

Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2016



Foto: Stadt Oldenburg





Impressum

Herausgeber:

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

Stand: September 2016

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

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

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote	
2.1	Rede der Ministerin Rundt zur Vorstellung des Landespsychiatrieplans am 30.05.2016	8
2.2	Grußwort der Arbeitsgruppe der kommunalen Spitzenverbände anlässlich der Vorstellung des Landespsychiatrieplans am 30.05.2016, Prof. Dr. H. Meyer.....	14
2.3	<i>D. Stellmann, Amt für Zentrales Flüchtlingsmanagement</i> Zentrales Flüchtlingsmanagement in der Stadt Oldenburg.....	17
2.4	<i>B. Gerdes, Unabhängige Beschwerdestelle UBS</i> Vorstellung der Unabhängigen Beschwerdestelle	20
3	Leserbriefe	
3.1	<i>Sonja Schnurre</i> Nachwuchsgewinnung aus Sicht der unabhängigen Selbsthilfe	22
4	Schwerpunktthema „Prävention“	
4.1	<i>Dr. phil. P. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Einführung zum Schwerpunktthema „Prävention“	25
4.2	<i>F. Sohn, Praxis für qualifiziertes Gesundheitsmanagement und Suchtfragen</i> Erfahrungen aus dem Bereich der Prävention	27
4.3	<i>M. Blinzler, Präventionsrat Oldenburg PRO</i> Vorstellung der Arbeit des Präventionsrates Oldenburg PRO	38
4.4	<i>M. Mohrmann, Fachdienst Jugend und Gemeinwesenarbeit</i> Das Präventionsangebot des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Oldenburg, Jugend und Gemeinwesenarbeit	43
4.5	<i>Dr. T. Brieden, Karl-Jaspers-Klinik</i> Prävention aus Sicht der Gerontopsychiatrie	48
4.6	<i>H. Brunken-Kuhns, Gemeinnützige Werkstätten Oldenburg e. V.</i> Inklusive betriebliche Gesundheitsförderung und deren Umsetzung	52
4.7	<i>C. Wermke, Karl-Jaspers-Klinik</i> Bündnis gegen Depression Weser-Ems	57
4.8	<i>I. Janssen, PARLOS gGmbH, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention „Rose 12“ Oldenburg</i> Fortentwicklung und Optimierung der Sucht-Präventionsarbeit durch Vernetzung/Kooperation vor dem Hintergrund des Oldenburger Modellprojektes CTC („Communities That Care“)	59

4.9	<i>M. Bünker, Tagesaufenthalt der Diakonie</i> Niedrigschwellige Suchtkrankenhilfe medizinischer und pflegerischer Bereich durch examinierte Krankenschwester	65
5	Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Nachwuchsgewinnung“	
5.1	<i>Dr. C. Petry/Dr. phil. P. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema „Nachwuchsgewinnung“	69
6	Übersicht	
6.1	<i>Dr. phil. P. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst</i> Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung	72

Tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung
siehe dritte Umschlagseite

1 Einleitung zur Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,
in den Händen halten Sie die Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2016 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 triangologisch. Da Betroffene oder Angehörige mitunter nicht über die Organisationsform wie die „Profis“ verfügen, muss es in diesem Zusammenhang möglich sein, auch Einzelstimmen (z. B. in Form von Leserbriefen) angemessen zu Wort kommen zu lassen.

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

Stadt Oldenburg verschaffen. Zum anderen sollen die Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen und damit die Datenblätter a), b) und c) zur Anwendung kommen (siehe S. 59 ff. der Fortschreibung 2014). Bereits 2011 wurde das Datenblatt a) eingeführt, die weitere Anwendung dann jedoch zunächst ausgesetzt, weil die Entwicklung eines dazugehörigen EDV-Programms auf Landesebene unerwartet Schwierigkeiten mit sich brachte. In diesem Jahr werden wir mit der Erhebung der Daten für das Datenblatt a) zum Stichtag 31.12.2016 fortfahren.

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

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

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

In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2016 finden Sie Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Prävention“ auf den Seiten 25 – 68. Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Nachwuchsgewinnung“ stehen auf den Seiten 69 bis 71.

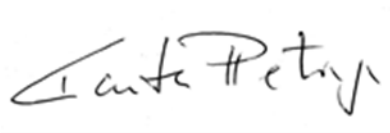
Die Artikel zum Schwerpunktthema „Prävention“ sind so angeordnet, dass zunächst Beiträge mit grundsätzlicheren Aussagen zur Prävention zu lesen sind und dann Artikel zu spezielleren Themen.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie bzw. über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren, so dass sie in einem eigenen Planteil entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden können. Die Autorinnen und Autoren in diesem Teil wurden seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefragt, Ihnen an dieser Stelle unseren herzlichen Dank für Ihre Beiträge, die Sie auf den Seiten 8 bis 21 finden.

Auf niedersächsischer Ebene hat Frau Ministerin Rundt am 30. Mai dieses Jahres den lange erwarteten Landespsychiatrieplan (http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheit/psychiatrie_und_psychologische_hilfen/14025.html) der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Rede der Ministerin finden Sie ab Seite 8 und das Grußwort der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände vertreten durch Herrn Prof. Dr. Hubert Meyer ist ab Seite 14 abgedruckt. Der Landespsychiatrieplan und seine Umsetzung vor Ort ist für uns alle eine spannende Herausforderung, der sich die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes in den nächsten Jahren stellen müssen. Dies wird auch die Schwerpunkte der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes in Zukunft mitbestimmen. Der Landespsychiatrieplan wurde durch den Sozialpsychiatrischen Dienst an alle Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes verteilt und am 9. August dieses Jahres im Sozialausschuss der Stadt Oldenburg vorgestellt.

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

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



Dr. Carsten Petry
Allgemeinarzt
Psychiater und Psychotherapeut
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst



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

2 Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

2.1 Rede der Ministerin Rundt zur Vorstellung des Landespsychiatrie-plans am 30. Mai 2016 in der Akademie des Sports, Hannover

– Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wünsche Ihnen einen guten Morgen und uns einen interessanten Vormittag und steige deshalb direkt ein:

Um ein möglichst umfassendes Bild der aktuellen Versorgungssituation in Niedersachsen zu erstellen:

- haben zahlreiche Expertinnen und Experten ihr Wissen und ihre Erfahrungen zusammengetragen;
- wurden Interviews mit Verbänden z. B. von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychischer Kranker, mit Kommunen, Anbietern von Hilfeleistungen, Kostenträgern und vielen anderen mehr geführt.
- Besonders wichtig waren uns auch die Impulse für eine mögliche Weiterentwicklung der psychiatrischen Landschaft in Niedersachsen, die aus diesen Beratungen und Gesprächen abgeleitet werden konnten.

Wenigstens ein Viertel der Gesamtbevölkerung, auch in Niedersachsen, weist bezogen auf einen Einjahreszeitraum psychische Störungen auf.

Psychische Störungen manifestieren sich vor allem in der Interaktion mit einem konkreten sozialen Umfeld. Wir werden, auch wenn wir psychisch gesund sind, somit zwangsläufig in solche Interaktionsprozesse einbezogen: als Angehörige, als Nachbarn, als Kollegen.

Der Göttinger Psychiater Ulrich Venzlaff formulierte bereits 1970, ein „Gradmesser der Wahrhaftigkeit einer humanistischen Gesinnung eines Volkes“ sei „der Standard seiner Fürsorge für psychisch Kranke“.

Dem folgend muss es ein besonderes Anliegen des Staates, und folglich des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sein, diesen Standard der Hilfen für psychisch Kranke immer wieder erneut auf den Prüfstand zu stellen. Entscheidende konzeptionelle Bezugspunkte und Anstöße stellten in einem solchen Kontext die „Psychiatrie-Enquête“ (1975) und die „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) sowie – für Niedersachsen – die „Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ des Niedersächsischen Sozialministeriums (1993) dar.

Die genannten Untersuchungen und Berichte haben in der Praxis eine stetige Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande bewirkt.

Bestandsaufnahmen sind die Grundlage für die Weiterentwicklung von fortschrittlichen Konzepten.

Deshalb haben wir entsprechend der Koalitionsvereinbarung der Landesregierung Niedersachsen vom Februar 2013 den Landespsychiatrieplan Niedersachsen erstellt, der hoffentlich ebenso viel bewirken wird wie die bereits genannten Berichte.

Nun zu den Inhalten des Landespsychiatrieplans Niedersachsen!

Zuallererst ist hier der Präventionsgedanke zu nennen, denn es gibt eine ganze Reihe von Instrumenten, die die Resilienz – also die Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Belastungen – verstärken können.

Es ist auch notwendig, das Wissen über psychische Erkrankungen breiter in die Öffentlichkeit zu tragen und damit eine höhere Sensibilität zu erreichen. Denn: Die

Behandlung psychischer Erkrankungen kann sehr viel effektiver gestaltet werden, wenn diese frühzeitig erkannt wird.

Die demographische Entwicklung und die zunehmende Abwanderung der ländlichen Bevölkerung – zumindest der Jüngeren – in Städte, führen oft zu einer Konzentration der Behandlungsangebote in Ballungsräumen, wohingegen der Zugang zu Hilfen für psychisch Kranke in peripheren Regionen oft mühsam und zeitaufwändig ist. Wir müssen deshalb solche Konzepte besonders in den Blick nehmen, die psychiatrische Behandlungsangebote auch in die Fläche bringen.

Das stationäre Behandlungsangebot ist heute differenziert und die Klinikbetten sind meist sehr gut ausgelastet. Manche stationär-psychotherapeutischen Angebote können für die Nutzer sogar regelrecht zu verlockend sein. Wir müssen aber stets den Grundsatz „ambulant vor stationär“ beachten und das Augenmerk auf einen weiteren Ausbau wohnortnaher Angebote richten.

Dabei ist gerade auch die Vernetzung mit den Hausärzten mit den weiteren Hilfsangeboten vor Ort zu fördern.

Wir müssen auch an die Angehörigen und Bezugspersonen denken, die oft erste Ansprechpartner bei neu oder erneut auftretenden Symptomen einer psychischen Erkrankung sind.

Es ist wichtig, das Wesen der Erkrankungen und die Fertigkeiten im Umgang damit zu vermitteln. Wir unterstützen daher die Selbsthilfe psychisch Kranker. „Partizipation und Selbsthilfe“ sind in diesem Kontext die Schlagworte, die stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit geraten sollen.

Es ist nötig, dass die vorhandenen Angebote in den Regionen gut koordiniert werden. Hier sind die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. die Sozialpsychiatrischen

Verbünde gefragt. Gerade die sozialpsychiatrischen Dienste sind ein wesentlicher Baustein für das Gelingen einer wohnortnahen psychiatrischen Versorgung.

Hierfür brauchen wir besonders engagierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ausreichender Anzahl vor Ort. Das setzt eine attraktive Ausgestaltung der Arbeitsplätze voraus. Sie können den Keim für die Entstehung gemeindepsychiatrischer Zentren bilden – Stichwort multiprofessionelle aufsuchende Teams mit Krisenhilfe.

Verschiedene Bereiche der Psychiatrie sind in ihren Besonderheiten zu erfassen und zu berücksichtigen: die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Erwachsenenpsychiatrie, die Alterspsychiatrie, die Suchtbehandlung, die Psychosomatik und auch die Forensische Psychiatrie.

Deshalb haben wir im Jahr 2014 die Erstellung eines Landespsychiatrieplans Niedersachsen ausgeschrieben und nach einem öffentlichen Vergabeverfahren im Juli 2014 die Bietergemeinschaft Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheitswesen mbH – FOGS/ceus consulting, Köln, beauftragt.

Zahlreiche Expertinnen und Experten haben ihr Wissen und ihre Erfahrungen zusammengetragen. Interviews mit Verbänden z. B. von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychischer Kranker, mit Kommunen, Anbietern von Hilfeleistungen, Kostenträgern und vielen anderen mehr wurden geführt, um ein möglichst umfassendes Bild der aktuellen Versorgungssituation in Niedersachsen erstellen zu können.

Besonders wichtig waren uns auch die Impulse für eine mögliche Weiterentwicklung der psychiatrischen Landschaft in Niedersachsen, die aus diesen Beratungen und Gesprächen abgeleitet werden konnten.

Wir werden im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zwei Planstellen zur Verfügung stellen, die die Umsetzung des Landespsychiatrieplans befördern sollen. Dazu gehört z. B. die Zusammenarbeit und der Austausch mit den Beteiligten im Gesundheitswesen. Dazu gehört auch, dass relevante Daten für weitere Planungen im Sinne einer effektiven Psychiatriebericht-erstattung erhoben werden sollen.

Wir wollen, dass die Anregungen des Psychiatrieplans gelebt werden. Er ist zunächst auf zehn Jahre angelegt und wir wollen sofort damit beginnen.

Projekte aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie werden bereits in 2016 finanziell gefördert. Im Bereich des Maßregelvollzugs wird an einer schleunigen Verbesserung der Zusammenarbeit und des Wissenstransfers gearbeitet, auch um den Schutz der Bevölkerung zu erhöhen.

Wir erfassen auf der anderen Seite sehr konsequent Zwangsmaßnahmen gegenüber psychisch Kranken, wo diese unvermeidlich geblieben sind. Ziel ist, deren Anzahl soweit als möglich zu reduzieren.

Wir freuen uns, Ihnen heute diesen Psychiatrieplan vorstellen zu können. Wir sind so vorgegangen, dass wir die wesentlichen Aussagen in einer Broschüre zusammengefasst haben, die Sie heute in Händen halten. Die Fülle der Daten, die uns zu diesen Aussagen geführt haben, stellen wir in einer pdf-Version zum Download auf unserer Homepage zur Verfügung.

Näheres zum Landespsychiatrieplan wird Ihnen gleich Prof. Dr. Schmid von FOGS/ceus-consulting vorstellen.

Ich danke allen Mitgliedern der Fachkommission für ihre umfangreiche Mitarbeit und das Einbringen der verschiedenen Blickwinkel und Aspekte, die zu beachten und zu bedenken sind. Unser gemeinsames Ziel, die Betreuung, Behandlung und

Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kontinuierlich zu verbessern, haben Sie alle dabei stets im Blick gehabt.

Ich danke Ihnen für die konstruktive Mitarbeit.

2.2 Grußwort der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, vertreten durch Herrn Professor Dr. Hubert Meyer, anlässlich der Vorstellung des Landespsychiatrieplans Niedersachsen am 30.05.2016, 10.15 Uhr, Akademie des Sports

Sehr geehrte Frau Ministerin,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst freue ich mich darüber, dass die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände für die heutige Veranstaltung um ein Grußwort gebeten worden ist. Dem komme ich auch im Namen der beiden gemeindlichen Spitzenverbände gern nach. Diese Beteiligung hätten wir uns vom Ministerium allerdings bereits im Zuge der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans gewünscht. Es war jedoch ein relativ holperiger Weg bis dorthin. Wenn soeben von einer schwierigen Geburt gesprochen worden ist, müssen wir feststellen, dass uns die Schwangerschaft weitgehend verborgen geblieben ist. Damit will ich es aber bewenden lassen und mich kurz dem Ergebnis und den sich daraus stellenden Herausforderungen zuwenden.

Das Handeln im psychiatrischen Versorgungssystem gehört zur Daseinsfürsorge wie die Leistungen der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und vieler anderer sozialen Bereiche. Es ist somit Teil unseres kommunalen Gemeinwesens. Diese Feststellung im Landespsychiatrieplan teilen wir uneingeschränkt und wir nehmen sie wie den Bericht selbst sehr ernst.

Doch was bedeutet dies konkret für die kommunale Ebene in Niedersachsen wie auch für die weiteren verantwortlichen Akteure in diesem ausdifferenzierten Aufgabenfeld?

Die Landkreise, die Region Hannover und die kreisfreien Städte sind Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dort haben den besten Überblick über die Situation vor Ort, sowohl was die betroffenen Menschen

angeht aber auch hinsichtlich der vorhandenen oder auch fehlenden Betreuungs- bzw. Behandlungsangebote.

Trotz ihrer zentralen Aufgabenstellung sind die Handlungsmöglichkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste beschränkt; sie sind auf die Kooperationswilligkeit einer Vielzahl von Stellen im System angewiesen. Diese Zusammenarbeit ist mancherorts noch ausbaufähig, das betrifft unter Umständen sogar Strukturen in der eigenen Verwaltung. Hier sollte sich eine Verbesserung erreichen lassen, dem werden wir uns jedenfalls stellen. Auch das im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie aufgezeigte Kooperationserfordernis erkennen wir unbestritten an.

An Grenzen stößt die kommunale Ebene jedoch bei der Versorgung hilfebedürftiger Menschen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies ist auch die leidvolle Erkenntnis der Landespolitik. In diesem Bereich werden insbesondere von den Landkreisen zunehmend Versorgungslücken bzw. viel zu lange Wartezeiten beklagt. Darin sehen wir eine maßgebliche Ursache für den permanenten Anstieg der stationären Behandlungen psychisch erkrankter Menschen wie der Unterbringung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung.

Im Interesse der betroffenen Menschen kann aber die Lösung der vertragsärztlichen Versorgungsdefizite nicht dauerhaft darin bestehen, jährlich die Betten in der Psychiatrie und Psychosomatik zu erhöhen und neue Wohnheime und Werkstätten für Menschen mit einer seelischen Behinderung zu bauen.

Was wir brauchen sind medizinisch und pädagogisch sorgfältig aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungskonzepte mit der Zielsetzung, psychisch erkrankte Menschen vor Ort in ihrem sozialen Umfeld aufzufangen, zu stabilisieren und so lange wie nötig bedarfsgerecht zu versorgen. Unser sektorales Sozialleistungssystem stellt hierfür bekanntermaßen nicht die optimalen Rahmenbedingungen, unterbindet es aber auch nicht von vornherein.

Wir haben die Botschaft des Landespsychiatrieplans auch als Appell an alle Verantwortlichen verstanden, sich gemeinsam ihrer jeweils gesetzlich zugewiesenen Aufgabe zu stellen, mögliche Eigeninteressen zu überwinden und lösungsorientiert zu Gunsten der Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung zusammenzuarbeiten. Die Landkreise und kreisfreien Städte sind hierbei vielfältig berührt und bereit, sich in die vor Ort zu gestaltenden Prozesse aktiv einzubringen.

Mit der Vorlage des Berichts, der unseres Wissens landesweit auf große Akzeptanz und Zustimmung gestoßen ist, besteht aus unserer Sicht die Chance, diese durchaus gewagte Herausforderung anzunehmen. Dabei kommt dem Land in unterschiedlicher Funktion eine maßgebliche Rolle zu.

Wir sind daher sehr gespannt auf die Aktivitäten des Landes zur Umsetzung der Empfehlungen des Berichts und bieten unsere Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Mitarbeit nochmals ausdrücklich an.

Ich muss mich wegen eines Staatssekretärsgespräches leider verabschieden und wünsche der Zusammenkunft weiterhin gutes Gelingen.

2.3 Zentrales Flüchtlingsmanagement in der Stadt Oldenburg

Autor: Daniel Stellmann, Zentrales Flüchtlingsmanagement

Als Reaktion auf die steigenden Herausforderungen in Verbindung mit der Unterbringung und Integration von Flüchtlingen in der Stadt Oldenburg, verfügte Oberbürgermeister Jürgen Krogmann am 01.03.2016 die Schaffung eines neuen Amtes mit dem Namen „Zentrales Flüchtlingsmanagement“.

Die strategische Planung, die Unterbringung der Flüchtlinge und die Koordination aller mit Flüchtlingen befassten Stellen in der Stadt sind die wesentlichen Aufgaben des Amtes unter Leitung von Ingo Tulodetzki. Das Zentrale Flüchtlingsmanagement koordiniert und plant die verschiedenen Aufgaben im Bereich der Flüchtlingsarbeit und bereitet strategische Entscheidungen vor. Aufgaben wie die Unterbringung, der Auszug in Wohnungen oder die Verwaltung der Spenden werden direkt in dem neuen Amt erfüllt, während die Aufgaben, die in dem Bereich der Flüchtlingsarbeit und Integration anfallen, weiterhin von den Fachleuten in den zuständigen Fachämtern erledigt werden.

Bis über das Jahr 2020 hinaus werden die Unterbringungskapazitäten für Flüchtlinge hochgerechnet und analysiert. Wöchentlich werden diese Hochrechnungen überprüft und angepasst. „Dadurch können wir erstmalig genau sagen, wann wir wieder tätig werden müssen. So können wir auch steuern, welche Betreiberverträge wir verlängern müssen, welche wir kündigen können, welche Objekte wir kündigen können und welche wir dauerhaft behalten wollen“, so Tulodetzki. Der Überblick verschafft Sicherheit und ermöglicht Synergieeffekte.

Eine große Herausforderung für die Stadt Oldenburg leitet sich aus den Nationalitäten der nach Oldenburg zugewiesenen Flüchtlinge ab. Über 75 % der Flüchtlinge haben eine hohe Anerkennungserwartung. Insbesondere Flüchtlinge aus dem Irak und Syrien bekommen kurz- bzw. mittelfristig ihre Anerkennung. Insgesamt sind aktuell rund 1.600 Flüchtlinge von der Stadt in Gemeinschaftsunterkünften, aber auch in dezentralen Wohnungen untergebracht worden. Für die Flüchtlinge mit

hoher Bleibeperspektive ist es wichtig, nach einer Eingewöhnungsphase möglichst selbst- und eigenständig zu wohnen. Das Zentrale Flüchtlingsmanagement erarbeitet aktuell eine Konzeption zur Umwandlung kommunaler Gemeinschaftsunterkünfte in Flüchtlingswohnheime. Das Ziel ist die Schaffung von geräumigeren und selbstständigeren Wohnsituationen für Flüchtlinge mit Aufenthaltsgestattung, um temporär den Zeitraum bis zur selbstständigen Anmietung von eigenem Wohnraum zu überbrücken. Die Stadtverwaltung legt großen Wert darauf, die räumliche Situation der Wohnheime der neuen Nutzungsart anzupassen. Es soll jedoch die Möglichkeit erhalten bleiben, die ursprüngliche Belegungssituation im Bedarfsfall ohne größere Baumaßnahmen wiederherstellen zu können.

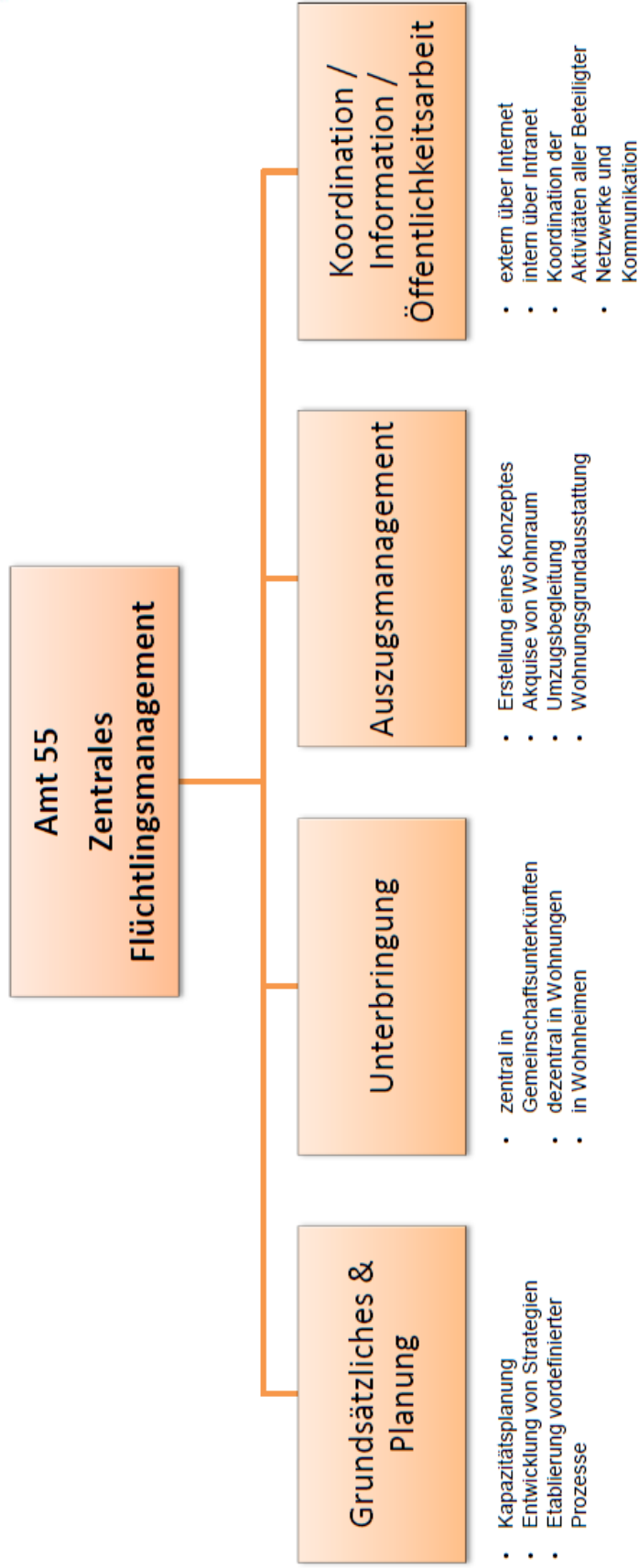
Anerkannte Flüchtlinge haben Anspruch auf Arbeitslosengeld II. Das Jobcenter übernimmt in diesen Fällen zwar die Kosten der Unterkunft, kann jedoch nicht bei der Suche nach geeigneten Wohnungen helfen. Aus diesem Grund gehört auch das Auszugsmanagement zu den Aufgaben des neuen Amtes. Dazu zählen unter anderem die Akquise von Wohnraum, die Vermittlung von Wohnungen, die Begleitung der Umzüge und die Beschaffung von Wohnungsgrundausrüstungen.

Ebenso gehört es zu den Aufgaben des Zentralen Flüchtlingsmanagements, die Aktivitäten aller Vereine, Institutionen und sonstigen im Bereich der Flüchtlingsbetreuung tätigen Organisationen zu koordinieren. „Wir wollen die Bildung von Netzwerken unterstützen und die Kommunikation zwischen den Beteiligten fördern“, erklärt Ingo Tulodetzki.

Auf Seite 19 finden Sie die grafische Übersicht der Aufgaben des Amtes für Zentrales Flüchtlingsmanagement.

Kontakt zum Autor:

Daniel Stellmann, Zentrales Flüchtlingsmanagement, Amalienstr. 2, 26135 Oldenburg



Ziele des Amtes sind die Straffung der Prozesse und das Erzielen von Synergieeffekten. Gleichzeitig bedarf es der Entwicklung von weiteren Strategien, die ein Flüchtlingsmanagement ermöglichen, das künftig neben allen humanitären auch betriebswirtschaftliche und städtebauliche Aspekte berücksichtigt.

2.4 Unabhängige Beschwerde - Stelle für die Psychiatrie in Oldenburg & umzu

Autorin: Bianka Gerdes, UBS

Die UBS ist neu in der BEKOS Oldenburg !!!

Lindenstraße 12 A, 26123 Oldenburg, Tel. 01573 1440401

E-mail: ubs-oldenburg@gmx.de

Wir über uns

Auf Initiative einer trialogisch besetzten Arbeitsgruppe – Betroffene, Angehörige und Professionelle – wurde am 27.06.2012 der Verein UBS OL & umzu e.V. gegründet.

Der Vorstand wie auch die Aktiven haben sich im Verlauf des letzten Jahres in der Personallage der UBS besprochen. Leider findet zu wenig Resonanz zur Mitarbeit in der UBS statt, so dass viel Tätigkeit auf dem Rücken Einzelner liegt und die eigentliche Arbeit der UBS erschwert wird..., somit sehen wir die Umwandlung in eine Selbsthilfegruppe, mit näherem und bekanntem Standort in der BEKOS, als eine neue Chance und sie ist von der Mitgliederversammlung einstimmig beschlossen.

Ab 2016 sind wir eine Selbsthilfegruppe. Wir suchen weiter Mitwirkende – auch professionell Tätige, die die Arbeit der UBS unterstützen. An den Voraussetzungen unserer Arbeit hat sich grundsätzlich nichts geändert.

In den letzten Jahren gab es viele Fortschritte in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Dennoch erleben Betroffene und deren Angehörigen immer wieder Konflikte, die nicht einvernehmlich gelöst werden können.

Die Arbeit der Beschwerdestelle dient der Qualitätssicherung im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung und Sicherung der Klienten- bzw. Patientenrechte. Durch Vermittlung soll ein ausgeglichenes Miteinander erreicht und eine zufriedenstellende Lösung für alle Beteiligten gefunden werden.

Es wurden Kooperationsvereinbarungen mit hiesigen Institutionen abgeschlossen. Die Beschwerdestelle arbeitet nach dem Konzept der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). Die UBS OL & umzu arbeitet ehrenamtlich, unabhängig, niedrigschwellig und parteilich im Interesse der BeschwerdeführerIn. Die Unterstützung ist respektvoll, kostenlos und unter Schweigepflicht. Persönliche Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Beschwerdestelle wird tätig, wenn die BeschwerdeführerIn dazu ihre schriftliche Einwilligung erteilt. Erstkontakt ist telefonisch, schriftlich, persönlich oder per Email möglich. Wir unterstützen gerne bei der schriftlichen Erstellung einer Beschwerde. Die Beschwerdestelle übernimmt keine Rechtsberatung. Wir tragen zu einer Schlichtung auf außergerichtlichem Weg bei. Die eingegangenen Beschwerden werden dokumentiert, so dass deutlich werden kann, in welchen Bereichen sich Beschwerden wiederholen.

JedeR – Betroffene, Angehörige, Professionelle, interessierte MitbürgerInnen ist eingeladen mitzumachen.

Unsere verlässlichen und für alle Interessierten offenen Treffen finden an jedem 3. Mittwoch im Monat von 17 bis 18:30 Uhr in den Räumen der BEKOS, Lindenstraße 12 A, 26123 Oldenburg, statt. – Info auch in der NWZ –
Die Telefonzeiten zur Beschwerdeannahme sind jeden Mittwoch von 18 – 19 Uhr.
Tel. 01573 1440401, Email: ubs-oldenburg@gmx.de

Weitere Infos auch unter BEKOS, Tel. 0441 884848

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

3 Leserbriefe

3.1 Nachwuchsgewinnung aus der Sicht der unabhängigen Selbsthilfe

Autorin: Sonja Schnurre

Das für den Versorgungsbereich Oldenburg zuständige Krankenhaus beschäftigt immer noch keine Peers; es wäre wünschenswert, dass betroffene und ehemals betroffene Genesungsbegleiter so in Lohn und Brot gebracht würden. Eine Qualifikation hierfür könnte die Absolvierung einer „Ex-In“-Ausbildung sein. Insbesondere an Schizophrenie Erkrankten würde somit die Absolvierung dieses Lehrgangs und die weitere Beschäftigung als Peer Verdienstmöglichkeiten bieten. Denn bei der Debatte um das Thema „Nachwuchsgewinnung“ wird leider zu oft aus den Augen verloren, dass schwer psychisch erkrankt geltende Menschen eben diesen „Nachwuchs“ darstellen und auch über Potential verfügen, welches leider allzu oft nicht abgerufen wird.

Weniger als jeder Fünfte mit einer schizophrenen Störung hat einen regelmäßigen Job. Dafür arbeiten aber leider weitere 20 % sogar in Behindertenwerkstätten – eine Studie im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychologie hat dies ergeben. Dabei sind nach einer Schätzung der Bundesagentur für Arbeit 52 % weiter grundsätzlich erwerbsfähig. Viele der an Schizophrenie Erkrankten jedoch kämen mit flexibleren Arbeitsmodellen auf dem Arbeitsmarkt zurecht. Kürzere Arbeitszeiten sowie Arbeitszeitkonten oder auch die Möglichkeit einer Home-Office-Beschäftigung könnten helfen.¹

Zudem sollte eine Reform der Hilfen zur Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt dazu führen, dass diese unbefristet gezahlt werden und ggf. die Beträge auch wesentlich höher sind als bislang. Ebenso ist nachzudenken über andere Formen finanzieller Anreize, psychisch Kranke einzustellen.

¹ (vgl. www.pharmazeutische-zeitung.de: „Studie: Psychisch Kranke oft arbeitslos“, 14.09.2015 und vgl. NWZ, 15.09.2015: „Psychisch Kranke oft arbeitslos“).

Da schwere psychische Erkrankungen meist einhergehen mit dem Verlust der für den Arbeitsmarkt relevanten Fähigkeiten, jedoch – als Menschenrecht – auch psychisch schwer Erkrankte auch auf dem Arbeitsmarkt durch ihre Behinderung nicht benachteiligt werden sollten und dieses vielfach einer Beschäftigung entgegensteht, wäre es sehr wünschenswert, dass, statt des Aufbaus von weiteren Tätigkeitsfeldern in den WfbM und der Gründung von Integrationsbetrieben die Gelder, die hierfür verwendet werden, in den Aufbau eines sozialen Arbeitsmarktes gesteckt würden – mit speziellen Anforderungen für seelisch Behinderte. Ein Sonderförderprogramm des Landes Niedersachsen hierfür wäre angemessen.

Auch die jetzigen in den WfbM „beschäftigten“ seelisch Behinderten sollten jedoch nicht vergessen werden.

Da die Möglichkeit des Budgets für Arbeit in Niedersachsen den meisten „Beschäftigten“ nicht bekannt und der Informationsbedarf sehr groß ist, auch für die Unternehmen, die gerne Arbeitsplätze/Praktika anbieten möchten, es sich jedoch meiner Erfahrung nach in Oldenburg kein interessierter Anbieter – aufgrund von zuwiderlaufenden eigenen Interessen – gefunden hat, als Träger einer solchen unabhängigen Beratungsstelle zu fungieren, wäre anzudenken, diese Beratungsstellen an die Reha-Servicestellen anzugliedern oder aber diese rein staatlich zu finanzieren und auch auszustatten.

Dieses ist dem häufig praktizierten Modell der Außenarbeitsplätze der WfbM vorzuziehen, da hier nicht derjenige „ausgesucht“ wird von übergeordneter Instanz für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern sich mit seinen Vorstellungen und Wünschen unabhängig und neutral beraten lassen darf.

Das SGB XII sollte dahingehend reformiert werden, dass auch Sozialhilfebeziehern die Möglichkeit zu von SGB XII finanzierten Praktika in den Betrieben ermöglicht wird. Auch sollten Bewerbungskosten von der Eingliederungshilfe übernommen

werden, um den Erkrankten die Möglichkeit zu bieten, sich auf die infrage kommenden und hin und wieder angebotenen Nischenjobs zu bewerben.

Weiterhin sollten Kommunen, Landkreise und Städte gesetzlich verpflichtet werden, Zuverdienstmöglichkeiten nach SGB XII zu schaffen. Die Veröffentlichung derselben in einer Internet-Börse wäre dabei sehr hilfreich, um die Eigeninitiative der Betroffenen zu stärken und allen die gleichen Chancen zu ermöglichen.

Das persönliche Budget könnte dahingehend weiterentwickelt werden, dass hier von freiberufliche Jobassistenten und Jobcoaches oder auch Bewerberbüros finanziert werden könnten.

Eine hohe Trägervielfalt in der Kommune ermöglicht eine Spezialisierung der Leistungsanbieter beim ambulant betreuten Wohnen. Viele Erkrankte werden jene Anbieter vorziehen, die sich als Schwerpunkt setzen, eine Verankerung des Erkrankten in der Gemeinde und in der Arbeitswelt zu erreichen im Sinne der Inklusion.

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

4 Schwerpunktthema „Prävention“

4.1 Einführung zum Schwerpunktthema „Prävention“

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

Beim letzten Sozialpsychiatrischen Forum, dem jährlichen Gesamttreffen des Verbundes, wurde „Prävention“ als neues Schwerpunktthema festgelegt. Dies auch, weil der Entwurf des neuen NPsychKG ausdrücklich vorsieht, dass der Sozialpsychiatrische Verbund auch für die Zusammenarbeit der Anbieter psychiatrischer Prävention und die Abstimmung der Präventionsangebote sorgen soll. Außerdem hat der Deutsche Bundestag am 18.06.15 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) verabschiedet.

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

Das bedeutet, dass hier unter dem neuen Schwerpunktthema z. B. auch die Früherkennung von psychischen Störungen und die Gesundheitsförderung fallen. Außerdem auch primäre, sekundäre und tertiäre Prävention und Verhaltensprävention genauso wie Verhältnisprävention. Des Weiteren kann der Individuelle-Ansatz genauso besprochen werden wie der Setting-Ansatz².

Zur Definition und Klärung der wichtigsten Begriffe in diesem Kontext möchten wir auch auf das Glossar des Internetauftritts des Bundesgesundheitsministeriums verweisen (<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praevention.html>).

² (vgl. GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention in der Fassung von 2014).

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

Kontakt zum Autor:

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

4.2 Erfahrungen aus dem Bereich der Prävention

Autorin: Friederike Sohn, Praxis für qualifiziertes Gesundheitsmanagement und Suchtfragen

Ich beschäftige mich seit meiner Praxisgründung in 2007 mit den einzelnen Facetten des Gesundheitsmanagements. Hierzu gehört nicht nur die Therapie psychischer Störungen und das Begleiten der betroffenen Menschen, sondern auch die Prävention bei Betroffenen und in Betrieben.

Was ist Prävention?

Das Wort Prävention kommt aus dem Lateinischen und wird aus dem Verb *praevenire* „zuvorkommen“ abgeleitet. Prävention „bezeichnet Maßnahmen zur Abwendung von unerwünschten Ereignissen oder Zuständen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreffen könnten, falls keine Maßnahmen ergriffen werden. Prävention setzt voraus, dass Maßnahmen zur Verfügung stehen, die geeignet sind, den Eintritt dieser Ereignisse zu beeinflussen. Der Begriff der Vorbeugung wird synonym verwendet. Prävention stellt meistens eine Form der Intervention dar.“ (vgl. Wikipedia)

Es werden verschiedene Formen der Prävention unterschieden: Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Viele Erkrankungen sind nicht angeboren, sondern werden im Laufe des Lebens erworben. Zahlreichen dieser Erkrankungen kann vorgebeugt werden oder sie sind durch Prävention günstig zu beeinflussen. Für die Unterscheidung, ob es sich um eine Maßnahme der primären, sekundären oder tertiären Prävention handelt, ist entscheidend, in welcher Phase einer drohenden Erkrankung sie ansetzt:

Die **primäre Prävention** zielt darauf ab, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Gerade „Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt), aber auch einige psychische Störungen (z. B. Depression) können in vielen Fällen durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise – unterstützt von gesundheitsfördernden

Lebensbedingungen – vermieden, verzögert oder in ihrem Verlauf günstig beeinflusst werden. Zu den begünstigenden Einflussfaktoren zählen u. a. die Vermeidung von Risikofaktoren wie Alkohol- und Nikotinkonsum, eine gesunde Ernährung mit viel Gemüse und Obst, wenig Fleisch und Alkohol, sportliche Aktivitäten und eine gute Stressbewältigung sowie das bewusste Nutzen eigener Ressourcen.

Maßnahmen der Primärprävention (Aufklärung, Erziehung, Information, politische Aktionen) können einzelne Personen ebenso wie bestimmte Personengruppen betreffen. Idealerweise sollten sie in einer möglichst frühen Lebensphase einsetzen.

Die **sekundäre Prävention** ist auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtet. Erkrankungen sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erkannt werden, um so eine frühzeitige Therapie einleiten zu können. Eine eindeutige Abgrenzung von primärer und sekundärer Prävention ist nicht immer möglich.

Die **tertiäre Prävention** hat das Ziel, einen Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten zu vermeiden und die Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern. Tertiäre Maßnahmen betreffen Menschen, die bereits an einer Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium leiden. Ziel ist, die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität weitestgehend wiederherzustellen bzw. zu erhalten, etwa durch Heilgymnastik oder Rehabilitationskuren.³

Verhaltens- und Verhältnisprävention

„In der Prävention lassen sich zudem zwei grundsätzliche Ansätze unterscheiden: Maßnahmen der Verhaltensprävention und Maßnahmen der Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention bezieht sich unmittelbar auf den einzelnen Menschen und dessen individuelles Gesundheitsverhalten. Hierunter fallen beispielsweise Maßnahmen, welche die eigene Gesundheitskompetenz stärken. Das Ziel dabei ist, Risikofaktoren durch Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Verhältnisprävention berücksichtigt

³ In Anlehnung an : <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praevention.html>

unter anderem die Lebens- und Arbeitsverhältnisse. Dazu zählen beispielsweise die Wohnumgebung und auch andere Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen können, so etwa das Einkommen und die Bildung.“⁴

Anstieg der psychischen Erkrankungen – immer mehr Arbeitsunfähigkeitserkrankungen und Frühberentungen

In den letzten Jahren steigen die psychischen Erkrankungen immer mehr an. Immer mehr Menschen sind infolge großer Beanspruchungen und Belastungen am Arbeitsplatz und in der Familie arbeitsunfähig wegen einer psychischen Erkrankung. Hierzu zählen Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Migräne u. a. aber auch typische Burnout Merkmale wie Erschöpfung, starke Antriebs- und Motivationslosigkeit usw. Laut des DAK-Gesundheitsreportes von 2015 haben etwa 3 Millionen Deutsche in 2014 verschreibungspflichtige Medikamente genutzt, um am Arbeitsplatz leistungsfähiger zu sein oder um Stress abzubauen.

Ein zentrales Ergebnis war, dass „die Anzahl der Arbeitnehmer, die entsprechende Substanzen schon zum Doping missbraucht haben, (...) in den vergangenen sechs Jahren stark gestiegen (ist, Anm. von mir) – von 4,7 auf 6,7 Prozent. Vor allem Beschäftigte mit einfachen Tätigkeiten oder unsicheren Jobs gehören zu den Risikogruppen für den Medikamentenmissbrauch.“⁵

Dies hat Folgen für die betroffenen Menschen, die versuchen, sich den Arbeitsverhältnissen anzupassen. Sie entwickeln daraus nicht selten eine Sucht oder starke Depressionen infolge eines Burnouts. So habe ich immer mehr Zulauf von solchen Menschen. Dies sind insbesondere solche, die noch nicht am Ende des Suchtkreislaufes angelangt sind oder in einer schweren Depression stecken, sondern noch mitten im Leben stehen und einer geregelten Beschäftigung nachgehen. Sie sind am Arbeitsplatz häufig noch unauffällig. Oft ist es der Partner/die Partnerin, der/die

⁴ Vgl.: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praevention.html>

⁵ Vgl. DAK Pressemitteilung 2015

ihn/sie aufgefordert hat, etwas zu verändern, ansonsten droht das Ende der Beziehung.

Laut Deutscher Rentenversicherung (2011) stehen psychische Störungen an erster Stelle der Frühverrentungen mit 39,3 %, gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (14,7 %), Neubildungen (13,3 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (10 %).

Dies sind alarmierende Zahlen, die sich auch in den psychotherapeutischen Praxen niederschlagen. Die Wartezeiten auf einen von der Krankenkasse bezahlten Therapieplatz betragen teils bis zu 2 Jahren. Viele haben jedoch nicht die Zeit, so lange zu warten. Sie wollen jetzt Hilfe! So habe ich immer mehr Zulauf von denjenigen, die einen Therapieplatz dringend suchen und ihn aus eigener Tasche zahlen können und wollen.

Hierbei sind vorrangige Störungsbilder Depressionen (oft durch Burnout ausgelöst) und Sucht. Neben dem Doping durch Medikamentenmissbrauch bietet sich für manche auch der Alkohol oder andere berauschende Drogen als vermeintlicher Problemlöser an, um „runterzufahren“ oder um besser einschlafen zu können. Viele Menschen versuchen sich, wie schon oben beschrieben, den Verhältnissen anzupassen, achten zu wenig auf ihre körperlichen Signale und überschreiten dauerhaft ihre eigenen Grenzen. Die Folge sind dann psychische Störungen.

Primärprävention nach § 20 SGB V

Die gesetzlichen Krankenkassen bezuschussen Angebote bei zertifizierten AnbieterInnen aus dem Bereich der Primärprävention. Hierzu gehören fünf Handlungsfelder: Gesundheitsbewusster Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Förderung des Nichtrauchens), Stressbewältigung, Entspannung, Ernährung und Bewegung. Ich selber bin zertifizierte Anbieterin in den Bereichen gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln (Nikotin, Alkohol), Stressbewältigung, Progressive Muskelrelaxation (Jacobson).

Solche Kurse dauern maximal 10 Wochen und können von allen gesetzlich Versicherten eigeninitiativ nach erfolgreicher Suche eines/einer entsprechenden Anbieters/in besucht und bei regelmäßiger Teilnahme von ihren Krankenkassen bezuschusst werden. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass sich ein Betrieb entscheidet, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ein solches Angebot seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu unterbreiten. Wenn der Betrieb dieses Angebot dann an die Pinnwand hängt, damit sich Interessierte eintragen können, wundert sich manch Arbeitgeber darüber, dass seine Mitarbeiter/innen lieber Feierabend machen, statt zum Angebot zu gehen und dass das gut gemeinte Angebot oft im Keim erstickt.

Dies hängt vor allem damit zusammen, dass hier am falschen Hebel angesetzt wird. Es darf nicht alleine nur um die Verhaltensprävention gehen. Es ist zwar richtig und wichtig, dass Menschen auch selber in Verantwortung gehen und das ändern, was sie ändern können. Hierzu zählen Glaubenssätze, Einstellungen und bestimmte Verhaltensweisen.

Verhaltens- und Verhältnisprävention müssen Hand in Hand gehen

Was nützt es jedoch, wenn jemand eine Entspannungsmethode erlernt und die Bedingungen sich nicht verändern, unter denen er oder sie arbeiten oder leben muss?! Wenn er/sie weiterhin ständig unterbrochen wird bei der auszuübenden Tätigkeit durch Telefon, dauernde Fragen oder er/sie ständig neue Arbeitsaufträge erhält, von ihm/ihr Multitasking abverlangt wird, die Zeit so eng getaktet ist, dass es kaum möglich ist, die Aufgabe gut zu bewältigen, wird der- und diejenige krank, der/ die versucht, dauerhaft dieser Arbeitsanforderung gerecht zu werden. Da nützen auch keine Stressbewältigungs- oder Entspannungskurse!

Ähnlich sieht es im privaten Bereich aus. Wenn jemand beispielsweise dauerhaft in einer unglücklichen Beziehung verharret, sich versucht anzupassen und dabei jedoch total unzufrieden ist, wird er/sie meistens irgendwann krank. Der Körper versucht sich der Situation anzupassen und steht unter Dauerstress. Es werden die

sogenannten Stresshormone Adrenalin, Cortisol und Noradrenalin ausgeschüttet und der Körper hat keine oder nur ungenügende Erholungspausen. Die Immunabwehr ist dauerhaft geschwächt und so kann es zu diversen Erkrankungen kommen – angefangen bei ständigen Erkältungen bis hin zum Burnout und zu chronischen Erkrankungen wie Asthma, Krebs usw. Auch hier nützen einzelne Maßnahmen wie gesundes Essen dauerhaft wenig, um nicht krank zu werden.

Krankheiten sind in der Regel multifaktoriell bedingt, d. h. es sind meist viele verschiedene Faktoren, die einen Menschen krank machen. So braucht der Mensch, der seine Gesundheit erhalten will, im Umkehrschluss auf vielen verschiedenen Ebenen ein gutes Zusammenspiel aller Faktoren und Lebensbereiche, nicht nur in einem einzigen.

Prävention kann dann von hohem Nutzen sein, wenn sie eingebettet ist in ein Gesamtkonzept, d. h. es darf nicht alleine nur um Verhaltensprävention gehen, sondern muss auch um die Verhältnisprävention gehen, also darum, dass auch die Verhältnisse, unter denen Menschen arbeiten und leben müssen, berücksichtigt werden. Wenn die Verhältnisse näher beleuchtet werden, ist es oft wenig verwunderlich, dass die Krankenstände so hoch sind.

Prävention muss von oben nach unten kommuniziert und gelebt werden. Wenn der/die Chef/in und der/die Abteilungsleiter/in selber mit gutem Vorbild vorangehen, selber an entsprechenden Angeboten teilnehmen und diese Angebote kommunizieren, wenn also eine Unternehmenskultur gelebt wird, in der es selbstverständlich ist, regelmäßig z. B. an Sportangeboten u. a. teilzunehmen, dann kann Prävention etwas sehr effektives und erfolgreiches sein, was die Menschen letzten Endes auch gesund erhält. Gerade im Hinblick darauf, dass das Rentenalter immer höher gesetzt wird, sollte ein/e Arbeitgeber/in Interesse daran haben, dass seine/ihre Mitarbeiter/innen auch gesund bleiben. Denn hohe Ausfallzeiten durch Krankheit und eine hohe Fluktuation bedeuten immer auch große finanzielle Einbußen und geben Hinweise auf ein eher schlechtes Betriebsklima und ungünstige Arbeitsbedingungen.

Eigenverantwortung stärken – Salutogenese und Resilienz

Nicht nur Betriebe, Schulen und andere Institutionen können eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Lebenskultur fördern, sondern auch jede/r Einzelne. Hierzu muss jedoch der Person auch klar sein, dass nicht andere für seine/ihre Situation verantwortlich sind, sondern er/sie selbst. Gerade bei Suchtkranken erlebe ich immer wieder, dass sie die Schuld an ihrem Verhalten oft anderen geben. So lange die Anderen schuld sind, verändert sich jedoch nichts! Es kann nicht gelingen, das eigene Leben zu meistern!

Folgendes Gedicht veranschaulicht sehr gut, wie wichtig es ist, die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen:

Ich gehe eine Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich falle hinein. Ich bin verloren...
Ich bin ohne Hoffnung.
Es ist nicht meine Schuld.
Es dauert endlos, wieder herauszukommen.

Ich gehe dieselbe Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich tue so, als sähe ich es nicht.
Ich falle wieder hinein.
Ich kann es nicht glauben,
schon wieder am gleichen Ort zu sein.
Aber es ist nicht meine Schuld.
Immer noch dauert es sehr lange, herauszukommen.

Ich gehe dieselbe Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich sehe es.

Ich falle immer noch hinein... aus Gewohnheit.

Ich weiß wo ich bin.

Es ist meine eigene Schuld.

Ich komme sofort wieder heraus.

Ich gehe dieselbe Straße entlang.

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich gehe darum herum.

Ich gehe eine andere Straße.⁶

Eigenverantwortlich zu handeln statt die Schuld für eigenes Versagen oder Misslingen auf andere zu projizieren, auch einen Plan B für Notfälle bereit halten, aus den eigenen Fehlern lernen und es noch einmal neu versuchen, Nachdenken über Lösungen, Ziele setzen, Alternativen bedenken, Freundschaften pflegen, andere in Lösungen einbeziehen, sich auf eigene Stärken besinnen, die Überzeugung, dass sich die Dinge zum Positiven wenden werden, Misserfolge nicht verallgemeinern, nicht aufgeben, neue Anläufe wagen, den (schmerzlichen) Tatsachen ins Auge blicken und die eigenen Emotionen zulassen, gehören zu den sogenannten sieben Säulen der Resilienz. Wenn es gelingt, diese Verhaltensweisen und Eigenschaften zu stärken, kann es auch gelingen, gesund zu bleiben. Damit ist Resilienz einer der Schutzfaktoren für Gesundheit.

Aaron Antonovsky erklärt mit seinem Salutogenesemodell, dass Gesundheit nicht gleich die Abwesenheit von Krankheit ist. Das Weglassen all der sogenannten Risikofaktoren wie fettes Essen, mangelnde Bewegung, Rauchen, Saufen usw. führt nicht zwangsläufig zur Gesundheit. Zum Leben gehören Krankheit, Leiden und Tod dazu. Sie sind dem Leben innewohnend und nicht die Ausnahme! Um gesund zu sein, braucht es eine ganze Reihe an Schutzfaktoren wie beispielsweise ein gutes

⁶ Aus: Tibetisches Buch vom Leben und Sterben

Krankenversicherungssystem, Frieden, materielle Sicherheit, Wissen, Selbstwertgefühl, Problemlösefähigkeit, Gelassenheit, Kohärenzgefühl, sicherer Arbeitsplatz, ein stabiles soziales Netz, Hobbys, Kreativität, Humor, Glaube, Durchhaltevermögen, Zeit haben für sich selbst, Urlaub, ausreichender Schlaf usw.

Wann kann Prävention besonders effektiv sein?

Wenn es gelänge, Prävention so zu gestalten, dass die Schutzfaktoren von Menschen gestärkt werden, gäbe es auch weniger psychische Störungen. Dies kann gelingen in einer menschenfreundlichen Arbeits- und Lebenskultur, in der der Fokus auf Zusammenarbeit statt Konkurrenz, auf Hilfsbereitschaft statt Einzelkämpfertum, auf Wertschätzung statt Missachtung und Entwertung liegt.

Dies bedeutet konkret, die Ressourcen der Hilfesuchenden zu stärken, gemeinsam zu überlegen, wie welche Ziele erreicht werden können, was es braucht, um sich wohl zu fühlen und wie der- oder diejenige dorthin gelangen kann.

Gerade der Wohlfühlfaktor ist ein guter Gradmesser für Gesundheit. Immer wenn sich Menschen wohlfühlen, geht es ihnen psychisch gut. Dies ist ein grundlegender Faktor für psychische **und** körperliche Gesundheit.

Prävention sollte möglichst früh beginnen, am besten schon im Kindergarten. Im Grundschulbereich gibt es verschiedene Präventionsprogramme. Eins der bekanntesten und größten ist das bundesweit durchgeführte Projekt „Klasse 2000“, das ich insgesamt fast 5 Jahre in Oldenburg und Umgebung durchgeführt habe. In der Mittel- und Oberstufe werden eher vereinzelt Präventionsveranstaltungen durchgeführt. Hier ist ein großer Bedarf an flächendeckender, kontinuierlicher und damit auch nachhaltiger Prävention gefordert, um an den Ergebnissen von „Klasse 2000“ anzuschließen.

In den Betrieben ist es häufig wie in der Mittel- und Oberstufe. Auch hier werden oft nur sporadisch Veranstaltungen durchgeführt, wenn nichts anderes mehr geht. Es

wäre sinnvoll und notwendig, präventive Veranstaltungen kontinuierlich und konsequent über das gesamte Arbeitsjahr immer wiederkehrend durchzuführen. Wie schon weiter oben beschrieben, muss dies im Unternehmen entsprechend gelebt und kommuniziert werden.

Meine Arbeitsweise

Sowohl in den Therapien als auch in den Betrieben versuche ich dies immer wieder deutlich zu machen, so dass meine Arbeitsweise vor allem in der Stärkung von Ressourcen und der systemischen Lösungsorientierung liegt, d. h. im Lebens- und Arbeitssystem des/der Einzelnen. Die Systeme, in denen sich die Menschen bewegen, müssen dabei mitberücksichtigt und angesehen werden. In welchen Kontexten bewegt sich XY? Wie verhält er/sie sich in der konkreten Situation? Wann tritt das unerwünschte Verhalten (die Störung) auf? Wann tritt es nicht auf? Gibt es Ausnahmen? Hat jemand Vorteile, wenn XY sich so verhält? Wer hätte Nachteile dabei? Was wäre der Vorteil, das unerwünschte Verhalten weiter aufrecht zu erhalten? Daraus kann eine bestmögliche Lösung erarbeitet werden.

Oft kann es auch sinnvoll sein, eine Entspannungsmethode zu vermitteln, beispielsweise die Progressive Muskelrelaxation (Jacobson) oder das Autogene Training. Diese biete ich entweder in die Therapien ein oder die Aufsuchenden melden sich speziell zu solch einer Methode an.

Zielgruppen meiner Arbeit sind insbesondere süchtige Menschen (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen), aber auch diejenigen mit allen anderen psychogenen Störungsbildern.

In den Betrieben arbeite ich mit allen darin befindlichen Systemen, also Führungskräften, Geschäftsführung und Angestellten. Bei einer guten Vernetzung und Kommunikationskultur kann es auch in Betrieben gelingen, die Ressourcen der Mitarbeiter/innen zu stärken und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Menschen gesund und leistungsfähig bleiben können.

Kontakt zur Autorin:

Friederike Sohn, Dipl.-Pädagogin, Systemische Familientherapeutin, HP-Psychotherapie (HPG), Praxis für qualifiziertes Gesundheitsmanagement und Suchtfragen

Ludwig-Erhard-Str. 7 A, 26131 Oldenburg

Telefon: 0441 7705953

Mail: praxis.gesundheit.sucht@t-online.de

www.praxis-gesundheit-sucht.de

4.3 Präventionsrat Oldenburg

Autorin: Melanie Blinzler,
Geschäftsführerin Präventionsrat



„**Eine ganze Stadt macht Prävention**“. Mit diesem Leitbild arbeitet der Präventionsrat Oldenburg (PRO) als Netzwerk in Oldenburg für die Verhinderung von Gewalt und Kriminalität, für ein tolerantes und akzeptierendes Zusammenleben, für die Vorbeugung individueller Problemlagen (z. B. Sucht, Opfer-Werden im Internet und weitere) und für eine Stadt, in der Kinder und Erwachsene selbstbewusst und solidarisch aufwachsen und leben können.

In den bisher 16 Jahren seines Bestehens konnte der Präventionsrat mit mehr als 300 bürgerschaftlich Engagierten bereits über 200 Projekte und Maßnahmen für Prävention in Oldenburg realisieren. Dass der PRO in Niedersachsen als Leuchtturm gilt, liegt neben dem Engagement der BürgerInnen auch an der Verbindung mit der Stadt Oldenburg: Ein von allen Parteien im Konsens getragener politischer Entschluss zur Einrichtung eines Präventionsrates in Oldenburg (am 17.02.1998) und die kontinuierliche Kooperation mit vielen Stellen der Stadtverwaltung ermöglicht bis heute, dass sich das Engagement für Prävention immer weiter stärken ließ.

Wie funktioniert der PRO?

Prävention im Rahmen der Kommune ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Damit wird sie auch zum Querschnittsthema, was sich in der Zusammensetzung des Netzwerkes PRO widerspiegelt: Darin vertreten sind ehrenamtlich tätige Bürgerinnen und Bürger, Vereine, Verbände, Behörden, Institutionen, Unternehmen, Arbeitsgemeinschaften und Organisationen. 78 Mitglieder des Netzwerkes verbindet das Ziel, individuellen und gesamtgesellschaftlichen Gefahren bzw. Schädigungen vorzubeugen und im Falle eingetretenen Schadens Schlimmeres zu verhindern. Durch das Zusammenwirken im Netzwerk ergänzen sich das jeweilige berufliche und das bürgerschaftliche Engagement. Durch die Verbindung von Fach-Wissen und Bürger-Engagement werden vorhandene Ressourcen koordiniert und weitere erschlossen sowie relevante Themen frühzeitig erkannt.

Die Stadt Oldenburg stellt die Infrastruktur (Geschäftsstelle und Personal) zur Verfügung. Dank dieser Infrastruktur ist es möglich, die elf Arbeitskreise sowie weitere Initiativen im Sinne der Prävention zu unterstützen und auch neue Themen zu erarbeiten. Das Netzwerk PRO hat einen ehrenamtlichen Vorstand, Schirmherr ist der Oberbürgermeister. Eine Lenkungsgruppe trifft Entscheidungen über zu bearbeitende Anliegen und zu fördernde Aktivitäten. Die Lenkungsgruppe setzt sich zusammen aus dem Vorstand, der Geschäftsstelle, den Leitungen der Arbeitskreise und BeraterInnen, das sind VertreterInnen der Stadt Oldenburg, der Seniorenvertretung und der Bürgervereine sowie der Bundespolizei.

Das Netzwerk PRO hat außerdem einen Förderverein. Dieser hat einen ehrenamtlichen Vorstand und wirbt Mittel ein, um die Finanzierung präventiver Maßnahmen zu ermöglichen. Dank der Absicherung der Infrastruktur durch die Stadt geht jeder eingeworbene Cent direkt in die Präventionsangebote. Unterstützt werden präventive Angebote, die sich aus dem Netzwerk PRO entwickeln, aber auch Projekte anderer Anbieter. Eingehende Anträge werden von der Lenkungsgruppe des PRO fachlich geprüft. Im Falle des positiven Ergebnisses werden sie dem Vorstand des Fördervereins vorgelegt, der die finanzielle Seite prüft und entscheidet. Die Mitglieder des Fördervereins unterstützen die Arbeit des Vorstands durch ihre Mitgliedsbeiträge, häufig auch durch aktives Engagement im Netzwerk PRO.

Wie kann man sich im PRO engagieren?

Die Mitgliedschaft im Förderverein ist eine sehr gute Möglichkeit, Prävention zu unterstützen. Darüber hinaus kann man sich sowohl im Förderverein als auch im Netzwerk PRO aktiv engagieren. Vorrangig findet das Engagement in unseren Arbeitskreisen statt. Das sind aktuell die Arbeitskreise Familie und Kinder, Graffiti, Häusliche Gewalt, Kriminalprävention, Medien (Schwerpunkt Internet), Religionen, Schule, Senioren, Sport, Sucht und Zivilcourage.

Möglich ist außerdem ein Engagement im Rahmen weiterer Projekte (z. B. der Lebendigen Bibliothek).

Was wird konkret unterstützt?

Die Liste der Projekte und Maßnahmen ist inzwischen sehr lang, weswegen an dieser Stelle lediglich langjährige Projekte genannt werden. Weitere Einblicke in die aktuelle Arbeit sind möglich unter www.pro-ol.de

Die Arbeit an und mit Oldenburger Schulen ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit des Präventionsrates. Das Programm **Klasse 2000** wird eingesetzt zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtprävention während der Grundschulzeit. Es vermittelt Wissen über eine gesunde Lebensführung und den eigenen Körper und fördert die Sozialkompetenz. Für weiterführende Schulen unterstützt der PRO das Programm **Lions Quest** (Erwachsen handeln, Erwachsen werden), das sich der Lebenskompetenz-, Toleranz- und Demokratieförderung widmet.

Handwerkszeug für Kinder wird durch die Evangelische Familienbildungsstätte angeboten. Das Programm fördert die sozialen Kompetenzen der Kinder und unterstützt ihre persönliche Weiterentwicklung. Ein zentraler Punkt des Programms ist die Förderung der Gemeinschafts- und Konfliktfähigkeit.

Das Projekt **Balu und Du** fördert Grundschulkinder im außerschulischen Bereich. Jedem Mogli (Kind) wird ein Jahr lang ein Balu (StudentIn) an die Seite gestellt. In der gemeinsam gestalteten Freizeit werden stabile emotionale Beziehungen möglich, die die Entwicklung von Lebenskompetenzen stärken und die Moglis vielfach bereichern. In Oldenburg wird das Projekt vom Kinderschutz-Zentrum umgesetzt, in Kooperation mit der Carl von Ossietzky Universität und dem PRO.

Die Ausbildung von Lehrkräften zu SchulmediatorInnen wird seit zehn Jahren seitens des Fördervereins des PRO unterstützt. Im Netzwerk PRO spielen außerdem die weitere Entwicklung der **Gewaltprävention an Schulen** (z. B. mit Fair kann mehr) und die Begleitung der ausgebildeten SchulmediatorInnen sowie der SchülerstreitschlichterInnen eine große Rolle.

Der **Oldenburger Präventionstag** ist ein jährlich stattfindender Fach- und Informationstag zu einem Thema der Prävention. Er wird/wurde in 2016 bereits zum elften Mal unter dem Titel „Tu was – KiTas sind gefordert – mit Eltern zusammenarbeiten und Kinder schützen“ angeboten. In der Regel sind es die Arbeitskreise des PRO, die den Fachtag gestalten und in Kooperation mit der Geschäftsstelle realisieren.

Der Internationale Tag zur Beseitigung von **Gewalt gegen Frauen**, der 25. November jeden Jahres, wird genutzt, um im Sinne des Opferschutzes das Thema zu enttabuisieren und hilfreiche Aufklärung zu bieten.

Die **Lebendige Bibliothek** ermöglicht BürgerInnen im persönlichen Gespräch eigene Vorurteile und Vorstellungen über bestimmte Personengruppen zu prüfen. Die Menschen, denen man sonst nicht begegnet, stehen als „Bücher“ zur Verfügung und lassen sich befragen.

Wiederholend stattfindende Angebote sind z. B. die Informationsabende zur Steigerung der **Medien-Kompetenz** anlässlich des jährlichen Safer Internet Day.

Veranstaltungen zur **Zivilcourage** finden in wechselnden Formaten statt. Die Themen Gewaltprävention und Zivilcourage sind zwei Seiten einer Medaille und dienen der Präventionsarbeit des PRO als roter Faden.

Angebote aus dem Bereich der kulturellen Bildung und dem Sport sind ebenfalls regelmäßig auf „der Liste“ der Lenkungsgruppe und des Fördervereins. Sowohl die kulturelle Bildung als auch der Sport gelten als bedeutende Methoden zur Erreichung von Zielen in der Prävention.

Einen detaillierten Überblick zur Arbeit des PRO gibt im Rückblick auch der jährlich erscheinende Jahresbericht. Er kann auf der Webseite des PRO abgerufen werden.

Kontakt zur Autorin:

Präventionsrat Oldenburg e. V., Stau 73, 26122 Oldenburg

Tel. 0441 235-3611, Fax 0441 235-3612, E-Mail: praeventionsrat@stadt-oldenburg.de
www.praeventionsrat-oldenburg.de

4.4 Das Präventionsangebot des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Oldenburg, Fachdienst Jugend und Gemeinwesenarbeit.

Autor: Mario Mohrmann, Fachdienst Jugend und Gemeinwesenarbeit

Gemäß §14 Sozialgesetzbuch (SGB) VIII ist es Aufgabe des Amtes für Jugend und Familie, den erzieherischen und gesetzlichen Kinder- und Jugendschutz wahrzunehmen.

In der Stadt Oldenburg übernimmt dies, neben der Koordinierungsstelle Kinder- und Jugendschutz, der Fachdienst Jugend und Gemeinwesenarbeit des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Oldenburg, Arbeitsbereich „Kinder- und Jugendschutz“.

Ziel ist es, Kinder und Jugendliche vor schädlichen Einflüssen zu bewahren, die sie in ihrer Entwicklung beeinträchtigen können. Daneben sollen Kinder und Jugendliche in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit positiv verstärkt werden. Des Weiteren ist es Aufgabe des Kinder- und Jugendschutzes, Eltern und andere Erziehungsbeauftragte bei ihren Erziehungsaufgaben zu unterstützen und sie zu befähigen, Kinder und Jugendliche vor Einflüssen zu schützen, die sie in ihrer Entwicklung beeinträchtigen könnten.

Hier setzen die Präventionsangebote des Kinder- und Jugendschutzes an. In erster Linie ist es Aufgabe des erzieherischen Jugendschutzes, geeignete Präventionsangebote anzubieten bzw. geeignete Angebote an den jeweiligen Adressaten zu vermitteln. Aber natürlich hat auch der gesetzliche Jugendschutz präventiven Charakter. Bei Kontrollen werden die jeweiligen Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, Volljährige und Gewerbetreibende) gezielt angesprochen und können so im direkten Kontext unmittelbar auf jugendschutz-relevante Themen aufmerksam gemacht werden.

Daneben fungiert der Fachdienst als Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger (zumeist Eltern, aber auch Lehrpersonal oder andere Betreuungspersonen) bei Fragen

zu allen Arbeitsfeldern der Prävention für Kinder und Jugendliche. Stellt sich im Verlauf dieser Erstberatung ein Handlungsbedarf heraus, werden die Betroffenen an die zuständigen internen und externen Fachstellen vermittelt. Bei Bedarf an Präventionsangeboten zu den verschiedenen Bereichen, werden diese ebenfalls vermittelt, wenn kein eigenes Angebot möglich ist.

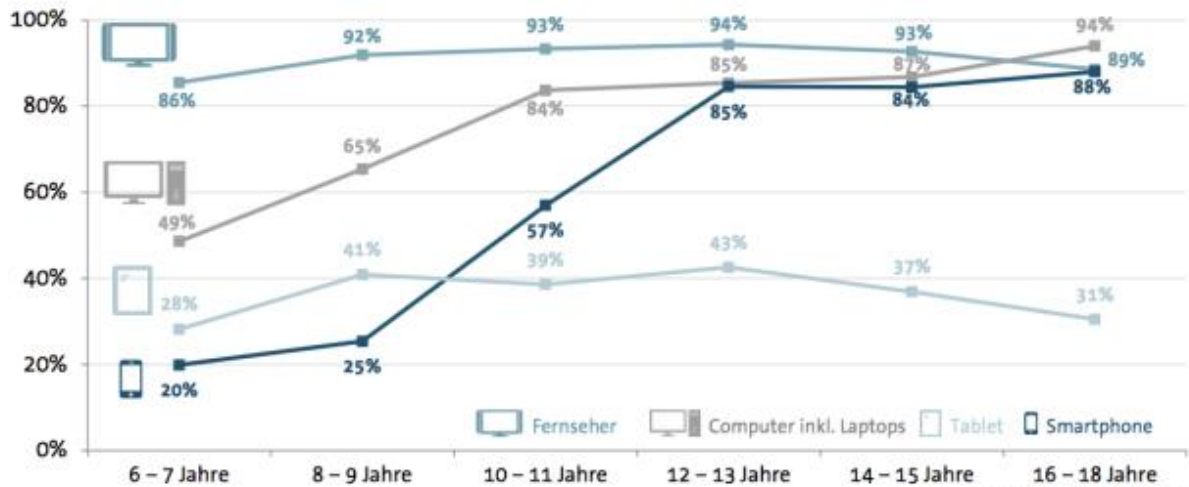
Erzieherischer Jugendschutz:

In den vergangenen Jahren ist ein deutlicher Schwerpunkt der angefragten Themen im Bereich Prävention zu erkennen, denn nahezu alle Anfragen bezogen sich auf das Themengebiet „Digitale Medien“. Hier gibt und gab es vielfältige Fragen zu den Bereichen „Soziale Netzwerke“ im Internet, Umgang mit dem Smartphone, Cybermobbing, Datenschutz, Schutz von Persönlichkeitsrechten im Internet, Urheberrechtsverletzungen, Medienkonsum von Heranwachsenden und Medienkompetenzvermittlung. Diese Fragen werden in Form von Workshops oder Informationsveranstaltungen für Schülerinnen und Schüler aller Jahrgänge und Schulformen aufgegriffen und thematisiert.

Da es ständig neue Strömungen und Techniken gibt, die direkten Einfluss auf das Medienverhalten und den Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen haben, ist der Bereich Jugendmedienschutz ständig in Bewegung, um mit der aktuellen Entwicklung Schritt halten zu können und um geeignete Präventionsangebote zu entwickeln. Exemplarisch ist die rasante Verbreitung von internetfähigen mobilen Endgeräten (Smartphones/Tablet-Computer) unter Kindern und Jugendlichen zu nennen (siehe Grafik).

85 Prozent der 12-Jährigen nutzen ein Smartphone

Welche der folgenden Geräte nutzt Du zumindest ab und zu?



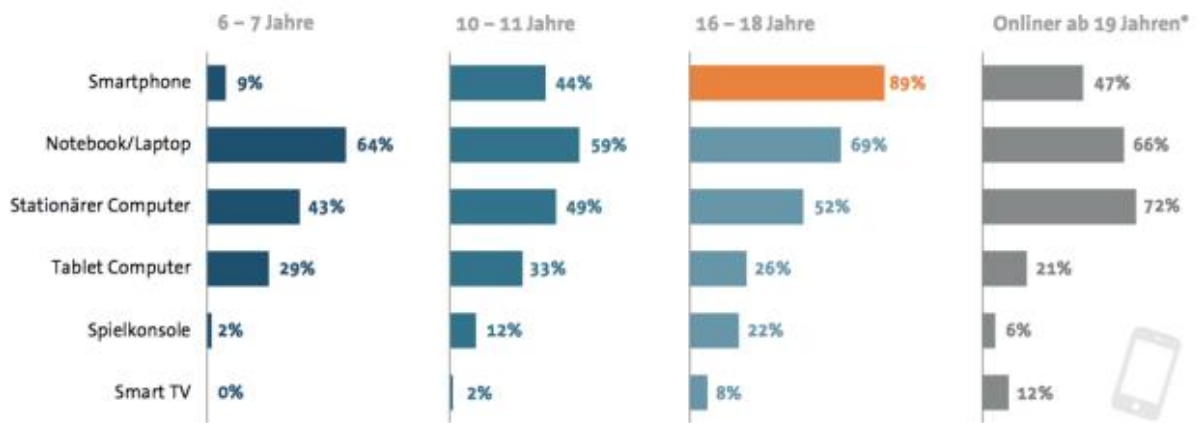
Mehrfachnennungen möglich
Basis: 6- bis 18-jährige Kinder & Jugendliche | N=962
Quelle: Bitkom Research



2

Smartphone wird wichtigster Zugang zum Internet

Mit welchen dieser Geräte gehst Du ins Internet?



Mehrfachnennungen möglich
Basis: 6- bis 18-jährige Internetnutzer | N=830, *Internetnutzer Gesamtbevölkerung | N=936
Quelle: Bitkom Research



4

Neben dem Angebot für Kinder und Jugendliche im Bereich Medien ist die Vermittlung von Medienkompetenz für die Zielgruppe der Eltern, Lehrerinnen und Lehrer ein wichtiger Baustein in der Prävention. So werden Infoveranstaltungen für Schülerinnen und Schüler nach Möglichkeit von Infoveranstaltungen für Eltern, Lehrerinnen und Lehrer (meist in Form von Elternabenden) flankiert.

Durch die Einbindung des Fachdienstes in verschiedene Arbeitskreise („Medien“ und „Sucht“ im Präventionsrat Oldenburg, Arbeitskreis „Sucht“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg) findet eine enge Vernetzung und ein ständiger fachlicher Austausch mit Institutionen aus Oldenburg statt. Überregional wird dies über die Zusammenarbeit mit der Landesstelle Jugendschutz in Hannover mit Fachpersonal aus ganz Niedersachsen gewährleistet.

Gesetzlicher Jugendschutz

Das Amt für Jugend und Familie kooperiert im gesetzlichen Jugendschutz eng mit der Polizeiinspektion Oldenburg/Ammerland und dem Amt für Sicherheit und Ordnung der Stadt Oldenburg.

Gemeinsam werden Jugendschutzkontrollen geplant und durchgeführt. Dabei handelt es sich auf der einen Seite um anlassunabhängige Routinekontrollen, bei denen einschlägige Lokalitäten (Diskotheken, Gaststätten und Spielhallen) aufgesucht werden, um die Einhaltung der Bestimmungen laut Jugendschutzgesetz stichprobenartig zu kontrollieren. Auch „informelle Treffpunkte“ im Stadtgebiet von Oldenburg hat der Jugendschutz im Blick. Dabei können die Jugendlichen direkt angesprochen und bei Bedarf niederschwellig auf jugendschutzrelevante Themen angesprochen werden. Besonders hier wird der präventive Charakter dieser Maßnahmen deutlich.

Daneben suchen Mitarbeiter des Amtes für Jugend und Familie regelmäßig alle Verbrauchermärkte, Kioske, Spielhallen und Videotheken im Stadtgebiet Oldenburg

auf. Die jeweiligen Betreiber bzw. deren Angestellte werden bei diesen Gelegenheiten in Gesprächen für den Jugendschutz und für eine geeignete Prävention sensibilisiert. Daneben wird die Einhaltung der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes in den Geschäften und Lokalitäten kontrolliert. Unklarheiten und aktuelle Fragen der betroffenen Personengruppen zum Jugendschutzgesetz und dessen Auslegung und Anwendung im Geschäftsalltag werden bei diesen Besuchen immer wieder aufgenommen und thematisiert. Auch dies ist ein wichtiger Bestandteil der präventiven Arbeit des Kinder- und Jugendschutzes.

Bei Großveranstaltungen im Stadtgebiet Oldenburg, wie z. B. Kramermarkt, Stadtfest, School`s out-Partys, etc., sowie an bestimmten Feiertagen (z. B. Himmelfahrt) wird ebenfalls Präsenz gezeigt, wobei das Ziel nicht unbedingt auf Repression durch das Verhängen von Bußgeldern bei Verstößen oder Platzverweisen liegt. Vielmehr wird versucht, durch rechtzeitige Ansprache der Adressaten problematischen Situationen im Vorfeld zu begegnen.

Kontakt zum Autor:

Mario Mohrmann, Stadt Oldenburg, Fachdienst Jugend und Gemeinwesenarbeit,
Von-Finckh-Str. 1, 26121 Oldenburg

4.5 Prävention aus Sicht der Gerontopsychiatrie

Autor: Dr. Thomas Brieden, Karl-Jaspers-Klinik

Das Fach Gerontopsychiatrie als Teilgebiet Klinischer Psychiatrie ist in den vergangenen Jahren aufgrund der Zahl zunehmender Demenzerkrankungen immer mehr in das Bewusstsein zumindest der Mediziner, aber auch der Bevölkerung gelangt. Leider verbinden die meisten Menschen mit Gerontopsychiatrie aber auch nur das Thema Demenz.

Über den demografischen Wandel der westlichen Industrienationen ist in den vergangenen Jahren viel geschrieben worden. Letztendlich bedeutet dieser Wandel, dass bei stagnierenden oder gar rückläufigen Einwohnerzahlen (wie z. B. in der Bundesrepublik) der relative und auch der absolute Anteil älterer und hochbetagter BürgerInnen zu Lasten der Anzahl der jüngeren Einwohner zunehmen wird. Diese Tatsache stellt nicht nur die Politik, sondern auch die Medizin vor vollkommen neue Herausforderungen.

Um es vorab klar zu sagen: noch nie gab es so viele gesunde, selbstständige und „fitte“ Ältere wie heute! Und noch nie war das soziale, sportliche und gesellschaftliche Angebot für diese Bevölkerungsgruppe größer als heute. Dennoch bringt bei vielen Menschen das Altern eben auch Einbußen bis hin zu manifesten Erkrankungen mit sich – körperliche wie seelische. Schon diese Formulierung sollte erkennen lassen, dass es mitnichten nur die dementiellen Erkrankungen sind, die unser Fachgebiet ausmachen, sondern vielmehr das gesamte Spektrum seelischer Erkrankungen, das sich von dem jüngerer Menschen kaum unterscheidet. Die Gerontopsychiatrie nimmt sich der seelischen Leiden und Erkrankungen dieser Menschen in besonderem Maße an.

Älter zu werden bedeutet oft, Verluste zu erleben. Krankheit und Tod des Partners, reduzierte Mobilität und Selbstständigkeit, das Angewiesensein auf Hilfe von Dritten, die Konfrontation mit eigener Schwäche und eigener Endlichkeit führt bei vielen älteren Menschen zur Ausbildung einer Depression. Dabei verbirgt sich die De-

pression wesentlich öfter als bei jungen Menschen hinter vermeintlich rein körperlichen Symptomen wie Unwohlsein, Schmerzen, Schwindel und anderen diffusen Beschwerden. Der Weg führt daher meistens erst zum Hausarzt oder anderen Fachärzten, bevor (oft erst nach monatelangem, manchmal jahrelangem Weg) eine Depression als möglicher Auslöser in Betracht gezogen wird. Die Gerontopsychiatrie kann hier frühzeitig helfen, eine Depression sicher zu erkennen und dann auch konsequent zu behandeln, denn die Gefahr liegt darin, dass eine zu lange nicht erkannte und somit unbehandelte Depression chronifiziert und damit wesentlich schlechter behandelbar wird.

Die Veränderungen des Hirnstoffwechsels im Alter bringen manchmal auch seltsame Symptome mit sich. Ältere Menschen berichten von Besuchern, die auf dem Sofa sitzen, aber nicht reden, von Tieren, die im Haus auftauchen und dabei durch Wände zu gehen scheinen, oder auch von Geräuschen und Wahrnehmungen, die sie sehen und hören – die aber sonst niemand wahrnimmt. Halluzinationen, wie diese Trugwahrnehmungen in der Fachsprache heißen, haben vielfältige Ursachen. Medikamente, organische Erkrankungen, Trinkmangel, Durchblutungsstörungen und andere Faktoren können der Auslöser für solche oft angsteinflößenden und schambesetzten Phänomene sein. Weil solche Symptome aber heutzutage in den meisten Fällen rasch und sicher behandelbar sind, ist es wichtig, sich zeitnah an einen gerontopsychiatrischen Facharzt zu wenden. Dieser kann durch (auch apparative) Untersuchungen meistens sehr schnell herausfinden, was mögliche Ursachen für die Phänomene sind und diese gezielt behandeln. Oftmals genügt es schon, vorhandene internistische oder neurologische Medikamente etwas anzupassen (zu reduzieren), um die Symptome sicher in den Griff zu bekommen.

Auch abhängiges/süchtiges Verhalten ist im Alter durchaus häufig und ein ernstzunehmendes Problem. Medikamente, die seit Jahren verordnet und eingenommen werden (wie z. B. Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) können im höheren Alter zum Problem werden, weil sich der Stoffwechsel verändert. Aber auch

„klassische“ Suchtmittel wie Alkohol können im Alter plötzlich Probleme verursachen. Auch hier ist es erforderlich, sich an einen Arzt zu wenden, der sich mit der körperlichen Besonderheiten der Älteren auskennt.

Nicht zuletzt machen natürlich auch Konzentrations- und Gedächtnisstörungen einen Teil der Gerontopsychiatrie aus. Das Wort „Demenz“ wird von den meisten Menschen als bedrohlich erlebt, wie ein mögliches Damoklesschwert, das über einem hängt. Die beim Einkaufen vergessene Butter, der verlegte Schlüssel oder der nicht erinnerte Termin können Vorboten einer dementiellen Entwicklung sein – müssen es aber nicht. Vergessen hat vielfältige Ursachen. Neben tatsächlichen krankhaften Gehirnveränderungen sind es oft harmlosere Gründe, die uns vergesslich machen: zu viel Stress im Alltag, eine verborgene Depression, eine Schilddrüsenunterfunktion, ein Vitaminmangel. All dies sind Ursachen, die vergesslich machen können. Schon von daher sollte im Zweifel der Weg zum Spezialisten führen, der sicher unterscheiden kann, inwieweit die Symptome tatsächlich auf eine Demenz hindeuten oder aber eine andere, behandelbare Ursache vorhanden ist.

Gerontopsychiatrie ist also ein sehr vielfältiges Fach und umfasst das Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln aller seelischen Erkrankungen des höheren Lebensalters (ab etwa dem 65. Lebensjahr). Nicht gegen jede Erkrankung kann eine gesunde, ausgeglichene Lebensweise prophylaktisch helfen. Prävention bedeutet in unserem Fach, die Hürde zu uns möglichst niedrig zu halten und Menschen zu ermutigen, den Weg zu uns zu finden, bevor ein Symptom oder eine Erkrankung schwergradig wird.

Die Karl-Jaspers-Klinik (KJK) hat unter der älteren Bevölkerung einen schwereren Stand als bei der jüngeren, weil die Zeiten des alten „Landeskrankenhauses Wehen“ auch an dunkle Zeiten erinnern. „Da kommst du nie wieder raus“ ist eines der geflügelten Worte, die wir auch heute immer wieder hören. Der Klinikdirektor der

Gerontopsychiatrie an der KJK und sein gesamtes Team sind seit über sieben Jahren bemüht, die Vorurteile und Hürden durch Auftritte in der Öffentlichkeit, Transparenz und hohe, an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Qualität der täglichen Arbeit abzubauen. Unsere Institutsambulanz unter der Leitung von Herrn Oberarzt Dreier ist beim Stichwort „Prävention“ in vorderster Linie zu nennen. Uns ist es lieber, dass sich Menschen an uns wenden und Klarheit über Symptome haben wollen, die sich im Endeffekt als harmlos herausstellen, als dass Menschen sich mit ihren Erkrankungen oder Symptomen nicht zu uns trauen und eine Diagnostik und Therapie verschleppen.

Prävention von seelischen Erkrankungen im Alter bedeutet, auch vermeintlich unwichtige oder „kleine“ Veränderungen ernst zu nehmen und sich vorurteilsfrei und vertrauensvoll an die Spezialisten der Gerontopsychiatrie zu wenden, so wie es derzeit schon rund 4000 PatientInnen jährlich tun. In sehr vielen Fällen können die Gerontopsychiater subjektives Leiden erheblich lindern und seelische Erkrankungen heilen oder zumindest verbessern.

Kontakt zum Autor:

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

Tel.: 0441 9615-356

Email: thomas.brieden@kjk.de

Website: www.kjk.de

4.6 Inklusive betriebliche Gesundheitsförderung und deren Umsetzung am Beispiel der Gemeinnützigen Werkstätten Oldenburg e.V.

Autorin: Heike Brunken-Kuhns, Gemeinnützige Werkstätten Oldenburg e. V.

Die Gemeinnützigen Werkstätten haben im Rahmen eines Projektes ein Konzept zur Gesundheitsförderung erarbeitet.

Die Gemeinnützigen Werkstätten Oldenburg e.V.

Die Gemeinnützigen Werkstätten Oldenburg e. V. (GWO) sind eine nach dem Sozialgesetzbuch IX anerkannte Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM) und am Leben in der Gemeinschaft für Menschen mit Behinderungen. Sie bestehen aus einem Berufsbildungsbereich mit verschiedenen Schwerpunkten, dem Arbeitsbereich, dem Förderbereich, einer Tagesstätte für Senioren sowie einem differenzierten Wohnangebot (Wohnhäuser, Wohngruppen und Assistenz beim Wohnen) für Menschen mit Behinderungen. Neben der Ausbildungsstätte "aqua" gehört auch das Kaufhaus der Werkstätten "KDW" zum Qualifizierungsangebot der Gemeinnützigen Werkstätten. Die Teilhabe gGmbH, als 100%-Tochter der GWO, betreibt das Café Kurswechsel mit 12 Arbeitsplätzen im Bildungshaus der Volkshochschule Oldenburg sowie die Kantine in der Agentur für Arbeit Oldenburg "MachBar".

Das Konzept der Gesundheitsförderung bei der GWO bezieht das Leitbild der GWO explizit in die Konzeption mit ein.

Im Jahre 2010 wurde das Leitbild der GWO gemeinschaftlich entwickelt und veröffentlicht. Das Leitbild der GWO setzt die Maßstäbe, die zusätzlich zum christlichen Menschenbild und dem diakonischen Auftrag, das Selbstverständnis der Arbeit der GWO, bestimmen.

Folgende Eckpunkte wurden für das Leitbild erarbeitet:

1. Es gibt uns, damit Menschen mit Behinderung wohnen, arbeiten und ihre Fähigkeiten erweitern können.
2. Jeder soll sich beteiligen können

Viele unserer Informationen werden übersetzt und mit Hilfe eines digitalen Informationssystems (Mebis) in Sprache, Symbolen, Bild/Film und Ton allen zugänglich gemacht.

3. Jeder ist einzigartig und wichtig.
4. Wir gehen respektvoll miteinander um. Wir achten aufeinander.
5. Jeder soll sich wohl fühlen.
6. Unser Angebot ist vielfältig.
7. Wir erfüllen unsere Aufgaben zuverlässig. Wir entwickeln uns immer weiter.
8. Alle arbeiten zusammen. Das zeichnet uns aus.

Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung der GWO

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist bei den Gemeinnützigen Werkstätten Oldenburg e. V. integraler Bestandteil der Betriebskultur.

Grundlagen für die Konzeption sind die UN Behindertenrechtskonvention, das Leitbild der GWO, das Konzept der Salutogenese, von der WHO entwickelte Definition im Rahmen des Gesundheitsförderungsansatzes der Ottawa Charta von 1986 und die Luxemburg Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU von 2007.

Allgemeine Ziele der Gesundheitsförderung bei der GWO sind:

- gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- gesteigerte individuelle Gesundheitskompetenzen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- erhöhte Arbeitszufriedenheit und positives Betriebsklima
- verbesserte Kooperation und Kommunikation
- Aktive Beteiligung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen an der Gesundheitsförderung
- Berücksichtigung der jeweils besonderen Situation von Frauen und Männern, behinderten Menschen, in der persönlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigten Menschen sowie ausländischen Mitarbeitern.

Praktische Umsetzung des Konzeptes:

Mit der positiven Erfahrung bei der Erarbeitung des Leitbildes, bei der alle Menschen, die bei der GWO arbeiten beteiligt waren, haben wir alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung so gestaltet, dass eine hohe Partizipation erreicht wird. Einzelne Maßnahmen sind aus einer Beschäftigten- und einer Mitarbeiterbefragung entstanden.

Im Bereich Arbeitssicherheit werden Arbeitssicherheitsbeauftragte der tariflichen Mitarbeiter und der Menschen mit Behinderung in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft geschult. Gemeinsam finden regelmäßig Sitzungen zur Arbeitssicherheit statt.

Arbeitsräume sind barrierefrei und für alle zugänglich. Die Arbeitsplätze sind mit höhenverstellbaren Tischen und ergonomisch angepassten Arbeitsstühlen ausgestattet.

Im Bereich des Lärmschutzes wurden im Bereich der Kantine lärmdämmende Decken eingezogen. Arbeitsräume wurden teilweise neu gestaltet, um einen besseren Lärmschutz zu erreichen.

Für Beschäftigte werden durch Vorrichtungen die Arbeitsmittel so gestaltet, dass eine gute Möglichkeit besteht, sich an unterschiedlichen Arbeiten zu beteiligen.

Für Beschäftigte und Mitarbeiter gibt es ein vielfältiges Angebot an Schulungsmaßnahmen. Fortbildungen oder Schulungen, wie z. B. Ersthelferkurse oder Gabelstaplerführerschein, werden inklusiv angeboten.

Zum Thema Nichtraucherchutz werden einmal jährlich inklusive Informationsveranstaltungen zum Thema „Rauchfrei leben“ angeboten und nach Bedarf Nichtraucherkurse.

Das soziale Klima ist ein Indikator für die Qualität der Zusammenarbeit. Ein guter kollegialer Umgang der Mitarbeiter untereinander ist unerlässlich für ein gutes Betriebsklima. Dies bestimmt den Ton in einem Betrieb sowohl nach innen als auch nach außen und wirkt sich maßgeblich auf Motivation und Arbeitszufriedenheit aus. Respekt untereinander ist eine wichtige Voraussetzung für jede/n einzelne/n Mitarbeiter/in, sich mit seiner ganzen Person einzubringen und zugehörig zu fühlen. In einem respektvollen und aner kennenden Arbeitsklima verbessert sich die Zusammenarbeit und das Gefühl der Zusammengehörigkeit wird gesteigert. Um diesem Indikator gerecht zu werden, wurden Menschen mit Behinderung und Gruppenleiter gemeinsam zu Streitschlichtern ausgebildet. Zusätzlich gibt es eine Projektgruppe mit Mitarbeitern und Menschen mit Behinderung aus allen Bereichen zu dem Thema: „Sichere Orte“ kein Platz für Gewalt.

Im Bereich Sport gibt es ein vielfältiges Programm für Beschäftigte während der Arbeitszeit. Ein Teil des Sportprogramms wird mit dem Ziel angeboten, dass Menschen mit Behinderung in ihrer Freizeit diesen Sport in einem Sportverein weiterführen.

Für die tariflichen Mitarbeiter gibt es ein Gesundheits-Sportprogramm in Zusammenarbeit mit dem Oldenburger Turnerbund (OTB).

Inklusive Sportangebote sind: Das Betriebssportabzeichen, das in Zusammenhang mit Oldenburger Sportvereinen stattfindet, die Teilnahme an vielen Laufveranstaltungen in und um Oldenburg, wie z. B. der Sommerlauf der Karl-Jaspers-Klinik, der Brunnenlauf in Eversten usw. Die Teilnahme an der Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ wird von Menschen mit Behinderung und tariflichen Mitarbeitern gemeinsam organisiert. Diese Aktion wurde GWO intern ausgeweitet unter dem Motto „Wir fahren die Tour de France“. Mitarbeiter und Beschäftigte übertragen ihre gefahrenen Kilometer in eine Liste. Das Ergebnis wird auf einer virtuellen Landkarte im barrierearmen Kommunikationssystem Mebis dargestellt.

Bei den konkreten Maßnahmen kann zwischen unterstützenden Gesundheitsangeboten, Anleitung zum gesunden Verhalten am Arbeitsplatz und Suchtprävention unterschieden werden. Die nachfolgenden Aufzählungen sind als Beispiele zu verstehen und nicht als abschließende Darstellung obligatorischer Maßnahmen.

Bestehende bzw. bereits umgesetzte Angebote:

- Arbeitssicherheitsbeauftragter, Arbeitsschutz
- Schutzimpfungen
- Nichtraucherchutz
- Suchtberatung
- Betriebsübergreifende Sportangebote, wie z. B. Betriebssportabzeichen, „Mit dem Rad zur Arbeit“, Drachenbootrennen usw.
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)
- Gruppengespräche, Dienstbesprechungen
- Supervision
- Fortbildungen und Schulungen
- Virtueller Meckerkasten, Vorschlagswesen
- Feste und Feiern

Die Ziele der Gesundheitsförderung können effektiv und nachhaltig erreicht werden, wenn diese nach den Prinzipien Integration, Partizipation, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit gestaltet werden.

Die Implementierung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine Investition in die Zukunft und erweist sich für alle Beteiligten als großer Gewinn.

Kontakt zur Autorin:

Heike Brunken-Kuhns, Gemeinnützige Werkstätten e. V., Rennplatzstr. 203, 26125 Oldenburg

4.7 Bündnis gegen Depression Weser-Ems

Autorin: Corinna Wermke, Karl-Jaspers-Klinik

Das Bündnis gegen Depression Weser-Ems wurde im Juni 2015 gegründet und von der Karl-Jaspers-Klinik initiiert. Es verfolgt das Ziel, gemeinsam mit regionalen Unterstützern den Stand des Wissens über die Krankheit Depression in der Bevölkerung im Gebiet Weser-Ems allgemein, bei Betroffenen und Angehörigen, dem medizinischem Fachpersonal und in bestimmten Berufsgruppen zu verbessern. Dazu zählt insbesondere auch, die Qualität und Quantität der Angebote für Betroffene und Angehörige zu erhöhen. Ein weiteres Ziel ist die Prävention von Suiziden.

Zu diesem Zweck finden eine Reihe öffentlicher und nicht-öffentlicher Veranstaltungen und Aktionen in der Region Weser-Ems statt. Gemeinsam mit den Unterstützern des Projektes werden Vorträge, Workshops, interne Schulungen oder zielgruppenspezifische Aktionen zum Krankheitsbild Depression durchgeführt. Die Veranstaltungen sind für die Teilnehmenden kostenfrei.

Die Themen und Inhalte der Schulungen sind vielfältig und reichen von „Depression am Arbeitsplatz“ über „Umgang mit suizidalen Gedanken“ bis zu allgemeinen Vorträgen wie „Depression kann jeden treffen“. Das Bündnis gegen Depression Weser-Ems hat einen regionalen Flyer mit Hilfsangeboten erstellt, der auf der Internetseite www.buendnis-depression-we.de herunter geladen werden kann. Dort findet sich ebenfalls ein Überblick über die aktuellen Veranstaltungen.

In dem ersten Jahr nach Gründung nahmen rund 1750 Interessierte und Experten an über 40 Veranstaltungen und Vorträgen teil. Das „Bündnis gegen Depression Weser-Ems“ ist Teil des nationalen Bündnisses, das „Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.“.

Die Aktivitäten des Bündnis gegen Depression sind darauf ausgerichtet die Stigmatisierung psychisch Erkrankter zu reduzieren und im Sinne der Gesundheitsprävention den Focus auf die psychische Gesundheit zu richten. Natürlich dient die Öffentlichkeitsarbeit des Bündnisses auch dazu, bei bereits Erkrankten die Hürde zu senken, Hilfen anzunehmen. Durch die Präsenz des Bündnisses in der Region Weser-Ems werden auch bestehende Hilfsangebote der Institutionen des Gesundheitswesens bekannter und für Betroffene besser nutzbar und bestenfalls können hierdurch schwere Krankheitsverläufe im Sinne einer Sekundärprävention verhindert werden. Durch die Kooperation vieler Akteure des Gesundheitswesens entsteht, dank der besseren Vernetzung, auch ein Nutzen für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen.⁷

Kontakt:

Corinna Wermke, Projektkoordination Bündnis gegen Depression Weser-Ems bei der Karl-Jaspers-Klinik, Tel. 0441 9615-342 oder corinna.wermke@kjk.de

⁷ Nach Redaktionsschluss erreichte uns die Mitteilung, dass Frau Jeannette Böhrer die Karl-Jaspers-Klinik verlässt und somit auch aus der Projektleitung des Bündnisses ausscheidet. Die Projektleitung übernimmt zum 01.10.2016 Frau Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Direktorin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Karl-Jaspers-Klinik

4.8 Fortentwicklung und Optimierung der Sucht-Präventionsarbeit durch Vernetzung/Kooperation vor dem Hintergrund des Oldenburger Modellprojektes CTC („Communities That Care“)

Autorin: Imke Janssen, PARLOS gGmbH/Fachstelle für Sucht und Suchtprävention „Rose 12“ Oldenburg:

Suchtprävention ist seit jeher ein fester Bestandteil des vielfältigen Angebotes der Fachstelle Sucht „Rose 12“ und damit einer vielfältigen Präventionslandschaft, die in der Stadt Oldenburg besteht.

Der Begriff „Suchtprävention“ bezeichnet dabei ganz verschiedene Maßnahmen: Moderne Programme haben als Ziele, neben der allgemeinen Gesundheitsförderung die persönlichen Ressourcen des einzelnen zu fördern, sie zielt auf die Vermittlung von allgemeinen Lebenskompetenzen („life skills“), d. h. zum Beispiel Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit ab.

Die damit verbundene Vermittlung von Risikokompetenzen soll dazu beitragen, den Einstieg in den Konsum legaler oder illegaler Stoffe zu vermeiden oder hinauszuzögern. Sie soll helfen, mögliche problematische Verhaltensweisen frühzeitig (selbst) zu erkennen und bzw. bei einem bereits bestehenden riskanten Konsum Missbrauch und Abhängigkeit mit ihren Folgeschäden zu vermeiden.

In den von uns durchgeführten Präventionsveranstaltungen informieren wir deshalb über die Risiken und Funktion legaler und illegaler Drogen, über verhaltensbedingte Süchte und Abhängigkeit. Darüber hinaus versuchen wir unseren Adressaten Wege der Problemlösung aufzuzeigen und informieren über Arbeit und Angebote der „Rose 12“. Dabei legen wir Wert darauf, einen Bezug zum Alter und dem Alltag der Jugendlichen herzustellen, den Dialog untereinander und mit professionellen Beratern zu initiieren und darüber hinaus Schwellenängste zu diesen abzubauen.

In der Fachstelle Sucht besteht in den letzten Jahren durchgehend eine höhere Nachfrage als wir durch unsere personellen und räumlichen Kapazitäten bedienen

können – unsere Präventionsarbeit bewegt sich damit zunehmend im Spannungsfeld zwischen Wunsch/Notwendigkeit und Wirklichkeit.

Leider erreichen wir mit unserer Arbeit auch nicht immer die Menschen, die wir erreichen sollten. Die Zahlen der Schülerinnen und Schüler im Bereich der weiterführenden Schulen (ca. 13.850 lt. Statistik der Stadt Oldenburg für das Schuljahr 2014/2015) und der Vergleich mit den durch unsere Veranstaltungen erreichten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (ca. 790 Personen im Jahr 2015) sagt uns auch deutlich, dass wir nicht wirklich eine Breitenwirkung und Nachhaltigkeit erzielen.

Uns ist schon seit längerem deutlich geworden, dass wir mit unseren Programmen gute punktuelle und ergänzende Maßnahmen anbieten und dass wir eher kontextuelle Konzepte (d. h. Umsetzung von Prävention in sozialen Kontexten wie z. B. Kindergarten, Vereinen, Gemeinschaften, über Elternarbeit usw.) benötigen, die über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden.

Gezielte Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung unserer Arbeit lieferte uns deshalb die Mitarbeit im Gebietsteam des Projektes „Communities That Care“ (CTC), das die Stadt Oldenburg seit 2013 modellhaft im Sozialraum Nord umsetzt.

CTC ist eine in den USA entwickelte datenbasierte kommunale Langzeitstrategie für eine bedarfsorientierte und wirksamere Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen. Methodischer Ausgangspunkt von CTC sind internationale Langzeitstudien, anhand derer sich nachweisen lässt, dass den problematischen Verhaltensweisen Gewalt, Delinquenz, Schulabbruch, kritischer Alkohol- und Drogenkonsum, frühe Schwangerschaften, Depressionen und Ängsten immer gleiche Risikofaktoren in unterschiedlicher Kombination und Intensität zugrunde liegen.

Auf der anderen Seite können ganz bestimmte Schutzfaktoren identifiziert werden, die diese Risikofaktoren abmildern und so die Wahrscheinlichkeit verringern, dass sich bestimmte Problemlagen überhaupt entwickeln.

In einer ersten Phase wurde deshalb im Rahmen von CTC im Modellgebiet eine Schülerbefragung durchgeführt, die eine Vergleichsanalyse des Oldenburger Sozialraumes Nord mit dem niedersächsischen Landesdurchschnitt sowie einen bindendifferenzierten Vergleich liefert. Gleichzeitig wurde eine Sozialraumanalyse erstellt.

Besonders auffällig unter den Ergebnissen der CTC Schülerbefragung in Oldenburg waren die Problemverhaltensweisen „Substanzkonsum“, „Depressive Symptome“, „Gewalt in der (Teenager-)Partnerschaft“ und „Mobbing“.

Unter den Risikofaktoren, die diesen Verhaltensweisen zugeordnet werden können, waren unter anderem:

- Zustimmende Haltung der Eltern zu Substanzkonsum
- Zustimmende Haltung der Kinder/Jugendlichen zu antisozialem Verhalten
- Probleme im Familienmanagement

Diese Faktoren wurden nach eingehender Diskussion und Experteneinschätzung des Gebietsteams für das Modellgebiet priorisiert und sollten besondere Berücksichtigung in der Einrichtung passender Präventionsangebote finden.

Dementsprechend sollen auch folgende priorisierte Schutzfaktoren besonders verstärkt werden, die sich in der Befragung als besonders schwach ausgeprägt zeigten:

- Gelegenheit zu prosozialer Mitwirkung in der Familie
- Anerkennung für prosoziale Mitwirkung in der Nachbarschaft

Vor diesem Hintergrund hat das Oldenburger Gebietsteam das Konzept einer Präventionskette entwickelt, das Präventionsansätze frühzeitig, langfristig und kontinuierlich miteinander verbindet. Die Präventionskette bildet quasi einen „roten Faden“

in der bestehenden Präventionslandschaft und gliedert die zahlreich vorhandenen Programme im Sozialraum Nord ein:



(Quelle: Stadt Oldenburg (Januar 2016): CTC – Integratives Gesamtkonzept, Kurzbeschreibung)

Auf Basis der Analyseergebnisse der priorisierten Faktoren ergaben sich damit folgende allgemeine Handlungsansätze:

Für Eltern aller Altersstufen soll es entwicklungsorientierte Angebote unter besonderer Berücksichtigung des Bindungsaufbaus, der Vermittlung von Erziehungskompetenzen und des Aufbaues von verbindlichen Beziehungsangeboten geben. Durch Vernetzung/Kooperationen sollen vorhandene professionelle Angebote in ihrer Wirkung optimiert werden, indem inhaltlich aufeinander abgestimmte Präventionsprogramme zur Förderung sozialer Kompetenzen und Suchtprävention in Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit (Kita, Grundschule, Weiterführende Schule, außerschulische Lernorte) eingeführt werden:

Die für diese Präventionskette vom Gebietsteam ausgewählten Präventionsprogramme sind lebenskompetenzorientiert, inhaltlich ineinander greifend und wirkungsevaluiert (Stufe 2 und 3 der „Grünen Liste Prävention“⁸). Sie zielen speziell auf die identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren ab und sind zum Teil schon gut im Gebiet eingeführt:

- „Starke Eltern – starke Kinder“ als Elterntraining vom Kleinkindalter bis hin zu weiterführenden Schulen
- „Kindergarten Plus“
- „Klasse 2000“ für den Grundschulbereich
- „Lions-Quest“ für den Bereich weiterführender Schulen und außerschulische Lernorte

Ergänzend zu diesen Programmen, die verstärkt bei der Elternarbeit und direkt bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, sollen an weiterführenden Schulen Ansprechpartner zur Suchtprävention verankert werden. Diese sollen entsprechend von Fachkräften zur Suchtprävention, hier in Oldenburg aktuell in Kooperation mit der Fachstelle Sucht „Rose 12“, fortgebildet werden und laufend durch Fachberatung begleitet werden. Für die „Rose 12“ ergibt sich damit ein Multiplikatoren-Effekt, der einerseits eine notwendige Entlastung bringt, andererseits gezielte langfristige Kooperationen einrichtet und damit zu einer wünschenswerten Breitenwirkung der Arbeit führen soll.

Auch in Zukunft sollen bestehende Präventionsprogramme mit eigenen Angeboten der Beratungsstelle ergänzt bzw. vertieft werden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der CTC-Schülerbefragung plant die „Rose 12“ darüber hinaus selbst eine Fortentwicklung der suchtpreventiven Angebote im Bereich der Arbeit mit Eltern. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang die feste Einrichtung einer Stelle „Fachkraft Suchtprävention“, da die derzeitige umfassende Arbeit im Bereich der Suchtprävention nur einen geringen Teil der kommunalen Finanzierung ausmacht.

⁸ <http://www.gruene-liste-praevention.de>

Aktuell befindet sich das Projekt CTC in der Phase der Umsetzung und Einrichtung kleinräumiger Organisationsstrukturen, die sich an den Einzugsgebieten der Grundschulen im Sozialraum Nord orientieren. Für die Einführung der Präventionsprogramme und die entsprechende Schulung von Trainern gibt es bereits feststehende (Teil-)Finanzierungsmodelle über verschiedene Träger.

Zur Verstärkung des Schutzfaktors „Anerkennung für prosoziale Mitwirkung in der Nachbarschaft“ entwickelt das Gebietsteam derzeit noch Ideen.

Die „Rose 12“ hat über die Mitarbeit im Rahmen des Gebietsteams des CTC wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung eigener Konzepte erhalten, konnte seine eigenen Netzwerke erweitern und wird auch in Zukunft ein aktiver Teilnehmer und Mitgestalter in diesem Modellprojekt⁹ bleiben.

Kontakt zur Autorin:

Imke Janssen, Dipl. Pädagogin, PARLOS gGmbH,
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention „Rose 12“,
Alexanderstraße 17, 26121 Oldenburg, Tel.: 0441 835 00 (i.janssen@parlos.de)

⁹ Siehe auch:

<http://www.oldenburg.de/de/microsites/schule/themen-rund-um-schule/weitere-themen/praevention-communities-that-care.html>;

Projektleitung: Anke Wilken: anke.wilken@stadt-oldenburg.de

und für weitere Informationen:

Internetseite des Landespräventionsrates Niedersachsen: <http://www.ctc-info.de>

4.9 Niedrigschwellige Suchtkrankenhilfe medizinischer und pflegerischer Bereich durch examinierte Krankenschwester Diakonie Fachstelle Sucht Oldenburg

Autorin: Mechthild Bünker, Tagesaufenthalt der Diakonie

Einleitung

Obdachlose und sozial schwache Menschen sind in besonderer Weise gefährdet, körperlich und psychisch zu erkranken. Ihre Existenzbedingungen liegen erheblich unter den normalen Standards eines „gesunden“ Lebens. Außerdem werden wohnungslose Menschen (nicht zuletzt nach ihren eigenen Erfahrungen) in Arztpraxen und im öffentlichen Gesundheitswesen oft als „schwierige“ Patienten wahrgenommen. Ihr Alltag auf der Straße verhindert oft eine kontinuierliche Behandlung akuter gesundheitlicher Probleme oder deren Prophylaxe in der medizinischen Regelversorgung.

Wohnungslose haben zwar grundsätzlich dieselben Krankheiten wie andere Menschen, doch im Gegensatz zu den meisten „Normalbürgern“ gehen sie nicht oder nur selten zum Arzt. Ursachen können die erwähnte Erfahrung als wenig erwünschte Patienten, der mitunter wechselnde Versicherungsstatus oder auch eine parallel bestehende Suchterkrankung sein. Letzteres führt im Übrigen auch zu entsprechend gehäuften spezifischeren Gesundheitsproblemen, beispielsweise über Traumata in alkoholisiertem Zustand, Infektanfälligkeit, Mangelernährung oder Folgeerscheinungen später Krankheitsstadien.

Ziel

Übergeordnetes Ziel ist zum einen eine konkrete Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes der einzelnen KlientInnen, zum anderen eine möglichst tragfähige Anbindung an das medizinische Regelsystem mit haus- und nötigenfalls fachärztlicher Anbindung. Dazu trägt die einmal wöchentliche aufsuchende Hilfe der Krankenschwester in Begleitung der Streetworker bei. Allein, zu zweit oder bedarfsweise auch in Begleitung des Arztes soll erreicht werden, die Klienten vor Ort

aufzusuchen, Vertrauen aufzubauen und sie gewissermaßen konkret und im übertragenen Sinn abzuholen und ihren medizinischen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Unterstützt wird diese strukturell am Tagesaufenthalt angesiedelte Tätigkeit durch einen ehrenamtlichen internistischen Hausarzt. Dieser bietet im 14-täglichen Rhythmus eine Sprechstunde im Tagesaufenthalt an. Dabei werden ohne Berücksichtigung des Versicherungs- oder Aufenthaltsstatus akute medizinische Probleme behandelt und beurteilt, erfolgt Beratung und, wo es notwendig und möglich ist, Anbindungen an Haus- und Fachärzte. Darüber hinaus nimmt auch ein ehrenamtlich tätiger Zahnarzt einmal im Monat ähnliche Aufgaben wahr.

Medizinische und pflegerische Notversorgung im Tagesaufenthalt für Menschen in Wohnungsnot, Diakonisches Werk Oldenburg

Über Straßensozialarbeit, Verteilen von Essensmarken, zunächst Anbindung an das Hilfesystem im Tagesaufenthalt und die niedrigschwellige Suchtkrankenhilfe (Krankenzimmer im TA).

Maßnahmen während meiner Anwesenheit

- Erste Hilfe
- Pflegerische, präventive Maßnahmen (z. B. Hygiene, Fußpflege)
- Angebot von alternativen Heilmitteln und Beratung (z. B. Tees, Heilöl)
- Verbände und Anhalten zur regelmäßigen Kontrolle
- Medikation nur nach ärztlicher Anordnung (Tabletten Stellen)
- Vitalwertemessungen
- Kälte- und Wärmebehandlung
- Hygienische Beratung und –Maßnahmen, Ektoparasitenbehandlung
- Notversorgung mit Wäsche und Hygieneartikeln
- Beratung und Vergabe von Verhütungsmitteln
- Aufklärung über den Umgang von Suchtmitteln
- Ernährungsberatung

- Arztvermittlung und -begleitung
- Krankenhausbegleitung und -besuche
- Prävention und Aufklärung über Vorsorgeuntersuchungen usw.
- bei chronisch Kranken, Disease Management Programm (DMP)
- Infektionsschutz durch Ausgabe von Kondomen
- Aufklärung Impfungen

Gesundheitliche Beschwerden der Klienten

- Verletzungen und Prellungen
- Magen-Darm-Probleme
- Herz-Kreislaufbeschwerden
- Lungenerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Lebererkrankungen
- Wirbelsäulen-Gelenkbeschwerden
- Zahnschmerzen
- Infektionserkrankungen
- Spritzenabszesse
- Hautproblemen
- Gynäkologische Beschwerden
- Psychiatrische Erkrankungen
- Suchterkrankungen

Zusammenarbeit

- Austausch mit allen Streetworkern (Diakonie, Parlos, Stadt Oldenburg)
- Sozialarbeitern des Tagesaufenthaltes der Diakonie
- Fachstelle Sucht der Diakonie
- Quer-Beet (Gartenprojekt der Diakonie)
- Unseren ehrenamtlichen Ärzten
- Bahnhofsmision
- Anderen diakonischen Einrichtungen

- Kooperation mit Arztpraxen, Gesundheitsamt, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten.....

Nachsatz

Es bedarf sehr viel Empathie und einen „langen Atem“, um mit dieser Klientel zu arbeiten. Immer wieder Motivation auch zur Prävention und am „Ball bleiben“, sind wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit. Es muss der wichtige Mittelweg zwischen Hilfestellung-Geben und Eigenverantwortung-Stärken gefunden und gegangen werden.

Den Menschen individuell und als Ganzes zu sehen, mit seinen Stärken und Schwächen, ihn zu fördern und zu fordern, sind von großer und über die rein pflegerisch-medizinische Betreuung hinausweisender Bedeutung.

Kontakt zur Autorin:

Mechthild Bünker, Examinierte Krankenschwester, Tel.0441 3906542

Kay Preuß, Ehrenamtlicher Arzt im Tagesaufenthalt

MedGV@diakonie-ol.de, Arbeitszeiten von Montag – Freitag 9 bis 14 Uhr

5 Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Nachwuchsgewinnung“

5.1 Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema Nachwuchsgewinnung

Autoren Dr. Carsten Petry, Dr. phil. Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

Mit der Gewinnung von Fachkräften und Fachkräftenachwuchs beschäftigten sich auch das Land Niedersachsen und die Stadt Oldenburg. Beispielhaft seien hier die „Fachkräfteinitiative Niedersachsen“¹⁰ und die für die Stadt Oldenburg die „Fachkräfte-Initiative“¹¹ genannt.

Auch die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg haben sich in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2015 und besonders in den verschiedenen Arbeitskreisen intensiv damit auseinandergesetzt, was zu empfehlen ist, um Nachwuchs im psychiatrischen Arbeitsfeld in der Stadt Oldenburg gewinnen und halten zu können.

Das methodische Vorgehen soll hier kurz skizziert werden, siehe aber auch die innere Umschlagseite.

In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2015 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 2015 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2015 veröffentlicht.

Beim jährlichen Gesamttreffen des Verbundes am 10.02.2016 wurde, beruhend auf dem bisherigen Diskussionsstand, gemeinsam eine SWOT-Analyse durchgeführt und so die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken ermittelt, die

¹⁰ (http://www.mw.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=34431&article_id=122524&_psmand=18)

¹¹ (<http://www.oldenburg.de/de/startseite/wirtschaft/standortinformation/fachkraefte-initiative.html>)

mit dem Ziel verbunden sind, Nachwuchs für das psychiatrische Arbeitsfeld zu gewinnen.

Bei den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2016 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 veröffentlicht werden (siehe nächste Seite).

Kontakt zu den Autoren:

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

Empfehlungen:

Betroffene

- Berufliche Tätigkeit für Betroffene auch im psychiatrischen Feld fördern

Duales Studium

- Im Bereich der Sozialpädagogik mit dualen Studiengängen zu kooperieren und prüfen, ob Studenten der Sozialen Arbeit, die ein duales Studium absolvieren, wechselnd in verschiedenen Institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes eingesetzt werden könnten

Bundesfreiwilligendienst / FSJ

- Stärkere Kooperation mit dem Freiwilligen Sozialen Jahr bzw. dem Bundesfreiwilligendienst und entwickeln eines Modells wie Praktikanten, FSJ-ler oder „Bufdis“ innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes an verschiedenen Einsatzstellen eingesetzt werden könnten

Werben, insb. an Universitäten, Fachhochschulen und Schulen

- Kooperation mit der European Medical School (EMS)
- aktives Zugehen auf Fachhochschulen, Universitäten und Schulen, um dort für das Fach und die Einrichtungen zu werben, insbesondere im Bereich der Sozialpädagogik.
- Sozialpsychiatrische Jobmesse

Leistungsvereinbarungen

- Überarbeitung von Leistungsvereinbarungen, um qualifiziertes Personal fest anstellen, halten und tarifgerecht bezahlen zu können. Klärung in den Leistungsvereinbarungen, wie mit Ausfallzeiten umgegangen werden kann (z. B. während eines Klinikaufenthaltes oder wenn Klienten nicht angetroffen werden)

Personalentwicklung

- Personalentwicklung innerhalb der Einrichtungen attraktiver gestalten
- Trotz Konkurrenz: Berufsgruppenübergreifendes Weiterbildungscurriculum und Hospitationsregeln entwickeln
- Aufzeigen von Aufstiegschancen innerhalb der verschiedenen Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes (z. B. über eine App oder durch aktive Vermittlung);
- Aktives Weitervermitteln von Personal an andere Einrichtungen des Verbundes, wenn der Mitarbeiter nicht mehr in der eigenen Institution bleiben will, damit er insgesamt dem Verbund erhalten bleibt
- Soweit möglich Entwicklung von attraktiven Arbeitszeitmodellen

Sonstiges

- Empfohlen wird eine stärkere Öffnung nach außen, Öffentlichkeits- und Anti-Stigmaarbeit und Aufklärung über psychiatrische Themen (auch mit Betroffenenbeteiligung)

6 Übersicht

6.1 Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Autor: Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

Zur strukturierten Erfassung des Bestandes an psychiatrischen Hilfen innerhalb der Stadt Oldenburg setzen wir seit einigen Jahren eine Empfehlung 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 2016 wurde für den Bereich Sucht die Einschätzung für das Versorgungsangebot „stationär betreutes Wohnen für seelisch Behinderte SGB XII“ von „grün“ auf „gelb“ gesetzt, weil es kein Angebot innerhalb der Stadt Oldenburg gibt, aber in der näheren Umgebung.

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 beschrieben bei Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen im Bereich Ambulanter Psychiatrischer Pflege und im Bereich Soziotherapie. Die Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Oldenburg kann nur Patienten im Alter

von 6 bis 13 Jahren aufnehmen. Außerdem gibt es ein Pflegeheim mit einem speziellen psychiatrischen Angebot, dieses richtet sich aber nicht ausschließlich an Menschen mit Demenz.

Es wurden auch Änderungswünsche an der Struktur der Tabelle selbst besprochen. Dies muss in der zuständigen Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates besprochen werden. Damit möglichst alle Kommunen dieselbe Tabelle in ihren jeweiligen Sozialpsychiatrischen Plänen einsetzen, sollten die Verbünde die Struktur nicht individuell verändern.

Kontakt zum Autor:

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 Sozialpsychiatrischer Dienst	☹	😊	😊	😊	
5	Krisendienst außerhalb regulärer Bürozeiten	☹	😊	😊	😐	
6	Fachstelle für Suchtberatung und Suchtprävention				😊	
7	Ambulante Suchttherapie gemäß Rentenversicherung				😊	
8	Psychiatrischer Konsiliardienst in somatischer Klinik	😊	😊	😊	😊	
9	ambulante psychiatrische Pflege		😊	😊		
10	Soziotherapie		😊	😊		
11	ambulante Ergotherapie	😊	😊	😊		
12	ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII		😊	😊	😊	
13	Tagesstätte		😊	😊	☹	
14	Kontaktstelle	☹	😊	😊	😊	
15	Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung		😊			
16	Zuverdienstmöglichkeiten (zum Beispiel Sozialer Betrieb)		☹		😐	
17	Integrationsfachdienst		😊		😊	
18	Betroffenenselbsthilfe		😐	😐	😊	
19	Angehörigenselbsthilfe	☹	😊	😊	😊	
20	unabhängige Beschwerdestelle	😊	😊	😊	😊	
21	gerontopsychiatrische Tagespflege			😊		
22	Zugang zur Tagesklinik	😊	😊	☹	😊	
23	psychiatrische Klinik	😊	😊	😊	😊	
24	stationär betreutes Wohnen für seelisch Behinderte SGB XII		😊	😊	😐	
25	Pflegeheim mit speziellem psychiatrischen Angebot SGB XI		😊	😊	☹	nicht ausschließlich für Demenz
26	spezielle Angebote für Arbeitssuchende		😊		😊	
27	Reha-Einrichtung/RPK		😊			

