt erst Recht für psychisch Kranke. Für ein lebenswertes, selbstbestimmtes Leben in einer lebenswerten Stadt: Oldenburg!

Kontakt zum Autor:

Hermann Dirks, Bezirksverband Oldenburg, Schramperweg 108, 26129 Oldenburg

3.6 Entlassungsmanagement eines somatischen Krankenhauses in ambulante Dienste

Autor: Bernd Gimmel, Leitung Sozialdienst Evangelisches Krankenhaus

Unfälle und Krankheiten bedeuten für viele Menschen einschneidende Ereignisse und führen oft zu wesentlichen Veränderungen der Lebensumstände. Die vorherige Lebensführung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen ist in Frage gestellt. Eine verbleibende Hilfsbedürftigkeit muss zukünftig kompensiert werden. Die Kosten dafür übersteigen schnell die finanziellen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sich die körperlichen Einschränkungen auf die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit auswirken.

Genauso gibt es Menschen, die über lange Zeit für die Öffentlichkeit versteckt in prekären Verhältnissen leben. Geprägt von Isolation, Armut, Sucht oder beginnender Demenz reichen die eigenen Ressourcen zur Selbstversorgung nicht länger aus. Es folgt ein Ereignis, das schließlich zur Einlieferung in das Krankenhaus führt. Stürze, Verletzungen, organisches Versagen sind häufige Gründe für die Krankenhausbehandlung. Während der Krankenhausbehandlung wird die desolate soziale Lage offenbar. Das Behandlungsteam ist gefragt, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten ein unterstützendes Netzwerk für die nachstationäre Versorgung zu knüpfen.

Der Auftrag der Krankenhäuser geht somit weit über die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten hinaus. Der erzielte Behandlungserfolg soll durch weitergehende Rehabilitation oder fachgerechte Pflege sichergestellt werden. Die Patientinnen/die Patienten und ihre Angehörigen benötigen hierzu fachlichen Rat, um sich hinsichtlich der weiteren Perspektiven entscheiden zu können.

Im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg übernimmt der Krankenhaussozialdienst eine zentrale beratende und vermittelnde Funktion in diesem Prozess. In enger Kooperation mit dem ärztlichen Dienst, der Pflege und Therapeutin-

nen und Therapeuten wird die Entlassung der Patientinnen und Patienten, bei denen aus den oben geschilderten Gründen Handlungsbedarf besteht, vorbereitet.

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) beschreibt an mehreren Stellen Aufgaben der Krankenhäuser, die über die medizinische und pflegerische Versorgung hinausgehen, siehe § 39 Absatz 1 und § 112 Absatz 2 SGB V.

Ausdrücklich werden in diesem Zusammenhang die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus sowie der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege genannt. Bei der Umsetzung des verpflichtenden Entlassmanagements übernimmt der Krankenhaussozialdienst eine koordinierende Rolle, wenn es zur Planung und Umsetzung der konkreten Überleitung der Patientinnen und der Patienten in die nachstationäre Versorgung kommt.

Der Sozialdienst im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg besteht aus einem multidisziplinären Team aus den Professionen Soziale Arbeit, Pflegeberatung und Gerontologie. Diese Vielfalt der professionellen Ressourcen nützt in der Bearbeitung und Bewältigung der facettenreichen Problemlagen der zu versorgenden Patientinnen und Patienten. Die zurzeit elf Mitarbeitenden des Sozialdienstes haben sich den Abteilungen zugeordnet und somit abteilungsrelevantes Wissen erworben, was in der Beratung der Patientinnen und Patienten zielführend ist.

Methodisch bietet sich die Vorgehensweise im Sinne des Case Managements für die Arbeit im Krankenhaus an:

- Über das Krankenhausinformationssystem meldet die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt den Beratungsbedarf an. Eine erste Einschätzung des Hilfebedarfs wird vom Sozialdienst durch den Abgleich mit der behan-

delnden Ärztin/dem behandelnden Arzt und den zuständigen Pflegekräften erhoben.

- Es folgt der Erstkontakt mit den Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen. In diesem werden die Ressourcen der Patientinnen und Patienten und des Umfeld erhoben. Somit können in der Beratung erste Ziel- und Handlungsvereinbarungen getroffen werden.
- Während der Umsetzung der Handlungsvereinbarungen prüft der Sozialdienst, ob die zu ergreifenden Maßnahmen den Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes durch die Krankenhausbehandlung angepasst werden müssen. Ebenso werden die Zielvereinbarungen hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit überprüft und in Absprache mit den Patientinnen und Patienten, Angehörigen und dem Behandlungsteam verändert.
- Der Sozialdienst dokumentiert die individuellen Beratungsverläufe und das Ergebnis der Interventionen qualitativ und quantitativ. Ebenso werden Rückmeldungen der ehemaligen Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen über ihre Erfahrungen mit Rehakliniken, Kranken- und Pflegekasse, Heime, Pflegedienste usw. genauso wie Beschwerden hinsichtlich des Überleitungsprozesses dokumentiert und ausgewertet.

Die zurzeit elf Mitarbeitenden des Sozialdienstes in Voll- und Teilzeit beraten in dieser Weise jährlich in über 4.000 Fällen. Die Fallzahlen steigen stetig. Schwerpunktmäßig sind die Patientinnen und Patienten aus der Unfallchirurgie, Neurologie, Neuro- und Wirbelsäulenchirurgie schwer betroffen.

Inhaltlich ist die Sozialdienstintervention indiziert, um die Vermittlung in weitergehende Rehabilitation, die Unterstützung in der hauswirtschaftlichen Versorgung, die pflegerische Versorgung zu Hause und in Einrichtungen sowie die notwendigen Hilfsmittel zu organisieren.

Palliative Patientinnen/Patienten und die Patientinnen/Patienten in der neurologischen Frührehabilitation bilden zwei Patientengruppen, die für den Sozialdienst außerordentlich beratungsintensiv sind. In beiden Behandlungsfeldern werden jährlich mehrere hundert Patientinnen und Patienten begleitet. Die Beratungsprozesse sind für den Sozialdienst besonders aufwendig und binden enorme personelle und zeitliche Ressourcen:

- Die Patientinnen und Patienten der Palliativstation haben bereits eine schwere und langwierige Krankheitsgeschichte durchlaufen, bevor es zur Aufnahme auf der Palliativstation mit einer in der Regel infausten Prognose, d. h. bei einer fehlenden Heilungsaussicht, kommt. Gemeinsam mit den Angehörigen und den Patientinnen und Patienten erarbeitet der Sozialdienst Versorgungsperspektiven für die letzte Lebensphase.
- Die Klinik für neurologische Frührehabilitation behandelt Patientinnen und Patienten mit schwersten neurologischen Schädigungen bei einer in der Regel bestehenden Beatmungspflicht zum Aufnahmezeitpunkt. Die Patientinnen und Patienten verbringen meist mehrere Wochen oder Monate in der Klinik. Während des gesamten Aufenthaltes steht der Sozialdienst den Patientinnen/den Patienten und den Angehörigen beratend zur Seite. Zum Ende der Frührehabilitation organisiert der Sozialdienst in Kooperation mit den Patientinnen und Patienten, Angehörigen und dem Behandlungsteam die weiterführende Rehabilitation oder die intensivpflegerische Versorgung zu Hause, in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft oder in einer Pflegeeinrichtung.

Für bestimmte Patientengruppen der Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie bietet der Krankenhaussozialdienst als besonderen Service die vorstationäre Beratung zur Organisation der Anschlussheilbehandlung an.

Bei geplanten Eingriffen kann somit den langen Wartezeiten bei der Vergabe der Rehaplätze entgegen gewirkt werden und die Patientinnen und Patienten können die Rehabilitation meist in ihrer Wunschklinik durchlaufen.

Durch die Schwerpunktbildung des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg in einigen medizinischen Bereichen geht der Einzugsbereich weit über das Gebiet der Stadt Oldenburg hinaus, was für den Sozialdienst große Bedeutung hat. Neben den guten und langjährigen Kontakten zu den Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen in der Stadt Oldenburg, verfügt der Sozialdienst über ein Kontaktnetz zu Dienstleistern im gesamten Nordwesten.

Im Beratungsalltag zeigen sich regelmäßig die Versorgungslücken in der Region. Im häuslichen Bereich ist die Verfügbarkeit von häuslicher Pflege und hauswirtschaftlicher Unterstützung sehr begrenzt. Aus Kapazitätsgründen ist es regional üblich, dass bei erstmaligen Versorgungen Pflegeeinsätze für die morgendliche Grundpflege in den frühen Morgenstunden (6:30 Uhr) oder in der Mittagszeit (11:30 Uhr) angeboten werden.

Zeitweise sind Kurzzeitpflegeplätze im gesamten Stadtgebiet Oldenburg nicht verfügbar, so dass in den Randbereich zu Oldenburg hinein Kurzzeitpflegen organisiert werden müssen, weil die Patientinnen/Patienten entlassfähig sind und der weitere Aufenthalt im Krankenhaus nicht finanziert wird.

Sehr unterentwickelt zeigen sich zudem die Bereiche der Intensivpflege, Nachtpflege und Angebote für junge Pflegebedürftige. Auch erweist sich die Versorgung dementiell erkrankter Patientinnen und Patienten für den Krankenhaussozialdienst als schwierig aufgrund beschränkter Versorgungsoptionen.

Wünschenswert erscheint zudem auch der Ausbau persönlicher Hilfen im Sinne der Eingliederungshilfe und der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Sozialgesetzbuch XII in der Region. Eine derartige Alltagsbegleitung wirkt Iso-

lation entgegen und hilft bei der Überwindung von Suchterkrankungen, psychischen Einschränkungen sowie anderen sozialen Schwierigkeiten.

Aufgrund der oben genannten Versorgungsengpässe ist es eine wichtige Aufgabe des Krankenhaussozialdienstes, die individuellen Möglichkeiten zur rehabilitativen Weiterbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt auszuloten. In dieser Weise werden Hilfebedarfe reduziert und die Möglichkeiten und Voraussetzungen zur Weiterführung des eigenen Haushaltes und einer weiterhin selbstständigen Lebensführung verbessert.

Für eine umfassende Beratung der Patientinnen/der Patienten benötigt der Krankenhaussozialdienst ein engmaschiges Netzwerk. Zu diesem gehören die Krankenkassen, MDK, Rentenversicherungen, Unfallkassen, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Amtsgerichte, Kommunalverwaltungen, Landesamt für Soziales, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen und Dienstleister im Bereich der Psychiatrie und der Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Rehakliniken, Beratungsstellen und viele weitere Akteure.

Ferner wirkt der Krankenhaussozialdienst unter anderem im Arbeitskreis der Krankenhaussozialdienste im Nordwesten, im Rahmen der Pflegekonferenz und dem gemeindepsychiatrischen Verbund der Stadt Oldenburg, im Versorgungsnetz Gesundheit e.V. und Palliativwerk an der Ausgestaltung der lokalen Versorgungsstrukturen aktiv mit.

Sehr wichtig sind die persönlichen Kontakte zu den Kooperationspartnern. Interessierte Dienstleister sind eingeladen, sich und ihr Angebot in einer Dienstbesprechung zu präsentieren und im gemeinsamen Austausch die Schnittstellen und zukünftige Vereinbarungen zu thematisieren.

In den letzten Monaten gab es einen solchen stets voranbringenden Austausch mit der Sozialberatung des Oldenburger Amtes für Teilhabe und Soziales, der mobilen Drogenberatung und der Krebsberatungsstelle.

Für den Krankenhaussozialdienst ist die Kenntnis über das Vorhandensein dieser Stellen und ihrer Angebote sehr wichtig für eine umfassende Patientenberatung.

Des Weiteren steht die Leitung des Krankenhaussozialdienstes im regelmäßigen Kontakt zu Kostenträgern, Leistungsanbietern und weiteren Netzwerkpartnern, um die Kooperation fortwährend zu optimieren.

Kontakt zum Autor:

Bernd Gimmel, Diplom-Sozialarbeiter, Leitung Sozialdienst

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Steinweg 13 – 17, 26122 Oldenburg

Tel.: 0441 236-640

Mail: bernd.gimmel@evangelischeskrankenhaus.de

3.7 Plädoyer für eine Tagesstätte für chronisch suchtkranke Menschen in Oldenburg

Autor: Winfried Wigbers, Einrichtungsleiter Rose 12, STEP
Paritätische Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik mbH

Nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rose 12, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und viele gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer in der Stadt Oldenburg konstatieren eine unzureichende Versorgung chronisch suchtkranker Menschen mit multiplen komorbiden Störungen, sondern dies wird jetzt ebenfalls im neuen Landespsychiatrieplan festgestellt. Hier heißt es: „...für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten, oft wohnungslosen Suchtkranken, deren psychiatrische Komorbidität zumeist unstrittig ist, muss konstatiert werden, dass sie kaum adäquate Hilfe bekommen“.

Mit der Übernahme der Verantwortung für die Ex-Parlos-Einrichtungen hat sich die STEP gGmbH in diesem Bereich stark engagiert. Der Standort Bardenfleth – der ehemaligen Fachklinik Moorkieker – wurde zu einer stationären Einrichtung für chronisch mehrfach abhängige Menschen (CMA) umgebaut. Seit Juni 2017 werden hier nunmehr bis zu 34 Personen betreut, die neben ihrer chronischen Suchterkrankung etliche weitere Teilhabe- und Anpassungsprobleme aufweisen. Sie finden hier ein Leben in der Gemeinschaft mit vielfältigen Angeboten für Arbeit, Freizeit und Gespräche. Hieraus resultieren häufig ein besseres Selbstbewusstsein und eine verbesserte gesundheitliche Situation.

Für suchtkranke Menschen bedarf es aus unserer Sicht neben diesem wichtigen, stationären Baustein in der Versorgung zusätzlich einer Einrichtung, in der Betreuung und sinnvolle Beschäftigung bis hin zur Arbeitserprobung ausschließlich über den Tag organisiert wird. Für psychisch kranke Menschen ohne Sucht haben sich schon länger Tagesstätten etabliert, in denen Unterstützung bei der Tagesstruktur und der Freizeitgestaltung geboten wird.

Im Suchtbereich sind diese Einrichtungen noch weniger verbreitet. Die meisten Tagesstätten für psychisch Kranke schließen suchtkranke Menschen aus. Dabei sind es gerade das Fehlen von Aufgaben, die fehlende Eingebundenheit und die Einsamkeit, die chronisch suchtkranke Menschen an ihr Suchtmittel binden und ihre Lebensqualität reduzieren. Wir gehen davon aus, dass sich durch den Aufbau einer entsprechenden Tagesstätte das Leben vieler Abhängiger verbessern würde.

Tagesstätten sind ein teilstationäres Angebot der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und suchtkranke Menschen. Anders als in der ambulanten Betreuung handelt es sich hier um eine umfassende Hilfe über einen erheblichen Teil des Tages. Das Spektrum der Betreuungsmöglichkeiten reicht von niedrigschwelliger Beschäftigung bis zu ausgeprägten sozialtherapeutischen Programmen. Ergänzt wird die Tagesstättenarbeit sinnvollerweise durch ein Fallmanagement (Casemanagement). Hier können andere am Fall beteiligte Einrichtungen eingebunden werden, Ziele vereinbart und gemeinsam angestrebt werden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Casemanagement sorgen für eine durchgängige Beziehungsgestaltung und -konstanz, um im sensiblen Bereich der beruflichen Integration Entwicklungen im Bereich der Sozialkompetenz zu fördern sowie Krisen zu bewältigen. Sie bauen eine Vertrauensbeziehung zur Klientin/zum Klienten auf. Sie navigieren sie/ihn gemeinsam mit den Partnern des psychosozialen Bereichs durch häufig sehr komplexe und spezifische Prozesse, die selten geradlinig verlaufen. Fördermaßnahmen, die ausschließlich auf eine Arbeitsintegration abzielen, sind für die Zielgruppe der chronisch Suchtkranken unzureichend und haben wenig nachhaltige Erfolgsaussichten.

Gut beschrieben sind die Aufgaben der Tagesstätten in den vom Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) formulierten Rahmenstandards: „Menschen, die durch ihre Substanzabhängigkeit multiple Problemstrukturen aufweisen, erhalten in Tagesstätten lebensbegleitende und versorgende Hilfen. Sowohl

die physischen Folgen einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung als auch die psychischen und sozialen Schädigungen aufgrund von Arbeits- bzw. Langzeitarbeitslosigkeit können wirksam bearbeitet werden. Alltagspraktische und soziale Kompetenzen und Fertigkeiten, die für eine berufliche Eingliederung förderlich sind, sind meist nicht mehr abrufbar und müssen neu erlernt werden. Tagesstätten bieten Suchtkranken ein breites Übungsfeld für die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die in einer Tagesstätte aufgenommenen Personen erhalten z. B. Hilfe bei der Gestaltung des Tages- und Wochenablaufs. Arbeits- und ergotherapeutische Maßnahmen unterstützen die Motorik, Ausdauer, Koordination, Konzentrationsfähigkeit, Sorgfalt und regen die Phantasie an. Die Erwerbsfähigkeit wird in jedem Fall verbessert und somit die Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des SGB IX ermöglicht. Eine gesellschaftliche Eingliederung wird vorbereitet“.

Mit dem Angebot der Tagesstätte sollen Menschen mit chronifizierter Suchterkrankung in die Lage versetzt werden, im Rahmen ihrer vorhandenen Ressourcen und ihrer individuellen Fähigkeiten, stabile Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnisse eingehen zu können. Fortschreitender sozialer, körperlicher und seelischer Regression wird mit diesem Angebot entgegen gewirkt. Kompetenzen, die zu einer selbständigen Lebensführung notwendig sind, werden bewahrt und nach Möglichkeit ausgebaut, stationäre Versorgungsnotwendigkeiten werden vermieden. Ziel ist der Erhalt, der Ausbau oder die Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabe von Menschen mit Suchterkrankung. Ihre Lebensqualität soll verbessert, Vermittlungshemmnisse abgebaut und die Entstehung neuer Beeinträchtigungen verhindert werden.

Zu Beginn einer Aufnahme in die Tagesstätte sollte eine Standortbestimmung (Clearing) stattfinden. Dabei sollte die soziale, gesundheitliche und psychische Situation der Klientin/des Klienten abgeklärt werden, sowie ihre/seine Teilhabemöglichkeiten und -defizite. Aus dem Clearing ergibt sich dann ein individueller Hilfeplan mit Beteiligung anderer Einrichtungen, insbesondere auch zuweisender Stellen, wie dem Jobcenter, dem Sozial- und Gesundheitsamt, der

Agentur für Arbeit, dem Rentenversicherungsträger, der Suchthilfe, den Krankenkassen, den gesetzlichen Betreuern etc.

Wenn man bestehende Tagesstätten in Deutschland bezüglich ihrer Konzepte und Angebote vergleicht, dann fällt auf, dass sie sich in ihrer Zielsetzung durchaus unterscheiden. Manche Tagesstätten bieten vor Allem ein offenes Angebot zur Unterstützung bei der Tagesstruktur und der Freizeitgestaltung. Andere Tagesstätten bieten ausgeprägte Settings zur Förderung der beruflichen Teilhabe und arbeiten eng mit Jobcenter und Betrieben zusammen. Mögliche Schwerpunkte sollten hier im Sozialpsychiatrischen Verbund diskutiert werden und haben auch Auswirkungen auf Finanzierungsmöglichkeiten.

Zum Schluss kommen wir noch einmal auf den neuen Landespsychiatrieplan Niedersachsen zurück. Hier heißt es: „Psychisch Kranke haben die gleichen Grundrechte und bürgerlichen Rechte wie alle anderen Menschen. Psychiatrie beachtet und wahrt mit dem Postulat der Humanität die Grundrechte der Menschen, ihre Selbstbestimmung und ihre Würde. Es gilt der Grundsatz der Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch Erkrankten“.

Wenn wir als humanitäre Gesellschaft diese Aussagen ernst nehmen, dann können wir chronisch Suchtkranke (die ebenfalls psychisch krank sind) nicht weiter ihrem defizitären bis verzweiferten Schicksal überlassen und ausschließlich punktuell in offenen Anlaufstellen versorgen. Als Gesellschaft sind wir aufgefordert, mehr Verantwortung zu übernehmen, Wege aufzuzeigen, zu unterstützen und zu begleiten, die auch für suchtkranke Menschen Dazugehörigkeit, Einbindung und Sinn ermöglichen.

Kontakt zum Autor:

Winfried Wigbers, Einrichtungsleiter Rose 12, STEP Paritätische Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik mbH, Alexanderstr. 17, 26121 Oldenburg

3.8 EX-IN Genesungsbegleiter (Experte aus Erfahrung)

Autorin: Sabrina de Vries

EX-IN steht für: Experienced Involvement = Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen.

EX-IN war ein Pilotprojekt (2005 – 2007), das aus dem europäischen Programm „Leonardo da Vinci“ gefördert wurde. Ziel des Projekts ist die Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen, um als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Dozentin/Dozent tätig zu werden.

Im Rahmen des Projekts haben Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Kräfte und Ausbilderinnen und Ausbilder aus sechs europäischen Ländern zusammengearbeitet, um eine spezifische Ausbildung zu entwickeln, die auf dem Erfahrungswissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer basiert.

Die entstandene Ausbildung soll den Einfluss von Expertenwissen durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem stärken. Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu zufriedenstellenderen, weniger diskriminierenden und entwürdigenden psychiatrischen Dienstleistungen beitragen.

Die Ausbildung gibt es deutschlandweit seit 2008 und sie qualifiziert die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dafür, als Mitarbeiterin/Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Dozentin/Dozent in der Fort- und Weiterbildung tätig zu werden.

Die Ausbildung dauert ein Jahr und besteht aus zwölf Modulen, Portfolioarbeit und Supervision. Im Verlauf müssen zwei Praktika absolviert werden, die von der Kursleitung begleitet werden. Themen der Module sind unter anderem die Reflexion und Einordnung der eigenen Erfahrungen, gesundheitsfördernde Haltungen, Empowerment, Recovery, Beratung und Begleitung sowie Krisenintervention.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten bei erfolgreichem Abschluss ein deutschlandweit beachtetes Zertifikat von EX-IN Deutschland e.V.

Ein erfolgreicher Abschluss bedeutet:

- Nicht mehr als 10 % Fehlzeiten
- Durchführung von zwei Praktika inkl. Praktikumsbericht
- Portfolio-Arbeit
- Abschlusspräsentation

Die Voraussetzungen für eine EX-IN Ausbildung sind:

- Erfahrung in der Psychiatrie / mit schweren Lebenskrisen / mit schweren seelischen Erschütterungen und deren Bewältigung,
- stabile gesundheitliche Situation,
- Reflexionsfähigkeit = Über seine Erkrankung und Erfahrungen reden können.
- Gruppenfähigkeit,
- Erfahrung in der Selbsthilfe/Trialog ist wünschenswert,
- stabiles privates/soziales Netzwerk,
- persönliche Motivation,
- Bereitschaft – Zeit und Raum sich einzulassen
- gesicherte Finanzierung (Bildungsgutschein, Stipendium, Selbstzahler).

Mein EX-IN Ausbildungskurs (Kurs 9 in Bremen) bestand aus 18 Teilnehmerinnen/Teilnehmern mit den unterschiedlichsten Krisenerfahrungen: Psychose, Depressionen, Bipolar, ADHS, trockene Alkoholiker und andere ehemals Suchtkranke und Angsterkrankungen.

Im Mittelpunkt der EX-IN Ausbildung steht die Entwicklung von Erfahrungswissen. Hierzu ist es wichtig, dass jeder Einzelne seine Erfahrungen reflektiert und strukturiert, so dass aus Erfahrung Wissen wird.

In der Ausbildung geht es also nicht darum, aus Fachliteratur oder von Fachpersonal zu lernen, sondern von unseren eigenen, ganz individuellen Erfahrungen, wie wir unsere Krisen bewältigt haben.

Zu jedem Modul bekamen wir Handouts, in denen Begriffserklärungen, rechtliche Grundlagen und Aufgaben vorgegeben waren.

Diese Aufgaben werden in 3 Schritten bearbeitet: ICH – DU – WIR

Schritt 1 = Selbstreflexion – „Ich –Wissen“

Die Aufgabe wird zuerst in Einzelarbeit bearbeitet = Wie sind meine eigenen persönlichen Erfahrungen?!

Ich-Wissen bedeutet, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Bewusstsein darüber entwickeln, wie sie sich ihre seelische Erschütterung erklären, wie sie diese in ihre Lebensgeschichte einordnen, welchen Sinn sie darin erkennen und welche Bedingungen und Strategien dabei helfen, Anforderungen und Krisen zu bewältigen.¹

(¹www.Psychiatrie.de)

Schritt 2 = In Gruppen am „Ich-Wissen“ teilhaben lassen

In Gruppen stellt jeder seine eigenen persönlichen Erfahrungen vor.

Auf der Du-Ebene wird das eigene Erfahrungswissen einem Gegenüber mitgeteilt. Dabei bekommt man reflektiert, ob man sich mit seiner Erfahrung mitteilen kann, was für das Gegenüber verstehbar ist und was nicht.

Schritt 3 = Ergebnisse im Plenum = „Wir-Wissen“

Die Erfahrungen und Ergebnisse der einzelnen Gruppen werden im Plenum vorgestellt und aufgeschrieben, dadurch erlangen wir das sogenannte „Wir-Wissen“.

Wir-Wissen bedeutet zunächst, dass Menschen gemeinsame Erfahrungen entdecken. Aber es geht beim Wir-Wissen nicht nur um das gemeinsame Erfahrene, sondern auch um das gemeinsame Verstandene. Das bedeutet, auch Phänomene, die ich nicht selbst erlebt habe, kann ich durch einen intensiven Austausch verstehen lernen, durchdringen und erkennen.

Profis aus Erfahrung – Vom „Ich-Wissen“ zum „Wir-Wissen“

Um eine Expertin/ein Experte durch Erfahrung zu werden, ist es erforderlich, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und diese mit anderen auszutauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Es ist erforderlich, dass die Expertinnen/Experten ihre Erfahrungen im Vergleich mit anderen Erfahrungen, anderen Situationen und anderen Menschen überprüfen und erproben (van Haaster).

Praxis:

In der Praxis stellen Genesungsbegleiterinnen/Genesungsbegleiter Verbindungen zwischen Klientinnen/Klienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern her, das heißt, sie werden zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern zwischen zwei „Kulturen“. Aufgrund des eigenen Erfahrungshintergrundes werden EX-INler oft als vertrauenerweckend erlebt. Auf dieser Basis können Genesungsbegleiterinnen/Genesungsbegleiter und Betroffene über Erlebnisse statt über Symptome reden.

Es ist eher möglich, eine gemeinsame Sprache zu finden und eine von Akzeptanz, Verständnis und Empathie getragene Beziehung einzugehen. Die Expertin/der Experte durch Erfahrung kann authentisch das Gefühl von Hoffnung und den Glauben an Weiterentwicklung vermitteln. Sie/er kann aus eigener Erfahrung die Interessen des Gegenübers sensibler wahrnehmen und dabei unterstützen, Verantwortung zu übernehmen und die eigenen Interessen selbst zu vertreten.

Niedersächsischer Landespsychiatrieplan – Kapitel 3.1.:

„Peer-Beratung verbessert nachweislich den Behandlungserfolg sowie Befinden und Ressourcen von Angehörigen. Deshalb wird empfohlen, ausgebildete Genesungsbegleiterinnen/Genesungsbegleiter verstärkt in die Teams ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen der psychiatrischen Versorgung zu integrieren sowie Peer-Beratung zu fördern. EX-IN Ausbildung soll (auch finanziell durch SGB II) unterstützt werden.“

Obwohl bewiesen ist, dass der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern den Behandlungserfolg verbessert, stoßen wir leider noch oft auf großen Widerstand seitens vieler psychiatrischer Institutionen. Zwei der größten Vorurteile sind:

1. Ein Konkurrenzdenken des Fachpersonals

- Wir Genesungsbegleiterinnen/Genesungsbegleiter sehen uns jedoch als Ergänzung zum bestehenden Team.

2. Die Bedenken, dass EX-INler instabil seien

- Jeder Mensch kann in eine Krise/Lebenskrise geraten, unabhängig von Beruf oder Lebensstandard. Wir Genesungsbegleiterinnen/Genesungsbegleiter haben mindestens eine große Krise erlebt, durchlebt und bewältigt und wissen dadurch sehr genau, wie wir mit eigenen Krisen umgehen und wo unsere persönlichen Grenzen liegen.

Kontakt zur Autorin über den Sozialpsychiatrischen Dienst, Industriestr. 1,
Eingang G, 26121 Oldenburg

4 Empfehlungen zum Schwerpunktthema Prävention

4.1 Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen

Autoren: Dr. phil. Peter Orzessek/Alexandra Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst

Prävention wurde Anfang 2016 als Schwerpunktthema für die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes auch deshalb gewählt, weil der Entwurf der Neufassung des NPsychKG vorsah, dass der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) auch für die Zusammenarbeit der Anbieter psychiatrischer Prävention und die Abstimmung der Präventionsangebote sorgen soll. Außerdem hat der Deutsche Bundestag am 18.06.2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) verabschiedet.

Das Schwerpunktthema Prävention sollte in unserer Arbeit im Verbund und an der Fortschreibung dieses Planes zunächst im weitesten Sinne verstanden werden, um nicht von vornherein durch eine enge Definition möglicherweise wichtige Aspekte in der Diskussion auszuschließen.

Das bedeutete, dass zu unserer Arbeit im Verbund mit dem neuen Schwerpunktthema z. B. auch die Früherkennung von psychischen Störungen und die Gesundheitsförderung gehörten. Außerdem auch primäre, sekundäre und tertiäre Prävention und Verhaltensprävention genauso wie Verhältnisprävention. Des Weiteren konnte der Individuelle Ansatz genauso besprochen werden wie der Setting-Ansatz. Auf diesem Diskussionsprozess in einem sehr weiten Feld beruhen auch die hier am Ende des Artikels genannten Empfehlungen. Es zeichnet sich aber in jüngster Zeit ab, dass in der Psychiatrie in Zukunft wahrscheinlich stärker die Primärprävention in den Fokus rücken wird und die sekundäre bzw. tertiäre Prävention der Akutbehandlung bzw. der Stabilisierung bei behandelten Erkrankungen zugerechnet werden. Bei der Primärprävention wird dann zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden werden (vgl. Klosterkötter, 2016, S. 92ff)¹. Die Arbeitsgruppe „Regionale Vernetzung“ des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen arbeitet

aktuell außerdem an einer Empfehlung zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens. Wenn diese vorliegt, wird darüber auch in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes berichtet werden.

¹ Klosterkötter, J. (2016). Psychische Krankheiten verhindern. In: Hauth, I., Falkai, P., Deister, A. [Hg.]. Psyche, Mensch, Gesellschaft. Berlin: MWV.

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

In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2016 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 2016 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2016 veröffentlicht.

Beim jährlichen Gesamttreffen des Verbundes am 08.02.2017 wurde, beruhend auf dem bisherigen Diskussionsstand, gemeinsam eine SWOT-Analyse durchgeführt und so die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken ermittelt, die mit dem Ziel verbunden sind, die Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen zu verbessern.

Bei den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2017 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 (siehe Seiten 133 und 134).

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

Leistungsträger, -anbieter 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:

- Aufbau eines Suizidregisters und Maßnahmen der Suizidprävention ausbauen und stärker vernetzen
- Maßnahmen der Früherkennung psychischer Störungen ausbauen
- Niedrigschwelligen Zugang zu psychiatrischen Leistungen ausbauen und die Schnittstellen im Netzwerk der Hilfen verbessern, auch unter Beachtung der Anliegen der Angehörigen und des sozialen Umfeldes
- Information, Öffentlichkeitsarbeit und Antistigmaarbeit bei der Allgemeinbevölkerung und bei nichtpsychiatrischen Leistungsanbietern, auch quartiersbezogen
- Gesundheitsförderung in Betrieben stärken, auch in Einrichtungen der Psychiatrie
- Die körperliche Gesundheit von Menschen mit psychischen Störungen stärker beachten
- Gesundheitsförderung für Angehörige psychisch kranker Menschen
- Einrichten einer Stelle für eine Suchtpräventionsfachkraft
- Multimedikation insbesondere bei älteren Menschen stärker beachten

- Speziell bei Kindern und Jugendlichen
 - „Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern“, „Frühe Hilfen“ und Communities That Care“ (CTC) fortführen
 - Projek „Schulgesundheitspflegerin“ stärken
 - „Patenschaftsmodell Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Präventionsketten Niedersachsen“ installieren

- Die Verknüpfung mit bestehenden Konzepten/Programmen anstreben

Kontakt zu den Autoren:

Dr. phil. Peter Orzessek/Alexandra Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst,
Industriestr. 1, Eingang G, 26121 Oldenburg

5. Übersicht

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

Autor: Dr. Carsten Petry, Sozialpsychiatrischer Dienst

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

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

Kontakt zum Autor:

Dr. Carsten Petry, Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1, Eingang G,
26121 Oldenburg

5.2 Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Autoren: Dr. phil Peter Orzessek/Alexandra Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst

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 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 Diskussionsstand finden Sie in Farbe auf der dritten Umschlagseite. Hier können Sie sich einen ersten orientierenden Überblick über den Bestand und den Bedarf an Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg verschaffen.

Im Jahr 2017 wurde für den Bereich Sucht die Einschätzung für das Versorgungsangebot „stationär betreutes Wohnen für seelisch Behinderte SGB XII“ wieder von „gelb“ auf „grün“ gesetzt, weil es jetzt ein Angebot in der Nähe von Oldenburg gibt. Außerdem sind die Angebote „ambulante psychiatrische Pflege“ und „Soziotherapie“ nicht mehr „grau“ im Bereich KJP, da es diese Leistungsangebote auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt.

Außerdem sollen an dieser Stelle noch einige Anmerkungen festgehalten werden, die in der Tabelle selber aus Platzgründen nicht notiert werden konnten:

Die Verbundmitglieder stellen fest, dass es für einige Personengruppen sehr schwer ist, Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe zu bekommen. Dies betrifft zum Beispiel Männer mit Störungen der Sexualpräferenz oder Menschen mit schizophrenen Störungen. Außerdem wird von Seiten der Suchthilfe Verbesserungsbedarf bei Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen im Bereich Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) und im Bereich Soziotherapie be-

schrieben. Die Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Oldenburg kann nur Patientinnen und Patienten im Alter von 6 bis 13 Jahren aufnehmen.

Es wurden in den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes auch Änderungswünsche an der Struktur der Tabelle selbst besprochen. Diese wurden daraufhin in der zuständigen Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates angesprochen, denn damit möglichst alle Kommunen dieselbe Tabelle in ihren jeweiligen Sozialpsychiatrischen Plänen einsetzen, sollten die Verbünde die Struktur nicht individuell verändern: Der Wunsch „Zuverdienstmöglichkeiten“ näher zu definieren, wurde abgelehnt, da es keine einheitliche Definition gibt und diese Rubrik offen bleiben soll für alle Ansätze. Der Wunsch, die Rubrik „Demenz-WG“ neu aufzunehmen, wurde abgelehnt, da diese Wohnform mit unter die Rubrik 25 „Pflegeheim mit speziellem psychiatrischen Angebot SGB XI“ fallen würde. Auch die neu gewünschte Rubrik „alternative Wohnformen“ (unter die man auch die Demenz-WG fassen könnte) wurde zunächst noch abgelehnt, da die Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz abgewartet werden sollen. Eine Möglichkeit wäre es, dass in Zukunft, bei Einigkeit im Sozialpsychiatrischen Verbund der Stadt Oldenburg, eine fehlende Oldenburger Rubrik unter „Sonstiges“ am Tabellenende eingefügt wird.

Achtung:

In der Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung auf der dritten Umschlagseite hat sich leider ein Fehler eingeschlichen. Die Bemerkung zum Angebot Nr. 25 „Gerontopsychiatrie: (...) Oldenburg“ bezieht sich auf das Angebot Nr. 24 (stationär betreutes Wohnen für seel. Behinderte SGB XII). Wir bitten dies zu entschuldigen.

Kontakt zu den Autoren:

Dr. phil. Peter Orzessek/Alexandra Döpke, Sozialpsychiatrischer Dienst,
Industriestr. 1, Eingang G, 26121 Oldenburg

Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

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

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

