



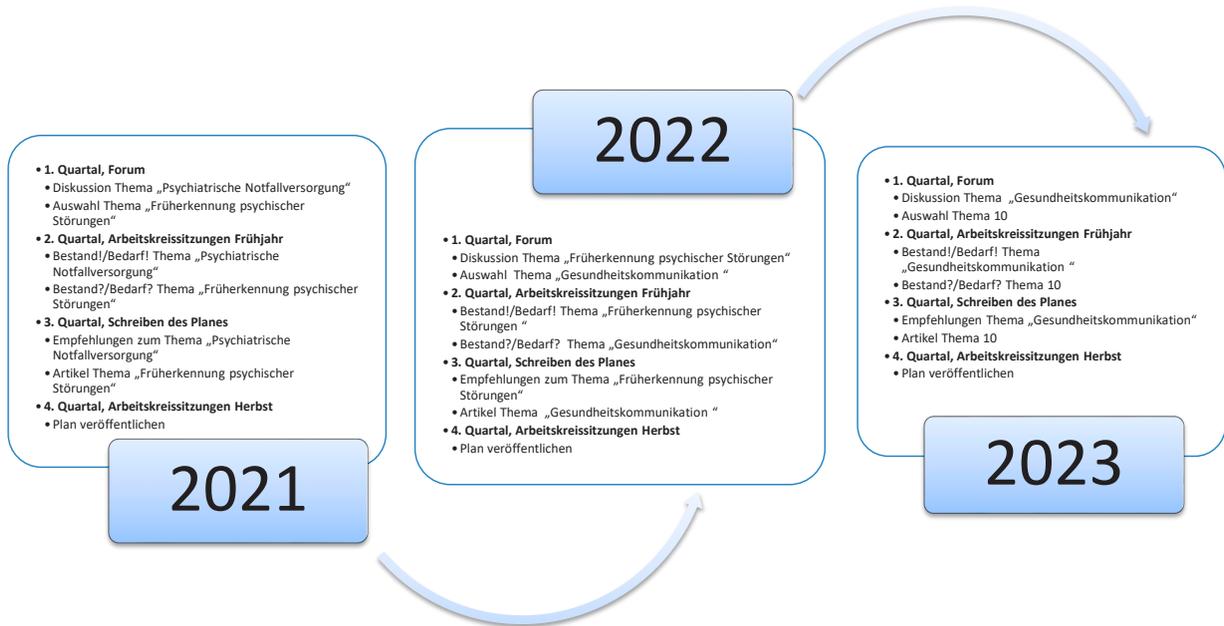
Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2022/2023



Foto: Stadt Oldenburg





Bitte beachten Sie zu dieser Zeichnung den Artikel „Der Kosmos der ‘Superpsychos’ – Gesundheitskommunikation mal anders“ von Elisabeth Korbmacher.

Zeichnung: Elisabeth Korbmacher

Impressum:

Herausgeber:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

Stand: Oktober 2022

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	5
1. Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote	9
Alte und neue Brücken / J. Rühl	9
Das neue Hannah-Arendt-Haus – ein Leuchtturmprojekt der psychiatrischen Versorgung im Nordwesten / I. Sproß	14
STEP-Tagesstätte Oldenburg (STEP gGmbH) – Tagesstätte für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängige Menschen in der Stadt Oldenburg und für angrenzende Landkreise / D. Busemann und Z. Sultan	18
Tagesaufenthalt der Diakonie an neuem Standort / Abdruck der Pressemitteilung der Diakonie	22
Bericht aus der Klinik für Gerontopsychiatrie der Karl-Jaspers-Klinik / Prof. Dr. Zimmermann	25
Corona-Pandemie: Psychische Folgen für Kinder und Jugendliche / Abdruck BPTK-Newsletter 4/2021	28
Vorstellung Psychiatrieangebot Bremen/Ost / Abdruck Soziale Psychiatrie Ausgabe 01/2021	30
Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Strafgesetzbuch / Abdruck Bundesministerium der Justiz.....	34
2. Schwerpunktthema „Gesundheitskommunikation“	36
Einführung zum Schwerpunktthema „Gesundheitskommunikation“ / C. Kok und Dr. phil. P. Orzessek	36
Der Kosmos der „Superpsychos“ – Gesundheitskommunikation mal anders / E. Korbmacher	41
Gedanken und Ideen zum Thema Gesundheitskommunikation / I. Stremetzne....	46
Peer Counseling als Ausgangspunkt für Gesundheitskommunikation / M. Straßburger	50
„KrisenKompass“ eine Art „Notfallkoffer für die Hosentasche“ / E. Andrae	55
„Ausgewogen“ – Eine Veranstaltungsreihe des Arbeitskreises Forum Essstörungen/ R. Vossler und B. Herzog	58
Ubidenz – Oldenburger forschen zu digitalen Assistenzsystemen zur Verbesserung der Nachsorge / Prof. Dr. A. Elmer und M. Wilke	60
Eine Landesstelle als Kommunikationsförderin in Niedersachsen / A. Menze und M. Deppe.....	66
Quit the Shit / Abdruck proJugend Ausgabe 1/2020.....	71
3. Empfehlungen zum Schwerpunktthema	75
Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen / C. Kok und Dr. phil. P. Orzessek.....	75

4. Übersicht	79
Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern / Dr. phil. P. Orzessek.....	79
Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung / C. Kok und Dr. phil. P. Orzessek	83

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den Händen halten Sie die Fortschreibung 2022/2023 des Sozialpsychiatrischen Planes für die Stadt Oldenburg. Er soll, wie in den vorangegangenen Jahren, über aktuelle Entwicklungen informieren, Raum für Diskussionen geben, aber auch Bestand und Bedarf im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung der Oldenburger Bürgerinnen und Bürger beschreiben und damit eine Grundlage für die Psychiatrieplanung in der Stadt Oldenburg sein.

Die gesetzliche Grundlage für die Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes findet sich in § 9 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)¹. Darin heißt es:

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

Die Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes im Verbund erfolgt dialogisch.

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

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

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

Für die gesetzlich vorgegebene laufende Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes wurde für die Stadt Oldenburg das in der Einleitung der Fortschreibung 2014 beschriebene Vorgehen gewählt (siehe zur Verdeutlichung auch die farbige Grafik auf der zweiten Umschlagseite). Die Gliederung des Sozialpsychiatrischen Planes orientiert sich an den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen.

In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2022/2023 finden Sie auf den Seiten 36 bis 74 Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Gesundheitskommunikation“.

Einige Angebote zum Thema „Gesundheitskommunikation“ wurden bereits in den Sozialpsychiatrischen Plänen der vergangenen Jahre vorgestellt. Unter anderem das Bündnis gegen Depressionen Weser-Ems (C. Wermke, Fortschreibung 2016), das Projekt „Verrückt? Na und!“ (A. Weber, Fortschreibung 2019/2020) oder das Psychose-Seminar (R. Kohls, Fortschreibung 2018/2019), welches 2023 bereits seit 25 Jahren in Oldenburg existiert. Diese Artikel, aber auch weitere, welche Aspekte des aktuellen Themas beinhalten, finden Sie in den vorangegangenen Fortschreibungen auf der Homepage der Stadt Oldenburg (www.oldenburg.de/sozialpsychiatrischer-plan). Ein Klick lohnt sich.

Sicherlich ist Ihnen die Comiczeichnung auf der vorderen inneren Umschlagseite aufgefallen. Sie bezieht sich auf den Artikel von Elisabeth Korbmacher auf Seite 41 ff.

Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“ stehen auf den Seiten 75 bis 78.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie beziehungsweise über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren. Entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden Sie in einem eigenen Teil dieses Planes auf den Seiten 9 bis 35.

Auf Seite 79 finden sich die Zahlen zu Untersuchungen im Rahmen der Prüfung von Unterbringungen nach NPsychKG seit 2015. Das Land Niedersachsen hat die Landespsychiatrieberaterstattung neu organisiert und legt den Kommunen seit diesem Jahr individuelle Feedbackberichte vor, die auch vergleichend auf die Unterbringungen nach NPsychKG eingehen. Ab dieser Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans der Stadt Oldenburg soll auch auf diese neue Datengrundlage eingegangen werden. Auf die Landesebene bezogen finden Sie einen entsprechenden Bericht unter www.psychiatrieberaterstattung.de.

Das NPsychKG legt in § 2 fest: „Hilfen sollen insbesondere der Anordnung von Schutzmaßnahmen vorbeugen.“ Sogenannte „Zwangseinweisungen“ sollen also möglichst durch angemessene Hilfen vermieden werden. Dafür ist es notwendig, dass überhaupt bekannt ist, wie viele Menschen gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik müssen und wie sich die Zahlen entwickeln. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen empfiehlt die Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieberaterstattung. Auf kommunaler Ebene erfolgt dies in Oldenburg durch den Sozialpsychiatrischen Plan².

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

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

² Land Niedersachsen (Hrsg.) Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG), 1997

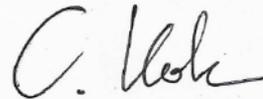
haben sich die Folgen der Pandemie auf die Arbeitsbelastung der einzelnen Autoren und Autorinnen ausgewirkt. Wir möchten daher allen Beteiligten einen besonderen Dank aussprechen und sind froh, dass trotz der schwierigen Zeiten der Sozialpsychiatrische Plan wie gewohnt fortgeschrieben werden konnte.

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

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



Dr. phil. Peter Orzessek
Psychologischer Psychotherapeut
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst



Christina Kok
Sozialarbeiterin B. A.
Geschäftsführung
Sozialpsychiatrischer Verbund
bis 08.07.2022



Alexandra Schlippert
Sozialarbeiterin M. A.
Geschäftsführung
Sozialpsychiatrischer Verbund

1. Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

Alte und neue Brücken

Jonas Rühl, Leiter des Propellers seit 09/2021

In der letzten Ausgabe des Sozialpsychiatrischen Plans hat meine Vorgängerin und langjährige Wegbereiterin der ambulanten Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung in Oldenburg, Ina Vogelpohl, eine Retrospektive über die sozialpsychiatrische Entwicklung von 1989 bis 2021 gezeichnet. Nun obliegt mir der Versuch einer Skizzierung der zukünftigen Rolle sowie Ausrichtung des Propellers in der sozialpsychiatrischen Landschaft Oldenburgs. Bevor ich damit beginne, möchte ich ein kurzes persönliches Erleben schildern, dessen reflexives Momentum mich zu Beginn der neuen Tätigkeit an ein wesentliches Element pädagogischer Arbeit erinnerte.

Stellt man sich einer neuen Herausforderung, werfen meist die Schatten der Überforderung ihren Umhang über die vielen Prozesse, mit denen man sich, gleich einer Welle nicht zu bändigender Informationen, konfrontiert sieht. Ein ungewöhnlich unangenehmes Gefühl. Ruft das Erleben einer solchen Überforderung doch eher Erinnerungen an vergangene Tage wach, die durch Schule und andere Entwicklungsstadien mit dem Gefühl der Überforderung und des Nicht-bereit-seins weitaus vertrauter waren. Nicht umsonst war ich lange genug damit beschäftigt an meiner Profession zu feilen, um in einem gemachten Nest aus Fachwissen und Erfahrung die Herausforderungen des täglichen Lebens, mal mehr und mal weniger mühelos, zu meistern.

Dennoch lag in diesem Erleben von Überforderung ein grundlegender Aspekt pädagogischer Arbeit. Mir wurde Einblick in ein unangenehmes Erfahren von Herausforderungen gewährt. Ein Erleben von Hilflosigkeit und Überforderung. Ein Gefühl, das den Alltag derer, die unser Angebot in Anspruch nehmen, nahezu täglich begleitet. Ein kurzes, reflexives Momentum, das mir die Richtung, die ich mit dem Propeller einschlagen möchte, vergegenwärtigte. Mein übergeordnetes Ziel ist es also, meine Rolle so zu definieren, dass ich denjenigen, deren Alltag regelmäßig von einem solchen Erleben bestimmt wird, meine Arbeitskraft in der Art und Weise widme, dass ich ein Stück ihrer Last

mit ihnen gemeinsam tragen kann. Ein wichtiger Aspekt der Arbeit im Propeller war, ist und wird folglich immer sein, die Anliegen der Besuchenden und ihre alltäglichen Probleme und Sorgen, aber auch positiven Erlebnisse ernst zu nehmen und sie mit ihnen zu teilen. Ihnen die Hand zu reichen, wenn sie sie benötigen und alltagsnahe sowie menschliche Hilfe zu bieten oder einfach nur eine heiße Tasse Kaffee zu reichen, zuzuhören, mitzulachen und mitzufühlen.

Das Vogelpohlsche Erbe soll natürlich Bestand haben. Der Propeller wird für all diejenigen, die uns schon seit vielen Jahren besuchen, weiterhin ein Ort des Willkommens, der Begegnung, des Miteinander und der Unterstützung sein. Ebenso wird das Projekt „Verrückt? Na und!“, das mit Workshops an Schulen aktiv zur Entstigmatisierung sowie Aufklärung über psychische Erkrankungen beiträgt und Schülern und Schülerinnen Mut macht, über Belastungssituationen zu sprechen, fester Bestandteil der Arbeit des Propellers sein.

Auch das Engagement im Bündnis gegen Depression, dem Aktionsbündnis 5. Mai und dem Sozialpsychiatrischen Verbund wird unverändert fortbestehen.

Aber neben der Pflege bestehender Angebote und Kooperationen, möchte ich mit dem Propeller auch neue Brücken schlagen. Ihn für diejenigen Personen zu öffnen, denen sich die sozialpsychiatrische Landschaft insofern noch nicht erschlossen hat, als dass sie beispielsweise über kein bestehendes Hilfenetzwerk verfügen, ist fester Bestandteil meiner Zukunftsvision. Einer dieser Personenkreise, der neben sozioökonomischen Entwicklungen und Pandemiegeschehen enormen psychischen Belastungen ausgesetzt war/ist, sind junge Erwachsene. Daher bieten wir seit Anfang 2022 jeden Donnerstag speziell für sie eine Gruppe an, die sich großer Beliebtheit erfreut. Durch den großen Zulauf sowie die positive Rückmeldung seitens vieler Kooperationspartner wurde ersichtlich, dass sowohl Weiterentwicklung als auch Ausbau des Angebotes notwendig sind, um den stetig wachsenden Bedarf an ambulanten Hilfen für junge Menschen aufzufangen. Wenn ich mir erlaube zu fantasieren, so stelle ich mir den Propeller in Zukunft vor allem mit mehr Raum und Angebot für junge Erwachsene vor. Ziel ist es also, den geschützten, vorurteilsfreien

Raum, den der Propeller seit jeher bietet, zu erweitern. Somit soll jungen Erwachsenen die Möglichkeit gegeben werden, fernab von Diagnosen und Therapieerfahrung, gleichaltrigen Menschen zu begegnen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Die sich durch Krankheit, Isolation, Leistungsdruck, familiäre Missstände et cetera in einer Situation befinden, die Unterstützung verlangt. Da vielen von ihnen die psychiatrischen Hilfen noch nicht bekannt sind, sehe ich es ganz klar in unserer Verantwortung als niedrighschwellige Anlaufstelle zu vermitteln. Der Propeller soll auch hier Unterstützung bei der Suche nach passenden Hilfen bieten und in Form von weiteren Angeboten ein stigmafrees Raum zur kreativen Gestaltung, des Miteinanders, kurzum zur Teilhabe sein. Das Kunststück wird wie immer darin bestehen, allen Besuchenden mit ihren individuellen Dispositionen einen Raum der Begegnung zu bieten, in dem sie sich nicht verstecken müssen und gleichzeitig Schutzräume zu schaffen, in denen Rücksicht auf soziokulturelle sowie krankheitsstereotypische Dispositionen genommen wird.

Was den Propeller ebenfalls erwartet, ist die Prüfung der bestehenden Angebote auf Notwendigkeit zur Veränderung. So steht die Weiterentwicklung der Frauengruppe, hin zu einem Konzept, das Intersektionalem Feminismus Rechnung trägt, an der Schwelle zur Umsetzung. Somit soll nicht nur Frauen, sondern allen Menschen, die aufgrund von Sexualität und/oder Geschlecht Diskriminierung erleben, ein Raum zur Verfügung gestellt werden. Daher wird in Zukunft eine Querfeministische Gruppe ins Leben gerufen, um psychisch erkrankten Personen, die aufgrund ihrer geschlechtlichen und/oder sexuellen Identität tagtäglich Ausgrenzung erfahren, die Möglichkeit zu geben sich zu begegnen und in Austausch zu gehen. Sie sollen den Propeller ebenfalls als Ort des Willkommens, der Gemeinschaft und der Unterstützung erleben.

Denken wir an Gruppen, die aufgrund sozialer, beruflicher oder normativer Strukturen in eine Krankheitsphase kommen oder Gefahr laufen zu erkranken, fallen uns sicherlich noch viele weitere, vulnerable Personenkreise ein. Daher möchte ich künftig versuchen, Bedarfe zu erkennen, um das Angebot dahingehend zu wandeln und auszubauen. Hierin liegt sicherlich eine der größten

Herausforderungen, gleichzeitig aber auch das größte Potenzial des Propellers. Er ist konstante Institution in der sozialpsychiatrischen Landschaft unserer Stadt und gleichzeitig Sinnbild des ständigen Wandels und der Veränderung. Wer hier einen Widerspruch wittert, möge den Propeller als Spiegelbild der psychischen Bedarfe unserer Gesellschaft erdenken, die ebenfalls konstant sind und sich durch stetig wachsende Herausforderungen doch im ständigen Wandel begreifen.

Damit die Unterstützung zur Teilhabe nicht nur in den Räumlichkeiten des Propellers erlebbar ist, möchte ich den Propeller mit anderen Institutionen vernetzen. Die ebenfalls seit Anfang 2022 stattfindende Schreibwerkstatt setzt hierfür den Grundstein. Der Workshop zum kreativen Schreiben, der jeden ersten und dritten Montag im Monat in Kooperation mit den Kulturschaffenden von Slam² durchgeführt wird, gibt Besuchenden die Möglichkeit kreative Schreibprozesse zu erlernen und, wenn gewünscht, auch aktiv auf Lesebühnen aufzutreten. Darüber hinaus werden Leseveranstaltungen vom Propeller mitorganisiert, um auch die Teilhabe am kulturellen Leben niedrigschwellig möglich zu machen. Neben den Lesebühnen ist aktuell beispielsweise noch eine Kooperation mit dem Ressourcen-Zentrum Oldenburg. Hier sollen diverse Workshop-Veranstaltungen zur Fahrradreparatur, Upcycling, Holzverarbeitung et cetera entstehen.

Natürlich wird der Propeller auch weiterhin mehrtägige Fahrten sowie Tagesausflüge unternehmen. Mithilfe finanzieller Unterstützung seitens der zentegra sowie des VPG (Verein zur Förderung der psychischen Gesundheit e. V.) wird so niedrigschwellig Teilhabe am kulturellen Leben ermöglicht. Die erste Propellerreise fand Ende Mai bereits statt. Gemeinsam mit 14 Mitreisenden besuchten wir die schöne Hansestadt Stralsund. Dort ließen wir uns von Major Ferdinand von Schill durch die historische Altstadt führen, besuchten die Insel Rügen und bestaunten das Ozeaneum.

Damit mehr Menschen das Angebot des Propellers in Anspruch nehmen können, liegt ein großer Bestandteil meiner Tätigkeit zudem in der Öffentlichkeitsarbeit. So versuchen wir aktiv via Instagram (@propeller_oldenburg),

Zeitung, Radio et cetera Menschen zu erreichen. Mithilfe von Social-Media werden Veranstaltungen angekündigt, Wochenpläne geteilt, aber auch Mitarbeitende und Ehrenamtliche vorgestellt, um einen Eindruck über das zu geben, was Besuchende bei uns erwartet. Hiermit soll, neben der reinen Informationsbasis, auch die Hemmschwelle zum Besuch herabgesetzt werden.

Der Propeller steht also in gewisser Weise an der Schwelle zum Umbruch. Während einerseits unbedingt erhalten bleiben soll, was geschaffen wurde, steht andererseits ein großer Wunsch zur Veränderung, um den Geist des Propellers an die schnell wachsenden Herausforderungen unserer Gesellschaft anzupassen.

Ich freue mich auf eine aufregende Zeit und wer weiß, vielleicht schreibe ich in 30 Jahren einen Rückblick über die Entwicklung der Sozialpsychiatrie von 2021 bis 2051.

Kontakt:

Jonas Rühl, Propeller, Auguststraße 90, 26121 Oldenburg

Das neue Hannah-Arendt-Haus – ein Leuchtturmprojekt der psychiatrischen Versorgung im Nordwesten

Isabelle Sproß, Unternehmenskommunikation, Karl-Jaspers-Klinik,

Die Karl-Jaspers-Klinik, gelegen im Ammerland vor den Toren Oldenburgs, ist eines der größten Krankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Niedersachsen. Die Klinik ist Teil der Universitätsmedizin Oldenburg. Unsere Patientinnen und Patienten werden stationär, teilstationär und ambulant behandelt.

Fachliche Vielfalt bei voll-/teilstationären und ambulanten Angeboten

Auf unserem parkähnlichen Gelände an unserem Hauptstandort in Bad Zwischenahn befinden sich fünf unserer sechs spezialisierten Fachkliniken. Ein zweiter Klinikstandort mit der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist in Westerstede in unmittelbarer Nachbarschaft zur Ammerland-Klinik und dem Bundeswehrkrankenhaus.

1. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
2. Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
3. Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
4. Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie
5. Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Westerstede)

Der vollstationäre Bereich umfasst 611 Betten verteilt auf insgesamt 32 Stationen, hinzu kommen 84 tagesklinische Behandlungsplätze. Die teilstationäre Versorgung unserer Patienten und Patientinnen erfolgt in unseren dezentralen Tageskliniken in Bad Zwischenahn, Brake, Cloppenburg, Delmenhorst und Westerstede.

Das stationäre Leistungsspektrum wird durch vielfältige und passgenaue ambulante Angebote ergänzt:

- Psychiatrische Institutsambulanz
- Suchtmedizinische Institutsambulanz
- Gerontopsychiatrische Institutsambulanz

- Forensische Institutsambulanz
- DBT/ADHS-Ambulanz
- Depressionsambulanz
- Mutter-Kind-Ambulanz
- Traumaambulanz mit Spezialsprechstunde für psychisch traumatisierte Geflüchtete
- Ambulanz für Neuronale Entwicklungsstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen.

Mit unseren Fachabteilungen und Spezialistinnen und Spezialisten versorgen wir ein Einzugsgebiet von 1.000.000 Menschen. Jährlich behandeln wir rund 20.000 Patientinnen und Patienten, davon etwa 12.600 ambulant und 7.000 stationär.

Die universitätsmedizinische Exzellenz und die routinierte fachliche Expertise eines Maximalversorgers mit speziellen Behandlungsangeboten passen in idealer Weise zusammen.

Stark im Team für die Patienten

Die Grundlage für Genesung, Versorgung und Betreuung der uns anvertrauten Menschen bilden die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, die in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten (Fachkräfte aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Kunst- und Sporttherapie, Musik- und Theatertherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie). Gemeinsam mit den Kollegen und Kolleginnen aus der Technischen Abteilung, der IT, der Küche und dem Dienstleistungszentrum arbeiten hier alle gemeinsam für eine bestmögliche Patientenversorgung in unseren Kliniken. Der Behandlungserfolg ist eine interdisziplinäre Gesamtleistung.

Die Karl-Jaspers-Klinik zählt mit ihren rund 1.100 Beschäftigten zu einem der größten Arbeitgeber der Region. Träger ist der Psychiatrieverbund Oldenburger Land und als gGmbH der Gemeinnützigkeit verpflichtet. Als familienfreundlicher Arbeitgeber (Zertifikat audit berufundfamilie) bieten wir unseren Mitarbei-

terinnen und Mitarbeitern zahlreiche Benefits, zum Beispiel Kinderferienbetreuung, Hansefit, Jobrad, flexible Arbeitszeitgestaltung, Appartementhaus, und vieles mehr. Die Vergütung erfolgt nach TVÖD³ beziehungsweise TV-Ärzte/VKA⁴.

2021 wurde neuer Klinikmittelpunkt eröffnet: das neue Hannah-Arendt-Haus

Als vorläufiger Höhepunkt des Modernisierungsprozesses der Klinik in den letzten Jahren kann die Eröffnung des Hannah-Arendt-Hauses bezeichnet werden.

Der Neubau im Überblick:

- Information, Aufnahme und Diagnostik sowie acht Halbstationen unter einem Dach
- modern ausgestattete Ein- und Zweibettzimmer
- jedes Patientenzimmer verfügt über einen eigenen Sanitärbereich
- alle Stationen mit eigenem Außenbereich (Innenhof oder Garten)
- alle Raucherbereiche außerhalb der Station
- lichtdurchflutete Magistrale im Eingangsbereich mit Sitzinseln und viel Platz für Begegnung und Therapie
- gelungene Balance von beschützender und zugleich offener Atmosphäre

„Das Wichtigste für neue Patientinnen und Patienten ist, an einen Ort zu kommen, an dem sie sich wohl fühlen. Mit dem neuen Hannah-Arendt-Haus ist es gelungen, den offenen Charakter unseres Klinikgeländes in Architektur zu übersetzen. Viel Platz und Licht schaffen eine Atmosphäre, in der Menschen zur Ruhe kommen. Gleichzeitig lädt die Gestaltung zur heilungsfördernden Kommunikation ein (Dr. Christian Figge, Ärztlicher Direktor).“

Durch die Zusammenlegung von Aufnahme, Diagnostik, Information und Stationen konnten zudem für die Patientinnen und Patienten die Behandlungsabläufe optimiert werden.

³ Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst

⁴ Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern

„Wir haben ein professionelles Umfeld und gute, moderne Arbeitsbedingungen für unsere Mitarbeitenden geschaffen. Die Architektur gibt Pflegenden viele Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit Patientinnen und Patienten. Mit dem Snoezelen-Raum und hochmodernen Krisenräumen haben wir Instrumente, mit denen wir Angebote zur Regulation machen können. Gleichzeitig sichern eigene Atrien und Gartenbereiche größtmögliche Autonomie – auch in geschützten Bereichen (Monika Jüttner, Pflegedirektorin).“

Trotz seiner modernen Architektur mit offenen und lichtdurchfluteten Räumen, die konsequent multifunktional gehalten sind, passt sich der zweigeschossige Klinkerbau harmonisch in die parkähnliche Anlage ein. Patientinnen und Patienten wird in den Räumlichkeiten eine Balance aus beschützender und offener Atmosphäre geboten. Die zeitgemäß ausgestatteten Ein- und Zweibettzimmer haben alle eigene Sanitärbereiche. Alle Stationen verfügen über Außenbereiche.

Kontakt:

Isabelle Sproß, Karl-Jaspers-Klinik Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH
Hermann-Ehlers-Straße 7, 26160 Bad Zwischenahn, Telefon: 0441 9615-0,
info@karl-jaspers-klinik.de

Homepage: www.karl-jaspers-klinik.de

STEP-Tagesstätte Oldenburg (STEP gGmbH) – Tagesstätte für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängige Menschen in der Stadt Oldenburg und für angrenzende Landkreise

Detlef Busemann (Einrichtungsleitung) und Zeinab Sultan (stellvertretende Einrichtungsleitung)

Mit der Eröffnung der STEP-Tagesstätte Oldenburg im September 2021 wurde in der Suchtkrankenhilfe eine Versorgungslücke zwischen ambulanten und stationären Wohnformen für die Stadt Oldenburg sowie für die Landkreise Oldenburg und Ammerland geschlossen.

Insgesamt verfügt die STEP-Tagesstätte Oldenburg über 40 Plätze für Teilnehmende, die von einem multiprofessionellen Team begleitet und betreut werden. Ziel ist es, im Sinne der im SGB IX⁵ festgelegten Leitziele und der in der UN-Behindertenrechtskonvention fixierten Inklusion, suchtkranken Menschen mit seelischer Behinderung ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen beziehungsweise dieses zu erhalten.

Implementierung der STEP-Tagesstätte Oldenburg

Zum Start der STEP-Tagesstätte in der Elbestraße 8, 26135 Oldenburg, wurde das großzügig geschnittene Gebäude mit seinen hellen, offenen Räumen nach der Renovierung mit großen, farbigen Hinweistafeln für die jeweiligen Arbeitsbereiche ausgestattet. Parallel dazu startete die Akquise mit dem Ziel, ein großes, breit aufgestelltes Netzwerk aus Kooperationspartnern und Kooperationspartnerinnen aufzubauen. Um die Zielgruppe derjenigen suchterkrankten Menschen zu erreichen, die bisher nicht erreicht werden konnte, ist das Angebot vorgestellt und der Kontakt zu Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern verfestigt worden. Zusätzlich sollen damit auch suchterkrankte Menschen erreicht werden, die weitere Begleitung und Betreuung neben anderen Angeboten des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen wollen. Durch einen fachlichen fundierten Austausch und die Besichtigungen der Räumlichkeiten sowie der Vorstellung unserer Leistungen, konnten wir uns als Einrichtung im Raum Oldenburg und in den angrenzenden Landkreisen etablieren.

⁵ Sozialgesetzbuch

Unser Team besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Professionen – Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten, Arbeitsanleiterinnen und Arbeitsanleiter, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen – und zeichnet sich durch mehrjährige Erfahrungen und Kompetenzen in der Suchthilfe aus.

Die Ergebnisse der Arbeit der vergangenen Monate zeigen sich heute darin, dass wir vermehrt suchterkrankte Menschen erreichen, die im Rahmen der Tagesstruktur von einer individuellen, bedarfsgerechten Begleitung und Betreuung profitieren. Um einen näheren Einblick über unsere vielfältigen Angebote zu erhalten, die als Grundlage der individuellen Unterstützung dienen, werden diese im Folgenden kurz vorgestellt.

Betreuungsangebote

- *Pädagogische Angebote:* Psychosozialer Bereich (Einzel- und Gruppengespräche), Suchtarbeit (Rückfallprophylaxe, Krisenintervention), Psychoedukation, Bezugsbetreuersystem.
- *Lern-Werkstatt:* Möglichkeit, den Haupt- oder Realschulabschluss im Rahmen der sogenannten „Nichtschülerprüfung“ zu erwerben. Die STEP-Tagesstätte Oldenburg bietet dafür Lernarrangements in sieben Fächern an (Deutsch, Mathematik, Englisch, Biologie, Politik, Wirtschaft, Physik). Ein Einstieg ist nach Absprache auch nach Kursbeginn möglich.
- *Stadt-Natur-Werkstatt (Pflege von bis zu fünf Bienenvölkern):* Ganzjährige Betreuung, Honigernte, Erlernen von handwerklichen Tätigkeiten, Wachs-aufbereitung, Aufbereitung der Bienenprodukte.
- *Zukunfts-Werkstatt:* Thematisierung von Mediensucht, Entwicklung und Förderung von Medienkompetenz.
- *Ergotherapeutische Angebote:* Holz-/Metallarbeiten, Wachs- und Kerzenziehen, Nutzung kreativer Medien und der Kreativ-Werkstatt, Pflanzen ansäen und pflegen, Umgang mit dem Computer.
- *Lebenspraktische Angebote:* Einüben von Alltagsfertigkeiten (Einkauf, Regelung eigener Angelegenheiten, Umgang mit Behörden et cetera).

- *Hauswirtschaftliche Angebote:* Haushaltstraining, Vor-, Zu- und Nachbereitung von Mahlzeiten in der Gemeinschaftsküche (Küchen- und Körperhygiene hat bei uns einen hohen Stellenwert).
- *Entspannungs- und Bewegungsangebote:* Vermittlung des Körperbewusstseins, Abbau von individuellen Spannungen, Gesundheitsförderung, Nutzung des Fitness-Raumes mit Geräten
- *Begleitende Angebote zur Freizeitgestaltung:* Entwicklung von Hobbys und Interessen, Förderung von bereits vorhandenen Hobbys und Fähigkeiten.

Die verschiedenen Angebote sollen dahingehend unterstützen, dass festgelegte Ziele der Teilnehmenden durch positive Verstärkung erreicht werden können. Zu den Zielen gehören beispielsweise das Einhalten der Tagesstruktur sowie das Erlangen von Kontinuität im Alltag. Kognitive Fähigkeiten, soziale Kompetenzen oder auch Kommunikationsfähigkeiten sollen erhalten und ausgebaut werden. Gleichzeitig können der Zugewinn an Ich-Stärke, Selbstwert, Selbstregulierung und Impulskontrolle als Ziele definiert werden sowie zuletzt auch die Förderung der Abstinenzmotivation bis hin zur Abstinenz.

Aufnahmeverfahren und Ablauf in der STEP-Tagesstätte Oldenburg

Bei Interesse an dem Angebot können potenzielle Teilnehmende einen Termin mit uns vereinbaren, um erste Eindrücke von der Tagesstätte zu gewinnen. Fällt die Entscheidung, das Angebot wahrnehmen zu wollen, wird die Antragstellung unterstützt. Daraufhin werden die Teilnehmenden zu einem Zielplangespräch eingeladen, in dem sich über die individuellen Ziele während des Aufenthaltes in der STEP-Tagesstätte Oldenburg ausgetauscht wird. Somit kann ebenfalls ermittelt werden, welche Angebote bei der Zielerreichung unterstützen und wo der Bedarf einer Betreuung und Begleitung liegt. Wird ein Bedarf von Seiten des Leistungsträgers festgestellt, können Teilnehmende mit der Begleitung und Betreuung starten. In regelmäßigen Abständen finden Zielüberprüfungs- und Bilanzgespräche statt, um über die persönliche Entwicklung des Teilnehmenden und dessen Umsetzung der Ziele zu beraten und zu evaluieren.

Öffnungszeiten

An vier Tagen in der Woche, montags bis donnerstags, ist die STEP-Tagesstätte Oldenburg von 8:30 bis 16 Uhr und freitags von 8:30 bis 14:30 Uhr geöffnet.

Bei Fragen zur Teilnahme melden Sie sich gerne unter der Telefonnummer 0441 405731-0 oder per E-Mail: tagesstaette.oldenburg@step-niedersachsen.de

Kontakt:

Detlef Busemann und Zeinab Sultan, STEP-Tagesstätte Oldenburg, Elbestraße 8, 26135 Oldenburg

Tagesaufenthalt der Diakonie an neuem Standort

Pressemitteilung der Diakonie im Oldenburger Land⁶

Diakonie eröffnet Einrichtung an der Cloppenburger Straße.

Oldenburg, 14.4.2022 - Mehr als 1000 Männer und Frauen haben 2021 den Tagesaufenthalt für Wohnungslose in der Ehernstraße genutzt. Sie alle müssen sich nun an eine neue Adresse gewöhnen. Denn der Tagesaufenthalt der Diakonie ist an die Cloppenburger Straße 35 gezogen. „Damit ist - zusammen mit dem zweiten Tagesaufenthalt für Wohnungslose an der Bloherfelderstraße, der 2021 eröffnet wurde - ein großer Teil der ersten Phase des Gesamtkonzeptes „Niedrigschwellige Wohnungslosen- und Suchthilfe“, das am 29. Mai 2019 vom Rat der Stadt Oldenburg beschlossen wurde, umgesetzt“, freut sich Sebastian Rann, Leiter für den Bereich Wohnungslosenhilfe bei der Diakonie im Oldenburger Land.

Gemeinsam mit Diakonie-Vorstand Thomas Feld besuchte Sozialdezernentin Dagmar Sachse den neuen Standort vor der Eröffnung. „Wir freuen uns, dass wir mit den nun zwei Tagesaufenthalten das Angebot für Menschen ohne feste Wohnung verbessern konnten“, sagte Sachse. Der neue Tagesaufenthalt an der Cloppenburger Straße ist 461,94m² groß und damit fast doppelt so groß wie die Räumlichkeiten an der Ehernstraße.

In der Cloppenburger Straße 35 können Besucher des Tagesaufenthaltes seit dem 14. April nun die gleichen Angebote nutzen, wie in der Ehernstraße. Für Menschen ohne feste Wohnung in Oldenburg bietet die Einrichtung die Möglichkeit, sich dort aufzuhalten, einen Kaffee zu trinken, sich aufzuwärmen, Wäsche zu waschen oder zu duschen. Zwei Sozialarbeiterinnen kümmern sich um das Beratungsangebot. Drei weitere Mitarbeitende sind für den Versorgungsbereich zuständig. Auch ein warmes Mittagessen wird angeboten. Genau wie die postalische Erreichbarkeit. Dazu kommen das Angebot der medizinischen Grundversorgung und die Kleiderkammer. „Wichtig ist auch, dass unsere Klienten in der Einrichtung W-LAN nutzen können. In der Corona-

⁶ www.dw-ol.de/aktuelles/pressemeldungen/artikel/tagesaufenthalt-an-neuem-standort

Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig digitale Teilhabe ist“, betont Sebastian Rann.

Die Räumlichkeiten in der Cloppenburg Straße sind frisch renoviert und bieten einen barrierearmen Zugang. „Das sind wichtige Verbesserungen im Vergleich zu unseren Räumlichkeiten in der Ehnernstraße“, betont Rann. Ein weiterer Vorteil für die Klienten: Der Tagesaufenthalt ist näher an der Obdachlosenunterkunft im Sandweg. Und auch die Beratungsstelle des Kreisdiakonischen Werkes Oldenburg Stadt ist an ihrem neuen Standort an der Bremer Straße fußläufig erreichbar.

„Unser Team im Tagesaufenthalt freut sich darauf, die Arbeit am neuen Standort aufzunehmen“, sagt Rann. Den Kontakt zu ihren neuen Nachbarinnen und Nachbarn hatten die Mitarbeitenden des Tagesaufenthalts schon im Vorfeld gesucht. Sie stellten sich und ihre Arbeit in einem Brief vor, den sie persönlich bei den Nachbarn verteilten. „Mit dem Umzug und der Erweiterung auf zwei Tagesaufenthalte hat die Stadt Oldenburg die Qualität der Arbeit in der Wohnungslosenhilfe sehr verbessert“, betont Sebastian Rann. Wichtig sei, dass mit den weiteren Bausteinen aus dem Gesamtkonzept weitere Schritte folgen. Gemeinsam müssten alle Beteiligten auch die Ursachen für Wohnungs- und Obdachlosigkeit und die besondere Situation von jungen Erwachsenen in Wohnungslosigkeit in den Blick nehmen.

Spende:

Unterstützt wurde der Tagesaufenthalt an der Cloppenburg Straße bei der Einrichtung der neuen Räumlichkeiten durch das Möbelhaus IKEA. Zu der Sachspende in Höhe von über 6000 Euro gehören unter anderem ein Außenpavillon für den Gartenbereich und Lagerregale für die Kleiderkammer in der Einrichtung.

Öffnungszeiten und Kontakt:

Der Tagesaufenthalt an der Cloppenburg Straße ist montags, dienstags, donnerstags und freitags von 9 bis 16.30 Uhr und mittwochs von 10 bis 16 Uhr

geöffnet. Ein warmer Mittagstisch wird angeboten. Erreichbar ist der Tagesaufenthalt unter: Telefon: 0441 883308 und Mail: ta-oldenburg@diakonie-ol.de. Weiterhin freut sich der Tagesaufenthalt weiterhin über Spenden, die Angebote für Menschen in Obdachlosigkeit ermöglichen, die über das gesetzliche Minimum hinausgehen.

Ansprechpartner: Herr Rann, Leitung Ambulante Wohnungslosenhilfe der Diakonie

Bericht aus der Klinik für Gerontopsychiatrie der Karl-Jaspers-Klinik

Prof. Dr. Jörg Zimmermann, Direktor der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik

Hinweis:

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde auf das Gendern verzichtet; grundsätzlich sind alle Personen angesprochen (w/m/d).

Die Weiterentwicklung der Behandlung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen in der Karl-Jaspers-Klinik

Die Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie ist eine auf psychische Erkrankungen im Alter spezialisierte Abteilung innerhalb der Karl-Jaspers-Klinik (KJK), in der auf vier spezialisierten Stationen in zwei Zentren Patienten mit überwiegend akuten gerontopsychiatrischen Erkrankungen aus dem gesamten Versorgungsgebiet und zum Teil überregional behandelt werden. Die Klinik verfügt über mehrere Stationen, die in einen Bereich für affektive Störungen und einen geschützten Bereich für Patienten mit überwiegend hirnorganischen Störungen differenziert ist. Darüber hinaus gibt es eine gerontopsychiatrische Institutsambulanz sowie einige integrierte teilstationäre Plätze. Sie behandelt etwa 5.000 Patienten pro Jahr, davon etwa 1.300 stationär.

In der Klinik arbeitet eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im ärztlichen und psychologischen Dienst in multiprofessionellen Teams zusammen mit Pflegekräften, Sozialarbeitern, Fachtherapeuten aus unterschiedlichen künstlerischen, arbeits- und ergotherapeutischen Gebieten. Häufige Diagnosen sind hirnorganische- und Demenzerkrankungen sowie affektive Störungen und Anpassungsstörungen. Die Stationen im Gertrud-Meyer-Haus sind in den letzten Jahren modernisiert und um Therapieräume erweitert worden. Dadurch konnte das therapeutische Angebot im geschlossenen Bereich durch zusätzliche Räume für kreative Therapien und Musiktherapie sowie einen Aufenthaltsraum für Patienten erweitert werden. Der geschützte Bereich im Gertrud-Meyer-Haus behandelt schwerpunktmäßig Patienten mit hirnorganischen Psychosyndromen bei unterschiedlichen zerebralen Erkrankungen sowie verschiedene Formen der Demenz und insbesondere die sich daraus ergebenden Komplikationen wie zum Beispiel das Delir. Eine umfangreiche

psychopathologische, medizinische und neuropsychologische Diagnostik wird angeboten. Bei vielen Patienten geht es auch um das Finden einer geeigneten Wohnform sowie die sozialpsychiatrische Implementierung entsprechender ambulanter Hilfen, die unser Sozialdienst organisiert. Das Gertrud-Meyer-Haus verfügt zudem über einen großen geschützten Gartenbereich, dessen Umzäunung optisch so dezent gehalten wurde, dass nicht der Charakter eines „Schutzzauns“ entsteht.

Die Stationen für affektive Erkrankungen (G 3 und G 4) werden in Zukunft im neu sanierten „Kurt-Schneider-Haus“ ein Zentrum für affektive Störungen bilden. Hier gibt es mehrere Terrassen, einen großen offenen Garten und ausreichend Therapie- und Aufenthaltsräume, in denen die Patienten sich wohlfühlen können.

Auf der Station G 3 werden therapieresistente oder schwer zu behandelnde Depressionen mit pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Methoden behandelt. Eine Besonderheit dieser Station ist die sogenannte „Elektrokonvulsionstherapie“ (EKT), die seit sieben Jahren hier mit Erfolg angeboten und durchgeführt wird.

Die zweite Station des Zentrums für affektive Störungen (G 4) behandelt überwiegend affektive und Anpassungsstörungen mit Schwerpunkt im psychotherapeutischen Bereich. Die Patienten werden aber zusätzlich lege artis pharmakotherapeutisch und soziotherapeutisch versorgt. Entgegen der Auffassung von Sigmund Freud, dass eine psychotherapeutische Behandlung von Patienten jenseits des 50. Lebensjahres wegen schwacher Libido und mangelnder mentaler Elastizität sinnlos sei, haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Psychotherapie altersbezogener und altersbedingter Störungen möglich, sinnvoll und erfolgreich sein kann. Auf der Psychotherapiestation G 4 hat sich ein differenzierter und vielseitiger Ansatz bewährt. Hier findet Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting sowie im Rahmen von verschiedenen kreativen Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie) statt, ohne die biologischen Bedingungsfaktoren einer Depression zu vernachlässigen, so

wird beispielsweise bei entsprechender Indikation eine geeignete Pharmakotherapie durchgeführt. Außerdem werden behandelbare körperliche Grunderkrankungen diagnostiziert und therapiert.

Die Gerontopsychiatrische Institutsambulanz (GIA) versorgt im ambulanten Bereich psychisch kranke Menschen überwiegend ab dem 65. Lebensjahr. Diese kommen sowohl auf Überweisung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, als auch – bei Bedarf – im Anschluss an eine stationär-psychiatrische Behandlung. Die GIA bietet eine multiprofessionelle Behandlung aus ärztlichen, psychologischen und sozialarbeiterischen Leistungen an. Auch eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik zu verschiedenen Fragestellungen wird angeboten und gerne nachgefragt.

Ein besonderer Schwerpunkt der GIA ist die Gedächtnissprechstunde. Hier werden erworbene kognitive Einschränkungen (zum Beispiel Verdacht auf eine Demenzerkrankung) diagnostisch abgeklärt und bei Bedarf eine Beratung und/oder Therapie eingeleitet. In diesem Zusammenhang beraten wir auch zu Fragen der Fahrtüchtigkeit bei Demenz.

Ausblick: Die Klinik für Gerontopsychiatrie wird sich im Laufe dieses Jahres dahingehend entwickeln, dass durch den Umzug des Bereiches für affektive Störungen in ein historisches, neu saniertes Gebäude und die Umgestaltung des Gertrud-Meyer-Hauses (Zentrum für hirnorganisch beeinträchtigte Patienten) mehr Raum für die Patienten zur Verfügung stehen wird, wodurch das therapeutische Milieu spürbar verbessert werden wird. Außerdem wird die Belegung der Zimmer reduziert, was die Pflege erleichtern wird, Dreibettzimmer sollen in Zukunft abgeschafft werden. Die Angebote werden weiter differenziert und spezifiziert. Im ambulanten Bereich werden die Kriseninterventionsmöglichkeiten ausgebaut, um stationäre Behandlungen zu verkürzen und die prästationäre ambulante Versorgung zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen zu intensivieren.

Kontakt:

Prof. Dr. Jörg Zimmermann, Direktor der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik
Hermann-Ehlers-Straße 7, 26160 Bad Zwischenahn

BPTK-FOKUS

Corona-Pandemie: Psychische Folgen für Kinder und Jugendliche

Die Corona-Pandemie gefährdet die psychische Gesundheit insbesondere von Kindern und Jugendlichen. Jedes dritte Kind war während der Kita- und Schulschließung psychisch belastet. Vor der Pandemie war es nur jedes fünfte Kind.

Besonders Kinder aus armen Familien betroffen

Die Pandemie verstärkte soziale Ungleichheiten. Geringes Einkommen und niedrige Bildung der Eltern erhöhten die Wahrscheinlichkeit psychischer Beschwerden und Erkrankungen durch die Pandemie. Kinder und Jugendliche litten vor allem unter den Kontaktverlusten und dem Wegfall von Tagesstruktur. Außerdem führte die Pandemie zu häufigeren Konflikten innerhalb der Familie. Damit haben vor allem Kinder und Jugendliche unter den Corona-Einschränkungen zu leiden gehabt, die bereits unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen.

tagen durchschnittlich fast zwei Stunden (109 Minuten) mit digitalen Spielen. Das waren 31 Prozent mehr als im September 2019. Bei den sozialen Medien stieg die Nutzungsdauer im Vergleich zu Vor-Corona-Zeiten um knapp 20 Prozent auf über zwei Stunden (139 Minuten). Mittlerweile sind 4,1 Prozent aller 10- bis 17-Jährigen vom Computerspielen abhängig. Vor der Corona-Pandemie waren es noch 2,7 Prozent. Bei sozialen Medien erhöhte sich der Anteil der abhängigen Nutzer*innen von 3,2 auf 4,6 Prozent. Im Vergleich zu 2019 bedeutet das einen Anstieg um rund 50 Prozent beim digitalen Spielen und um rund 40 Prozent bei den sozialen Medien.

Zu wenig Bewegung, mehr Essstörungen

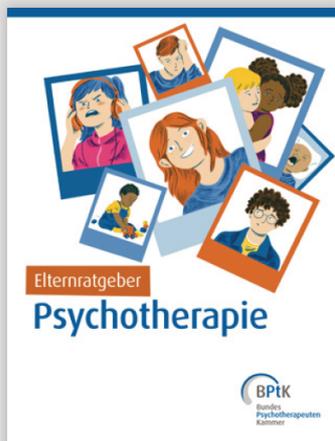
Die Corona-Pandemie führte dazu, dass Kinder und Jugendliche sich weniger bewegten und keinen Sport in Schule oder in Vereinen trieben. Deshalb mussten 2020 rund 60 Prozent mehr Kinder und Jugendliche wegen starkem Übergewicht in Krankenhäusern behandelt werden als im Vorjahr. Andererseits nahmen auch die stationären Behandlungen von stark untergewichtigen jungen Menschen um 35 Prozent zu. Ebenso erhöhte sich die Anzahl der Behandlungen von Essattacken mit anschließendem Erbrechen (Bulimie) und Magersucht um zehn Prozent.

Höheres Risiko für Gewalt gegen Kinder

Kinder und Jugendliche waren während der Corona-Pandemie auch einem höheren Risiko von Gewalt ausgesetzt. Durch Home-Office und Home-Schooling haben die Konflikte in den Familien zugenommen. Außerdem fielen Schulen, Kitas, Jugendzentren und Sportvereine als Schutzräume weg, in denen Pädagog*innen eingreifen können, wenn sie einen Verdacht auf Gewalt haben. So sind im Vergleich zum Vorjahr die Fälle sexueller Gewalt gegen Kinder um fast sieben Prozent gestiegen. Die Zahl der Kinder, die gewaltsam zu Tode gekommen sind, ist sogar um ein Drittel höher als im Vorjahr (Kriminalstatistik 2020).

Behandlungsbedarf stark gestiegen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen haben im ersten Halbjahr 2021 deutlich mehr Kinder und Jugendliche behandelt als im ersten Halbjahr 2019. Sie rechneten um acht Prozent mehr Leistungen ab, wie eine Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ergab. Im März 2021 lag die Zahl der Patient*innen sogar um fast ein Drittel höher als im vorpandemischen Zeitraum.



Elternratgeber „Psychotherapie“

Die BPTK veröffentlicht Anfang 2022 einen Elternratgeber „Psychotherapie“. Der Ratgeber richtet sich an Eltern, die sich Sorgen um die psychische Gesundheit ihres Kindes machen. Er soll sie über die Herausforderungen informieren, die Kinder je nach Alter zu meistern haben, und sie dabei unterstützen, die Probleme ihrer Kinder besser zu verstehen. Der Ratgeber soll Eltern auch dabei helfen, professionelle Hilfe zu finden, wenn sie allein nicht mehr weiterwissen.

Mehr Zeit online

Während der Corona-Pandemie hat die Dauer, die Kinder und Jugendliche für Computerspiele oder soziale Netzwerke wie Twitter, TikTok oder Instagram nutzen, erheblich zugenommen. Laut einer DAK-Studie verbrachten im Sommer 2021 Kinder und Jugendliche an Schul-

Neue Bundesregierung in der Pflicht

Die vierte Welle der Corona-Pandemie hat wieder zu einem massiven Anstieg der Infektionen geführt. Die Europäische Arzneimittelagentur empfiehlt, einen Impfstoff ab dem 5. Lebensjahr zuzulassen. Ab dem 13. Dezember sollen alle Kindern und Jugendlichen in Deutschland tatsächlich geimpft werden können. Dafür muss die neue Bundesregierung auch die Voraussetzungen schaffen.

Die neue Bundesregierung plant die monatelangen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, zu verringern. Mit einem „Zukunftspaket“ für Bewegung, Kultur und Gesundheit soll ferner auch die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden. Das Investitionsprogramm für Familien- und Jugendbildungsstätten soll fortgeführt werden. Zudem sollen Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien mit der Kindergrundsicherung bessere Chancen erhalten. Kinder von psychisch oder suchtkranken Eltern sollen unterstützt werden, der Kinderschutz soll gestärkt werden.

Die BPTK fordert insbesondere:

- **Kitas und Schulen offenhalten**
Kitas und Schulen sind für die psychische Gesundheit und Entwicklung unverzichtbar. Deshalb muss während der vierten Corona-Welle alles getan werden, um flächendeckende Schließungen von Schulen, Kitas, Sportvereinen und anderen Bildungseinrichtungen zu vermeiden. In Schulen und Kitas müssen umfassende Hygiene- und Schutzkonzepte umgesetzt werden und regelmäßige und kostenlose Tests zur Verfügung stehen.¹
- **Beratungsangebote ausbauen – Kinderschutz sicherstellen**
Leicht erreichbare Beratungsangebote der Jugendhilfe und der Frühe Hilfen für Eltern ab der Schwangerschaft und mit Kindern bis drei Jahre müssen ausgebaut werden. Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind häufig die ersten Anlaufstellen, wenn es in Familien Probleme gibt und Kinder psychische Beschwerden haben oder sich in Notlagen befinden. Außerdem

müssen Kinderschutzzentren flächendeckend ausgebaut und dauerhaft finanziert werden, um Kinder und Jugendliche vor Gewalt und Vernachlässigung schützen zu können.

- **Mehr psychotherapeutische Behandlungsplätze**

Es müssen mehr psychotherapeutische Behandlungsplätze geschaffen werden, um Kindern, die aufgrund der Corona-Pandemie psychisch belastet oder erkrankt sind, ohne monatelange Wartezeiten helfen zu können. Die neue Bundesregierung plant, die ambulante psychotherapeutische Versorgung „bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert“ auszubauen. Um aber während der Corona-Pandemie ausreichend Behandlungsplätze anbieten zu können, müssen kurzfristig zusätzlich mehr Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ermächtigt werden. Die Länder sollten auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen einwirken, mehr Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu schaffen.

- **Enquete-Kommission zur Kindergesundheit einrichten**

Kinder haben das Recht darauf, gesund aufzuwachsen. Um allen Kindern die Möglichkeit zu geben, sich unabhängig von ihrer Herkunft oder dem Einkommen der Familie gesund zu entwickeln, braucht es eine breite gesamtgesellschaftliche Strategie. Deshalb sollte eine Enquete-Kommission zur Kindergesundheit eingesetzt werden, an der auch Psychotherapeut*innen als Expert*innen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind.

¹ Der Schutz von Kindern in der Pandemie wurde auch in einer Resolution auf dem 39. Deutschen Psychotherapeutentag bekräftigt
www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/11/Resolution-Keine-lee-ren-Versprechungen-Kinder-schuetzen.pdf

² Der 39. Deutsche Psychotherapeutentag hat hierzu eine Resolution verabschiedet: www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/11/Resolution-Enquete-Kommission-zur-Kindergesundheit-einsetzen.pdf



Aufsuchende und sektorenübergreifende Behandlung – vom Modellprojekt zur Regelversorgung im Bremer Osten

VON LINDA RÜRUP, JÖRG UTSCHAKOWSKI UND JENS REIMER

In Bremen wird die lebensumfeldnahe psychiatrische Behandlung ausgeweitet. Nach einem vom Landesgesundheitsressort geförderten Modellprojekt wurde ein hometreatmentbasiertes Regelversorgungsangebot entwickelt.

Personenzentrierte Hilfen

Innerhalb sozialpsychiatrischer Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen etablieren sich in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland zunehmend personenzentrierte Ansätze. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten (folgend synonym mit Nutzerinnen und Nutzern) soll bedürfnisorientiert, wenn möglich ambulant und unter Berücksichtigung des sozialen Bezugssystems sowie der regionalen Lebenswelt erfolgen. Dies setzt ein differenziertes Angebot, die Integration entsprechender Dienstleistungen verschiedener Sozialgesetzbücher (SGB) (z.B. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V, Rehabilitation nach SGB XI und Eingliederungshilfe nach SGB IX) und die Möglichkeit einer kontinuierlichen, sektorenübergreifenden Behandlung und Versorgung voraus. Ein breites Spektrum – auch niederschwelliger – individualisierter psychiatrischer, psycho- und soziotherapeutischer oder rehabilitativer Versorgungsangebote erfordert eine systematische und lebendige Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 2017, 2019; Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2012, 2017).

Die Verfügbarkeit einer evidenzbasierten, bedarfsgerechten und patientenorientierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen scheint eine der größten Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems zu sein. Diese Bedarfe können u.a. mit regionalen, schweregradgestuften sowie koordinierten Versorgungsnetzwerken und einer effizienten Steuerung der Hilfsangebote erfüllt werden. Koordinierte und sektorenübergreifende Behandlungsangebote wer-

den jedoch im deutschen Versorgungssystem selten umgesetzt und sind zudem kein Bestandteil der Regelversorgung. Das bedeutet oftmals eine unzureichende Finanzierung für solche neuen Versorgungsformen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2018; Lambert, Karow & Gallinat 2019). So wurden in Deutschland in den letzten Jahren viele Projekte v.a. auf Basis verschiedener SGB-V-Modelle entwickelt, die ambulante, niederschwellig erreichbare sowie aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten bereitstellen (Bühning 2018; Steinhardt, Wienberg & Koch 2014). In Bremen wurde das »Modellprojekt Sektorübergreifende Behandlung« (SÜB-Projekt) abgeschlossen und ein innovatives Regelversorgungsangebot implementiert, das als Versorgungsform die oben genannten Herausforderungen annimmt und vor allem mit seinem Finanzierungsmodell neue Wege beschreitet.

»Modellprojekt Sektorübergreifende Behandlung«

Das »Modellprojekt Sektorübergreifende Behandlung« (SÜB) startete Ende 2016 mit dem Ziel der Implementierung eines sektorenübergreifenden, ambulant und gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgungsangebots. Politisch gründete das Projekt auf dem Bremer Bürgerschaftsbeschluss einer Psychiatriereform (2013), die die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen inklusive der Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenaher teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote umfasste. Das Konzept für das SÜB-Projekt wurde ab 2014 von der Senatorischen Behörde für Gesundheit in Kooperation mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM) am Klinikum Bremen-Ost der Gesundheit Nord, mit der Gesellschaft

für Ambulante Psychiatrische Dienste (GAPSY) und der Gesellschaft für Seelische Gesundheit des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) für die Region Bremen-Ost erarbeitet und von 2016 bis Ende 2019 mit Modellmitteln zur Bremer Psychiatriereform gefördert. Die Realisierung des Modellprojekts wurde zudem von der Begleitgruppe Psychiatriereform unterstützt, an der Vertreterinnen und Vertreter der Bremer Krankenhausgesellschaft, der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer, der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände, der psychiatrischen Kliniken, der Krankenkassen, der Universität Bremen, des Magistrats Bremerhaven und der Senatorin für Gesundheit beteiligt waren.

Ziele und Umsetzung des SÜB-Projekts

Die primären Ziele des SÜB-Projekts bestanden darin, die transsektorale Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen zu intensivieren und eine gemeinsame, integrative Gesundheitsdienstleistung im Rahmen einer koordinierten, sektorenübergreifenden Versorgung anzubieten, die individuell auf die einzelnen Patientinnen und Patienten zugeschnitten wird. Zudem sollten für Nutzerinnen und Nutzer die Versorgungslücken in der Region geschlossen werden, indem beispielsweise im Einzelfall individualisierte Leistungen organisiert wurden.

Die Umsetzung erfolgte durch die Gründung eines multiprofessionellen Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller drei Institutionen, inklusive Projektkoordination. Um eine enge Kommunikation zu etablieren, fand wöchentlich eine gemeinsame Sitzung zur Abstimmung, Planung und Koordination von Leistungen für Nutzerinnen und Nutzer statt. Versorgungslücken für schwer und mehrfach Erkrankte sollten durch eine »No dropout

policy« geschlossen werden (unter anderem indem die Weiterbehandlung zur Sicherstellung einer Versorgung und zugunsten einer Behandlungskontinuität z.B. nach Rückfällen mit Substanzkonsum erfolgte). Die Unterstützung und Begleitung von Behandlungen somatischer bzw. komorbider Erkrankungen war bei Bedarf ein Element der psychosozialen Intervention.

Die Versorgung im SÜB-Projekt erfolgte nach dem Ansatz des ACT (Assertive Community Treatment). ACT bietet eine intensive, gemeindenahere psychiatrische Komplexbehandlung im Lebensumfeld für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Später wurde der FACT-Ansatz genutzt (bei FACT wird ACT bedarfsorientiert und flexibel mit weniger intensivem, aber kontinuierlichem Fallmanagement angeboten), der in den Niederlanden entwickelt und inzwischen in einigen europäischen Ländern eingesetzt wird (Keet 2016; van Veldhuizen & Bähler 2013). Gemäß des FACT-Ansatzes erhielten SÜB-Nutzerinnen und -Nutzer entweder eine intensive Versorgung oder eine niederfrequente Versorgung mit geringerer wöchentlicher Kontaktzeit (vgl. Kraft, Wüstner & Lambert 2017). Zu Beginn und während der Behandlung wurde die Versorgung dem individuellen Bedarf angepasst, ein Wechsel zwischen beiden Angeboten war jederzeit möglich. Den Nutzerinnen und Nutzern wurden möglichst Ansprechpartner der verschiedenen Institutionen zur Seite gestellt. Eine psychoedukative Recovery-Gruppe wurde ebenfalls angeboten. Mitarbeitende der ambulanten Leistungserbringer arbeiteten bei Bedarf auch mit der Sozialpsychiatrischen Ambulanz und der Beratungsstelle des Klinikums Bremen-Ost zusammen, an der das Projekt angebunden war.

Vor allem die gemeinsame wöchentliche Sitzung aller Mitarbeitenden des SÜB-Behandlungsteams war eine gelebte gemeindepsychiatrische Verbundarbeit und ermöglichte den Patientinnen und Patienten lückenlose Übergänge zwischen den verschiedenen Behandlungsangeboten in den Sektoren. Bezugsmitarbeitende bzw. Fallmanagerinnen und Fallmanager koordinierten Hilfen wie Betreutes Wohnen, Ergotherapie, Rehabilitationsbehandlungen oder Arbeits-



Marc Leuther (Bereichspflegeleitung von BravoO) und Oliver Schaper (Leitender Arzt sozialpsychiatrische Ambulanzen und Tagesklinik Klinikum Bremen-Ost und BravoO) waren am Aufbau des Behandlungsangebots beteiligt.

Foto: Gesundheit Nord/ Kerstin Hase (Copyright)

förderungsmaßnahmen. Bei übergangsweisen teilstationären oder stationären Aufenthalten fanden Fallgespräche statt, an denen Behandlerinnen und Behandler und die Bezugspersonen aus dem sozialen Netzwerk der Nutzer teilnahmen. Ein in diesen Fällen eingeleitetes sektorenübergreifend abgestimmtes Entlassungsmanagement beinhaltete die frühzeitige Planung ambulanter Angebote.

Positive Effekte

Auf die positiven Effekte des Versorgungsansatzes weisen die klinischen Verläufe der Projektteilnehmenden und die durchschnittliche Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus in der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale im DSM V; American Psychiatric Association 2013) hin – der mittlere GAF-Wert bei Aufnahme war 36,9, bei Entlassung 56. Auch zeigte sich eine Steigerung der Selbsteinschätzung der Lebensqualität – erfasst mit der Kurzversion des Q-Les-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; Endicott et al. 1993). Die hohe Behandlungszufriedenheit bestätigte ein spezifischer Fragebogen. Aus Sicht der Mitarbeitenden waren das institutionsübergreifende Krisenmanagement und die langfristige Beziehungskontinuität Qualitätsmerkmale des Projekts. Ebenso konnten wichtige Erfahrungen hinsichtlich einer kooperativen, ambulanten Patientenversorgung gewonnen werden. Das Fehlen eines gemeinsamen Dokumentationssystems hingegen erschwerte die gemeinsame Patientenversorgung.

Von Modellprojekt zum Regelversorgungsangebot »Bremen ambulant vor Ort«

Aufgrund geltender sozialrechtlicher Vorgaben konnte das SÜB-Projekt nicht in die Regelversorgung überführt werden. Parallel zum SÜB-Projekt plante das Zentrum für Psychosoziale Medizin (ZPM) im Zuge der Umsetzung der Psychiatriereform in Bremen weitreichendere Maßnahmen zur Transformation von stationären Behandlungsangeboten in ambulante, stationsäquivalente Leistungen. Dafür steht – unterstützt vom Gesundheitsressort und von sämtlichen Krankenkassen – den Patientinnen und Patienten der Versorgungsregion Bremen-Ost seit September 2019 das lebensumfeldnahe, bedarfsorientierte psychiatrische Behandlungsangebot »Bremen ambulant vor Ort« (BravoO) zur Verfügung. Durch die Umwandlung von 20 vollstationären Behandlungsplätzen des Klinikums Bremen-Ost konnte das stationsäquivalente Behandlungsangebot implementiert werden.

Die Besonderheit dieser Versorgungsstruktur liegt zunächst in der spezifischen Finanzierung, die über die Bundespflegesatzverordnung verhandelt wurde. Formal ist BravoO als eine Tagesklinik mit 25–30 Behandlungsplätzen zu sehen. Hier werden die Patienten ausschließlich virtuell stationär aufgenommen, die Behandlung findet jedoch im sozialen Umfeld statt und kann hinsichtlich der Intensität flexibel gestaltet werden. BravoO ist ein Regelversorgungsangebot, bietet jedoch eine Behandlung unabhängig von



den Vorgaben einer klassischen Regelversorgung oder von StÄB (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung), beispielsweise bezüglich der Möglichkeit der Inanspruchnahme weiterer Krankenversicherungsleistungen oder der Flexibilität bezüglich der Intensität der Leistungserbringung. Weiterhin ist z.B. keine Einschreibung der Nutzer notwendig, wie es bei Verträgen der Integrierten Versorgung üblich ist. Die Abrechnung erfolgt über alle Bremer Krankenkassen.

Das Bravo-Angebot steht grundsätzlich allen Einwohnerinnen und Einwohnern der Region Bremen-Ost zur Verfügung, die akut oder chronisch an einer psychischen Erkrankung leiden. Zugang erhalten Patienten z.B. über tagesklinische oder stationäre Behandlungen sowie über ambulante Fachärztinnen und -ärzte. Auch eine selbstständige Vorstellung ist möglich. Behandlungsindikation ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit akuter Krankheitsphase und Indikation einer stationären Behandlung.

Unter fachärztlicher Leitung arbeitet das Bravo-Team im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Das multiprofessionelle Team (Psychiatrische Pflege, Ergotherapie, Sozialdienst, psychologischer und ärztlicher Dienst sowie

Genesungsbegleitung) leistet – orientiert an dem oben erwähnten flexibel aufsuchenden Ansatz – sowohl eine intensive, hochfrequente Behandlung als auch eine weniger intensive Komplexbehandlung mit durchgängigem Fallmanagement. Die Behandlungsintensität und -dauer orientieren sich an dem aktuellen Genesungsstatus bzw. an den relevanten Funktionseinschränkungen und Versorgungsbedarfen der Patienten sowie an den bei der Aufnahme gemeinsam festgelegten Behandlungszielen. Die Intensität der Bravo-Behandlung kann jederzeit flexibel bedarfs- und recovery-orientiert angepasst werden. Dabei werden im Sinne des Ansatzes der Gemeindepsychiatrischen Verbünde bzw. des »community treatments« nach Möglichkeit weitere Versorgungsangebote der verschiedenen ambulanten Leistungserbringer der Region sowie alle im Lebensumfeld verfügbaren Ressourcen integriert.

Ziele von Bravo

Wesentliches Ziel des ambulanten Bravo-Versorgungsangebots ist eine individualisierte, schweregradgestufte und koordinierte psychiatrische Behandlung im Lebensumfeld. Über die Anbindung an die weiteren gemeindepsychiatrischen, therapeutischen und freizeitorientierten Angebote soll vor allem eine dauerhafte Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten erreicht werden. Wenn möglich, hat die Bravo-Behandlungsoption Priorität vor vollstationären Behandlungen. Bei aktuell vollstationär versorgten Patienten wird eine mögliche Bravo-Behandlung mit den dort tätigen Kolleginnen und Kollegen, den Patientinnen und Patienten und den Bravo-Mitarbeitenden evaluiert. Die Bravo-Versorgungsstruktur soll damit stationäre Behandlungen ersetzen bzw. verkürzen.

Behandlungsplanung

Das Bravo-Behandlungsteam nutzt eine spezifische Form der Behandlungsplanung nach niederländischem Vorbild. Eine EDV-gestützte Patiententafel zeigt die aktuelle Auslastung und die individuell geplanten Wochenkontakte an. Daraus kann abgeleitet werden, welche Patientinnen und Patienten tagesaktuell

plan- oder auch außerplanmäßig zu Hause besucht werden sowie ob spezifische Bedarfe, Planungen oder Ziele bei den Besuchen zu berücksichtigen sind. Anhand der Patiententafel wird morgendlich mit dem gesamten Team die tägliche Behandlungsplanung vorgenommen. Zum Beispiel können Patientinnen und Patienten zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten begleitet oder auch bestimmte Aktivitäten zur Außenorientierung vorgenommen werden. Auch werden hier feste oder intermittierende ärztliche, psychologische, sozialtherapeutische oder ergotherapeutische Termine vermerkt.

Die Hausbesuche oder gemeinsame Außentermine werden, abhängig vom Ziel des Kontakts, von ein oder zwei Mitarbeitenden absolviert. Die Interventionen werden entsprechend dem Genesungszustand und der aktuellen Behandlungsziele angepasst. Die Behandlung wird laufend in der wöchentlichen berufsgruppenübergreifenden Fallbesprechung gemeinsam unter fachärztlicher Leitung evaluiert.

Die bereits im SÜB-Projekt begonnene enge Zusammenarbeit mit den ambulanten sozialpsychiatrischen Leistungserbringern ASB und GAPSY wird durch die koordinierte Versorgung im Rahmen des Bravo-Behandlungsangebots weiter intensiviert. So kann beispielsweise ein Patient bereits während der Bravo-Behandlung in das Betreute Wohnen vermittelt oder der Nutzer einer betreuten Wohnform in einer Krise kurzfristig und flexibel vom Bravo-Team behandelt werden. Ein in Arbeit befindlicher Kooperationsvertrag soll eine tagesgleiche Leistungserbringung der weiteren ambulanten Hilfen (ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie) erleichtern. Angebote aus dem KV-Bereich können parallel zur Bravo-Behandlung weiter genutzt werden. Diese Option für Nutzer und Nutzerinnen ist ein Alleinstellungsmerkmal von Bravo. Damit unterstützt und fördert Bravo den Aufbau eines institutionsübergreifenden Hilfenetzwerks und die vielseitigen Beziehungen und Anbindungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Angestrebt wird die Anwendung des Offenen Dialogs. Der therapeutische Ansatz ist vor allem gekennzeichnet von

den Prinzipien der aufsuchenden Arbeit, der größtmöglichen Bedürfnisorientierung, der Wahrung der Autonomie der Patienten, der Einbeziehung des sozialen Netzwerks und von der speziellen dialogischen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten (vgl. Seikkula, Alakare & Aaltonen 2003). Die Mitarbeit eines Genesungsbegleiters im multiprofessionellen Behandlungsteam fördert die Akzeptanz des BravO-Behandlungsansatzes bei den Patientinnen und Patienten.

Seit der Implementierung des Angebots Anfang September 2019 bis Mitte 2020 wurden insgesamt 117 Menschen (z.T. mehrfach) behandelt, v.a. mit einer Hauptdiagnose aus dem F2- und F3-Spektrum. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war 43 Tage, wobei im Mittel an 22 Tagen Leistungen durch BravO erbracht wurden. Der Aufbau des neuen Versorgungsangebots mit völlig neuer Organisationsstruktur und hohem Steuerungsaufwand sowie dem Anspruch einer hohen fachlichen Qualität und großer Beziehungskontinuität bei der Patientenbehandlung erfolgte in einem relativ kurzen Zeitraum. Dieser Prozess und auch die als sehr hoch empfundene Verantwortung der Teammitglieder für die Patienten und deren Behandlung im häuslichen Umfeld waren und sind Herausforderungen. Diese werden zugunsten der neuen Behandlungsmöglichkeiten gerne angenommen.

Ausblick

Der Effekt des Einsatzes des Genesungsbegleiters wird im Rahmen der HoPe-Studie (HoPe: Home Treatment and Peer Support) des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) systematisch evaluiert.

Die Ausweitung des BravO-Modells auf ganz Bremen ist geplant. Dies bedeutet strukturelle Veränderungen der psychiatrischen Versorgung in Bremen. Eine integrierte Zusammenarbeit von BravO und der bestehenden ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungsangebote ist dabei ein gemeinsames Ziel aller Beteiligten. Wesentlich ist die konzeptionelle Verzahnung mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Bremen. In diesen wird eine Zusammenarbeit als Netzwerk angestrebt, in dem BravO als

Zitat einer Patientin zu BravO:

»Die ganzen Wochen in der BravO-Behandlung sind so vergangen, dass ich echte Zuwendung bekommen habe. Der einzige Wunsch, den ich habe, ist, dass BravO mehr Menschen erreicht und den Menschen in Bremen hilft. BravO hat mir so sehr geholfen!«

Steuerungswerkzeug für die Behandlung und Versorgung dienen könnte. Die langfristige Implementierung des BravO-Behandlungsangebots in allen Versorgungsregionen soll in triadischer Beratung vorgenommen werden. ■

Dr. Linda Rürup, Gesundheit Nord, Koordination des »Modellprojekts Sektorübergreifende Behandlung«, Psychologin bei »Bremen ambulant vor Ort«

Jörg Utschakowski, Leiter des Referats Psychiatrie und Sucht bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Prof. Dr. Jens Reimer, Gesundheit Nord, geschäftsführender Direktor des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Bremen

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.) (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Aufl., Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Bühning, P. (2018) Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker: Gefragt ist der Gesetzgeber. In: Deutsches Ärzteblatt, 115, 31–32
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (2012) Positionspapier zur Integrierten Versorgung. Ambulant statt stationär. https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/DGP_Positionspapier_1_2012.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018) DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. & Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (2017) Home Treatment in Deutschland. Gemeinsame Stellungnahme. www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/Stellungnahme_Hometreatment_der_DGSP_und_DVGP.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2019) Forderungen der DGSP für die Weiterentwicklung des ambulanten psychiatrischen Bereichs im Rahmen des SGB V-Dialogprozesses. www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/DGSP_Dialogforum_Weiterentwicklung_ambulaner_psychiatrischer_Bereich_Oktober_2019.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Endicott, J.; Nee, J.; Harrison, W.; Blumenthal, R. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. In: Psychopharmacology Bulletin, 29, 321–326
- Keet, R. (2016) Doing more than ACT: The Dutch FACT model, flexible assertive community treatment. In: European Psychiatry, 33, 481–482; <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1765> (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Kraft, V.; Wüstner, A.; Lambert, M. (2017) Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-Manual. https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Lambert, M.; Karow, A.; Gallinat, J. (2019) Versorgungsforschung in der Lebenswelt. Der Nervenarzt, 90 (11), 1093–1102; <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00793-z> (letzter Zugriff: 09.11.2020)
- Seikkula, J.; Alakare, B.; Aaltonen, J. (2003) Offener Dialog in der Psychosebehandlung – Prinzipien und Forschungsergebnisse des West-Laplandprojektes. In: Aderhold, V. et al. (Hrsg.) Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychozial-Verlag, S. 89–102
- Steinhardt, I.; Wienberg, G.; Koch, C. (2014) Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland. Praxismodelle, Standards und Finanzierung. In: G + G Wissenschaft, 4, 15–26
- Van Veldhuizen, J.R.; Bähler, M. (2013) Manual Flexible Assertive Community Treatment – Vision, model, practice and organization; <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3925.1683> (letzter Zugriff: 09.11.2020)

Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Strafgesetzbuch



Pressemitteilung | 13. Januar 2022 Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Strafgesetzbuch

Bund-Länder-Arbeitsgruppenbericht veröffentlicht

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB) hat ihre Arbeiten abgeschlossen und heute ihren Bericht auf der Homepage des Bundesjustizministeriums veröffentlicht.

Bundesjustizminister Dr. Marco Buschmann erklärt hierzu:

„In den letzten Jahren ist die Zahl der Straftäterinnen und Straftäter, die in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Strafgesetzbuch untergebracht sind, ganz erheblich gestiegen. Waren 1995 noch knapp 1400 Personen in einer Entziehungsanstalt untergebracht, so hat sie sich im Jahr 2019 mit 4300 Personen schon mehr als verdreifacht, mit weiter steigender Tendenz. Die Kliniken sind überlastet, und zunehmend sind offenbar auch Personen untergebracht, die in der Entziehungsanstalt gar nicht richtig aufgehoben sind, sondern zum Teil sogar den Therapieverlauf der wirklich behandlungsbedürftigen Personen behindern.

Die Behandlung der Straftäterinnen und Straftäter in den Entziehungsanstalten sollte sich daher wieder stärker auf diejenigen Personen konzentrieren, die wirklich eine Therapie brauchen. Nur so lassen sich gute Behandlungserfolge erreichen und eine weitere Überlastung der Kliniken vermeiden.

Aus diesem Grund ist es gut, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nun einen umfassenden Bericht mit konkreten Regelungsvorschlägen vorgelegt hat. Diese bieten eine sehr gute Grundlage für die Überarbeitung des Sanktionenrechts im Bereich des Maßregelvollzugs. Ich werde zeitnah einen Entwurf vorlegen, in den die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe einfließen werden.“

Im Maßregelvollzug erfolgt die freiheitsentziehende Unterbringung insbesondere von psychisch kranken oder suchtkranken Straftätern. Dieser Maßregelvollzug kann neben die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe treten oder anstelle dieser vollzogen werden. Unter bestimmten Umständen werden Straftäterinnen und Straftäter mit einer psychischen Störung nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht, suchtkranke Straftäterinnen und Straftäter nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt.

In den letzten Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Personen zu verzeichnen, die in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB untergebracht sind. Dieser Anstieg ist vor allem in den letzten Jahren in vielen Ländern verbunden mit einem deutlichen Anstieg der durchschnittlichen Unterbringungsdauer sowie einem deutlichen Wandel in der Struktur der Klientel. Dies hat vielfach zu einer Überlastung der Krankenhäuser des Maßregelvollzugs geführt.

Auf Bitten der Gesundheits- und der Justizministerkonferenz wurde im Oktober 2020 durch das Bundesministerium der Justiz unter Co-Vorsitz der Länder Hamburg und Nordrhein-Westfalen eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung eines Novellierungsbedarfs bei den Regelungen zur Unterbringung nach § 64 StGB eingerichtet. Nach gut einem Jahr

und sechs Sitzungen hat die Arbeitsgruppe im November 2021 ihre Arbeiten erfolgreich abgeschlossen.

Das Ergebnis der Arbeiten ist ein Bericht, der einen Regelungsvorschlag mit einer umfangreichen Begründung enthält. Dessen Kernanliegen ist es, eine stärkere Fokussierung der Unterbringung auf wirklich behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Straftäterinnen und Straftäter zu erreichen und so zur Entlastung der Entziehungsanstalten – zumindest im Sinne eines Abbremsens des langjährigen Anstiegs der Unterbringungszahlen – beizutragen. Erreicht werden soll dies unter anderem, indem die Anordnungsvoraussetzungen nach § 64 StGB in mehrfacher Hinsicht enger gefasst und der regelmäßige Zeitpunkt einer Reststrafaussetzung an den bei der reinen Strafvollstreckung üblichen Zweidrittelzeitpunkt angepasst werden.

Der Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe kann [hier](#) abgerufen werden.

Das Bundesministerium der Justiz wird einen Referentenentwurf erarbeiten, in den die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe einfließen.

Drucken

Stand: 13. Januar 2022

Weitere Meldungen

21. September 2022

- [Eröffnungsveranstaltung des 73. Deutschen Juristentages](#)

21. September 2022

- [Zwischen Licht und Schatten – Rosenberg-Ausstellung zu Gast im Oberlandesgericht Hamm](#)

© 2022 Bundesministerium der Justiz

Quelle: Bundesministerium der Justiz⁷

⁷ www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/0113_Massregelvollzug.html

2. Schwerpunktthema „Gesundheitskommunikation“

Einführung zum Schwerpunktthema „Gesundheitskommunikation“

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

In den letzten Fortschreibungen des Sozialpsychiatrischen Planes der Stadt Oldenburg wurden die Themen Prävention und Früherkennung bearbeitet. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zählen zu den komplexesten Herausforderungen von Gesellschaft und Politik weltweit: sie beeinflussen unsere Lebensbedingungen und unsere Gesundheitschancen.

Nicht nur die Corona-Pandemie hat uns gezeigt, dass das Wissen über Gesundheit und der Austausch von Informationen zu gesundheitlichen Themen immer wichtiger werden. Dies betrifft auch die Kommunikation zu psychischen Erkrankungen und bringt uns folgerichtig dazu, das Thema Gesundheitskommunikation im Sozialpsychiatrischen Verbund zu behandeln.

Seit dem letzten Sozialpsychiatrischen Forum, dem jährlichen Gesamttreffen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, im Frühjahr 2022 ist die „Gesundheitskommunikation“ das neue Schwerpunktthema für die Arbeit im Verbund und für die weitere Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes. Eine erste Ideenfindung in den Arbeitskreisen des Verbundes führte zu Begriffen wie: Aufklärungsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung, Psychoedukation, Patienten- und Angehörigeninformationen, dialogisch, inklusiv, partizipativ, gesamtgesellschaftlich betrachtet, barrierefrei. Die Auflistung könnte so weiter fortgeführt werden.

Während Sie ab Seite 75 die Empfehlungen zum letzten Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen“ lesen können, finden Sie in diesem Abschnitt der Ihnen vorliegenden Veröffentlichung diese Einführung und weitere Artikel, die sich mit Thema „Gesundheitskommunikation“ auseinandersetzen.

Die Artikel sollen die Grundlage für die Diskussion in den Arbeitskreisen des Verbundes zur Frage, wie die „Gesundheitskommunikation“ in der Stadt

Oldenburg insbesondere im Bereich seelischer Gesundheit verbessert werden kann, bilden. Die gemeinsame Arbeit an diesem Thema wird dann zu Empfehlungen führen, die in der nächsten Ausgabe des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2023 veröffentlicht werden.

Das Wort Gesundheitskommunikation eröffnet ein weites Feld, welchem wir uns mit diesem Artikel nähern wollen.

Gesundheitskommunikation (GK) als Forschungs- und Praxisfeld existiert seit Anfang der 1970er Jahre im englischen Sprachraum. Seit etwa zwei Jahrzehnten findet der Begriff auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Beachtung und ist eine eigene Disziplin⁸. Sie nimmt sich der Gesundheitswissenschaften und der Kommunikationswissenschaften an.

Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten.

Es sind somit Informationen, die überwiegend Bezug nehmen auf:

- „Das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung)
- Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten
- Pflege
- Krankheitsbewältigung und den Alltag mit einer Erkrankung“⁹

Gesundheitsinformationen haben die Aufgabe Patienten und Patientinnen dabei zu unterstützen, ihr Wissen über Gesundheit und Krankheit zu verbessern und eigenständig oder gemeinsam informierte Entscheidungen treffen zu

⁸ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Guido Nöcker, 09.02.2016

⁹ Siehe Autorin: Krause, Thea-Marie Co-Autor_innen: Meike Panknin-Rah, Knut Tielking, Gesundheitskommunikation und Patienteninformation Upgrade, 2020, S. 11

können. Hierbei spielt die Qualität gesundheitsrelevanter Informationen eine entscheidende Rolle¹⁰.

Die Kommunikation kann auf interpersonaler (zum Beispiel Selbsthilfegruppen), organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden und direktpersönlich (Arzt – Patient), medienvermittelt (Hörfunk, Fernsehen, Zeitungen, Ratgeber, Literatur) oder durch interaktive Medien erfolgen (Internet)¹¹.

Gesundheitskommunikation fragt danach, in welcher Weise Gesundheit, Gesundheitsversorgungsleistungen sowie Gesundheitsförderung durch Kommunikation beeinflusst werden kann und hat den Anspruch, durch Optimierung der Kommunikation in Prävention, Diagnostik und Therapie zu einer Verbesserung individueller Gesundheit und auf gesellschaftlicher Ebene zur Absenkung der Gesundheitskosten beizutragen¹².

Zudem ist die Anti-Stigma-Kommunikation als ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitskommunikation aufzufassen, denn insbesondere Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind in einem besonderen Maße von Stigmatisierung betroffen¹³.

Die Beispiele für Gesundheitskommunikation im Alltag sind vielfältig:

Ein von der Aktion Mensch gefördertes Projekt, das sich unter anderem mit Gesundheitskommunikation befasst, wurde/wird von der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg durchgeführt und heißt: „Gesundheit im Quartier – für alle!“ (www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/gesundheitskommunikation/gesund-im-quartier/).

Vielen bereits bekannt ist auch die Website www.gesund.bund.de des Bundesministeriums für Gesundheit. Hier werden wichtige Informationen zu

¹⁰ Vgl. Autorin: Thea-Marie Krause, Co-Autor_innen: Meike Panknin-Rah, Knut Tielking, Gesundheitskommunikation und Patienteninformation Upgrade, 2020, S. 12ff.

¹¹ Vgl. Baumann E/Hurrelmann K, Gesundheitskommunikation: Eine Einführung, in: Hurrelmann, K/ Baumann, E (Hg.), Handbuch Gesundheitskommunikation, Huber, Bern 2014, S. 8-17

¹² Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Guido Nöcker, 09.02.2016

¹³ Vgl. C.Rossmann, M.R. Hastall (Hrsg.)2019, Handbuch Gesundheitskommunikation, Alexander Röhm, Matthias R. Hastall und Ute Ritterfeld, Stigmatisierung und destigmatisierende Prozesse in der Gesundheitskommunikation

Gesundheitsthemen, Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten bereitgestellt, die auf wissenschaftlichen und evidenzbasierten Quellen beruhen.

Eine weitere Website für verlässliche Gesundheitsinformationen ist www.gesundheitsinformation.de, welche durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln betrieben wird.

Bereits seit dem Jahr 2000 existieren die LPEN-Nachrichten. LPEN steht für den Landesverband-Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V.. Einmal im Jahr wird im Rahmen dieser Nachrichten über das Geschehen im Verein aber auch über psychiatriepolitische Themen und Diskussionen berichtet. Sie sollen die Vereinsmitglieder aber auch Außenstehende erreichen und den Verein und die Mitglieder repräsentieren. Der aktuelle Chefredakteur Klaus-Dieter Wackwitz möchte mit den Nachrichten unter anderem einen Beitrag für eine „Kommunikation auf Augenhöhe“ leisten. Ein Ziel, was ihm persönlich und aus der eigenen Erfahrung heraus besonders wichtig ist. Interessierte können unter www.lpen-online.de Näheres erfahren und einen Blick ins Archiv werfen, wo die bisherigen Nachrichten für jeden abrufbar sind¹⁴.

Der Landespsychiatrieplan weist zudem daraufhin, dass auch Angehörige Wissen und Aufklärung benötigen. Empfohlen wird die aktive Vergabe von Aufklärungsmaterialien zu Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten sowie der Besuch von Selbsthilfegruppen¹⁵.

So bietet zum Beispiel das Psychose-Seminar, welches nun bald seit 25 Jahren in Oldenburg stattfindet, Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitenden in psychiatrischen Institutionen Gelegenheit, im „Triolog“ über das Erleben von Psychosen zu sprechen, Erfahrungen auszutauschen und sich mit Aspekten psychiatrischen Fachwissens auseinanderzusetzen.

¹⁴ Persönliche Mitteilung von Herrn Wackwitz an die Autorin am 13.07.2022

¹⁵ Vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) 2016: Landespsychiatrieplan Niedersachsen – Zusammenfassung -. Niedersachsen: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, S.12

Die rasante Entwicklung in der Medienbranche macht völlig neue Formen der Wissensbeschaffung und des Austauschs über Gesundheits- und Krankheits-themen möglich. Diese Entwicklung birgt selbstverständlich auch Risiken in sich. Nicht selten kommt es zur Veröffentlichung von intransparenten und unvollständigen Informationen. Bei den schnell wachsenden Quellen von Gesundheitsinformationen fällt es schwer, den Überblick zu bewahren, die Qualität der Informationen zu bewerten und Quellen zu hinterfragen.

Gleichzeitig zeigen Studien, dass eine gut informierte Patientin/ein gut informierter Patient sich stärker an Entscheidungs- und Behandlungsprozessen beteiligen kann, was in der Folge Entscheidungskonflikte minimiert, die Behandlungszufriedenheit erhöht, realistische Erwartungen an Behandlungserfolge ermöglicht und die vorherrschenden Beziehungen zwischen Laien und Experten/Expertinnen revolutioniert und die Kommunikation auf Augenhöhe fördert.

Aus diesem Grund wird es im Gesundheitssystem immer wichtiger, Gesundheitsinformationen transparent, vollständig und verständlich zu vermitteln¹⁶.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

¹⁶ Vgl. Autorin: Thea-Marie Krause, Co-Autor_innen: Meike Panknin-Rah, Knut Tielking, Gesundheitskommunikation und Patienteninformation Upgrade, 2020, S. 15ff.

Der Kosmos der „Superpsychos“ – Gesundheitskommunikation mal anders

Elisabeth Korbmacher

Mein Name ist Elisabeth Korbmacher, ich bin 35 Jahre alt und wohne in Oldenburg. Von Beruf bin ich Lehrerin für die Fächer Kunst, Wirtschaft, Werte und Normen. Diese Fächerkonstellation habe ich bewusst gewählt. Alle beschäftigen sich auf ihre Weise mit der Gestaltung der Welt, unserer Gesellschaft, unseren Haltungen, unserem Umgang miteinander, Rechten und Pflichten und uns als Individuum, unserer eigenen Identität.

Für meinen Beruf fühle ich eine besondere Leidenschaft. Kinder und Jugendliche zu unterrichten, einen Beitrag zu ihrer Entwicklung zu leisten, gemeinsam an Themen zu arbeiten und voneinander zu lernen, im Austausch über die Welt und Gesellschaft zu sein, empfinde ich als wertvoll und gewinnbringend.

Aufgrund meiner psychischen Erkrankung, bin ich seit Jahren arbeitsunfähig. Meine Diagnosen lauten Depression, Angststörung und ADHS.

Ich habe bereits verschiedene Therapieangebote genutzt. Aufgefallen ist mir, dass das Thema „Psychische Erkrankung“ noch immer schambehaftet und mit Vorurteilen belegt ist. Dies führt aus meiner Sicht dazu, dass es den Experten schwerfällt, Diagnosen offen zu besprechen und es den Betroffenen schwerfällt, Diagnosen und die Unterstützung des Hilfesystems anzunehmen. Je offener und im Alltag sichtbarer mit psychischen Erkrankungen umgegangen wird, desto einfacher wird der Umgang mit der Erkrankung sowohl für Betroffene als auch für deren Angehörige und das Helfersystem. Scham und Schuldgefühle können abgebaut werden. Hierzu möchte ich beitragen.

Ich habe erlebt, dass wenn ich offen über meine aktuellen psychischen Probleme spreche, die Menschen in meiner Umgebung ganz anders mit mir umgehen können. Wenn das Gegenüber nicht über die psychische Erkrankung informiert ist, kann die Person natürlich nur schwer Rücksicht nehmen. Meine Erfahrung zeigt, dass die eigene Offenheit auch andere Menschen motiviert, über ihre Erkrankung zu sprechen, sich nicht zu verstecken.

Während meiner Klinikaufenthalte im letzten Jahr habe ich viele Kontakte mit tollen Menschen knüpfen dürfen. Menschen, die empfindsam, empathisch, freundlich, individuell und vieles mehr sind. Wir haben uns intensiv miteinander ausgetauscht. Einige vermeiden es, über ihre Erkrankung zu sprechen, suchen Ausflüchte, machen sich Vorwürfe, dass sie erkrankt sind oder dass sie nicht schnell genug genesen.

In unseren Gesprächen haben wir uns oft selbstironisch „Psychos“ genannt, ganz ohne abwertenden Charakter, einfach zur Abgrenzung zu den „Normalos, den Nicht-Psychos“. Wir konnten feststellen, dass jeder besondere Stärken zum Teil auch aufgrund der Erkrankung hat. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Superpsycho“ entstanden.

Ich möchte gerne eine Welt, in der man sich nicht einsam oder fremd fühlt, wenn man ein psychisches Problem hat. Eine Welt in der eine psychische Erkrankung nicht mehr etwas Totgeschwiegenes oder Fremdes ist, etwas für das sich Betroffene schämen. Eine Welt, in der es nicht ungewöhnlich ist, Menschen mit psychischen Problemen auf Augenhöhe zu begegnen und sich gegenseitig zu akzeptieren und zu verstehen. Wenn wir in unserer Gesellschaft das Thema der psychischen Erkrankungen nicht offen behandeln, dann bleibt es fremd und Fremdes schafft Unsicherheit und Angst.

Aus diesem Wunsch ist meine Idee entstanden, Comics zum Thema psychische Erkrankungen zu entwerfen. Meine Comics verfolgen das Ziel, die Stärken der Menschen mit einer psychischen Erkrankung herauszuarbeiten. Etwas anderes als das häufig bestehende Bild über Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu zeichnen und aufzuzeigen, dass es Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Sie sollen Mut machen und Ängste vor „dem Verrückt sein“, der Psychiatrie abbauen. Sie sollen Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, zeigen, dass sie nicht alleine sind.

Meine Comics richten sich an alle: an „Psycho-Menschen“, an „Nicht-Psycho-Menschen“, an Angehörige und Freunde und an Helfer. Mich vor eine Menschengruppe zu stellen, einen Vortrag zu halten, etwas lautstark zu fordern oder der Text als Ausdruck allein liegt mir nicht. Kunst ist mein Leben. Meine

Gedanken künstlerisch in Bildern auszudrücken, ist für mich essentieller Teil meines Daseins. Comics sind uns allen ein bekanntes vertrautes Medium. Comics bieten die Möglichkeit einer besonderen Darstellung. Superhelden sind hier häufig die Hauptdarsteller. Aus diesem Grund habe ich den Begriff der „Superpsychos“ auch für meine Comics gewählt. „Superpsychos“ werden durch ihre besonderen Eigenschaften, Stärken und Charakterzüge zu Superhelden.

Insbesondere durch gemeinsames Brainstorming mit einem Freund (dem Superpsycho „King of Words“) entwickelte sich eine ganz eigene Comicwelt, der Kosmos der Superpsychos.

Aktuell ist der Comic für mich, meine Freunde und Bekannte und einer stetigen Entwicklung unterworfen. Welche Möglichkeiten sich zukünftig ergeben, lasse ich auf mich zukommen und ist gewiss eng mit meiner eigenen Entwicklung verknüpft.

Worum geht es genau?

Dieser Comic spielt im Superpsycho-Kosmos.

Diese Welt betrachtet den ganzen Bereich der psychischen Erkrankungen mit einem Augenzwinkern. Hier soll aber niemand abgewertet oder in eine Schublade gesteckt werden. Es ist nicht das Ziel, sich über psychische Erkrankungen lustig zu machen.

Es ist ein Versuch, die Stärke dieser Menschen in den Fokus zu stellen, statt psychische Erkrankungen als etwas zu sehen über das man nicht spricht, für das man sich schämt, etwas das möglichst nirgendwo zu sehen ist. Denn diese Unsichtbarkeit und Scham ist unglaublich gefährlich und dies soll ein Beitrag dagegen sein.

WAS IST EIN SUPERPSYCHO?

Es sind ganz unterschiedliche Menschen, die sich unterschiedlich verhalten und individuelle Fähigkeiten haben.

Menschen werden durch besondere Kräfte zu Superhelden. Ein „SUPER-PSYCHO“ ist ein Superheld, ein Mensch mit außergewöhnlichen Kräften.

Es sind keine Kräfte, wie fliegen zu können. Superpsychos zeichnet ihr besonderer Charakter, ihre außergewöhnlichen Wesenszüge aus. Diese machen sie zu ganz besonderen, wertvollen Menschen. Das können Kräfte wie zum Beispiel ein besonders großes Herz, eine besondere Feinfühligkeit oder auch eine besonders hohe Empathie sein. Es gibt ein unheimlich großes Feld an Kräften, die diese Menschen mitbringen können. Jeder ist anders und jeder hat andere Kräfte.

Superschurken

Gerade diese besonderen Kräfte machen den Superpsycho zum Ziel von Superschurken. Diese verfolgen Ziele wie die Verbreitung von Angst, Sorge, Depression, Selbstzweifel, Unsicherheit oder Verzweiflung.

Die Superschurken wollen ihre jeweiligen Interessen durchsetzen und damit Macht über die Menschheit erlangen. Die Helden sind aufgrund ihrer Eigenschaften dabei das Lieblingsziel der Superschurken. Die Menge an Superschurken ist riesig. Es gibt von jedem Superschurken auch Variationen.

Für einen erfolgreichen Kampf ist es oft gut, sich mit Erkenntnissen und Beobachtungen über diese Schurken auseinanderzusetzen.

Mentoren

Das sind Menschen, die helfen können, die Kräfte und Stärken der „Superpsychos“ zu erkennen, zu schulen und auszubauen. Diese Menschen/Mentoren können Psychologen/Psychologinnen, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen, Psychiater/Psychiaterinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und andere sein. Die Mentoren können den „Superpsychos“ nicht nur helfen, Stärken und Kräfte zu erkennen, sie können auch Kenntnisse über Superschurken vermitteln und gemeinsam mit den Superpsychos Schlachtpläne für den Kampf entwerfen.

Heldenakademie

Es gibt Orte, an denen Helden wie die Superpsychos etwas über ihre Kräfte, über die Superschurken und den Kampf gegen diese lernen können. Hier begegnen sich Helden und Mentoren, Sidekicks können erlernt, Kräfte geschöpft und Schlachtpläne geschmiedet werden. Es gibt Tagesakademien und auch Akademien in Internatsform, in der sich die Helden 24 Stunden am Tag aufhalten.

Sidekicks

Sidekicks sind die Helfer der Superpsychos. Sie unterstützen den Helden im Kampf.

Die Sidekicks stärken die Kräfte des Helden, damit dieser im Kampf erfolgreich sein kann.

Mentoren und Heldenakademien sind einer der Hotspots für Sidekicks. Mentoren können Sidekicks vermitteln und den Helden im Umgang mit ihnen schulen. Wie bei den Superschurken gibt es auch bei den Sidekicks verschiedene Varianten. Für einen erfolgreichen Kampf kann es gut sein, sich mit den Erkenntnissen und Beobachtungen über die Sidekicks auseinanderzusetzen¹⁷.

Kontakt über:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

¹⁷ (Auf der vorderen inneren Umschlagseite dieser Fortschreibung können Sie einen Eindruck von Frau Korbmakers Comichelden gewinnen)

Gedanken und Ideen zum Thema Gesundheitskommunikation

Irene Stremetzne

Mein Name ist Irene Stremetzne, ich bin 62 Jahre jung, aktive Ruheständlerin und vielseitige Lebenskünstlerin.

Zum Thema Gesundheitskommunikation und der Frage, welche Informationen aus meiner Sicht als Betroffene beziehungsweise Genese an akut psychisch erkrankte Menschen transportiert werden sollten, kann ich folgendes beitragen:

Ich erachte vielseitige, persönliche Berichte von Gesundeten mit Tipps, was wirklich geholfen hat zu genesen, als besonderes wichtig. Diese Form der Gesundheitskommunikation könnte auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Vorstellbar wären für mich zum Beispiel:

- Patientenschulungen, die bei stationären Aufenthalten von Genesenen angeboten werden.
- Von Genesenen mitgestaltete Informationsveranstaltungen/Vorträge oder schriftliches Informationsmaterial für Angehörige.
- Broschüren aus den Berichten von Gesundete erstellen, welche für Betroffene und Angehörige zum Beispiel in den Sozialpsychiatrischen Diensten, der Karl-Jaspers-Klinik und den Praxen niedergelassener Behandler zur Verfügung gestellt werden.
- Ein Netzwerk von Betroffenen zum Beispiel mit dem Namen „Heilungs-Power“ gründen, die sich unter anderem den oben genannten Aufgaben widmen könnten.

Warum dies erfolgen sollte?

Heilungsberichte schaffen Hoffnung und Zuversicht, ermutigen Kranke, lange Durststrecken auszuhalten, weil es sich lohnt und Sinn macht. Bewährtes ermutigt zum Ausprobieren. Genesene haben aufgrund eigener Erfahrung

Empathie und echtes Wissen und Kompetenzen. Manchmal fehlt professionellen Behandlern echte Empathie und die Fähigkeit die Perspektive Betroffener einzunehmen.

Meine Wünsche und Vorschläge:

- Behandlung erkrankter Menschen und Kommunikation mit diesen auf Augenhöhe,
- Genesene an den Sozialpsychiatrischen Verbänden beteiligen,
- Genesene an Fortbildungen für klinisches Personal beteiligen.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen und Ihnen einen kurzen Bericht zu meinen Erfahrungen, meiner Erkrankung und meiner Genesung zur Verfügung stellen.

Ich erkrankte in Folge der Herausforderungen und Anstrengungen dreier Berufsausbildungen und vielen Fortbildungen in kurzer Zeit, langanhaltenden stressigen Arbeitsbedingungen, erheblichem Druck und ständigen Veränderungen (neue Situationen und Menschen, denen ich mich anpassen musste). Ich erfuhr zu wenig echte Erholung und Entspannung. Die Folge: Burnout und Erschöpfungsdepression und das mehrmals. Es entstanden psychotische Episoden und nachdem diese abgeklungen waren, entwickelten sich Angstzustände mit unberechenbar auftretenden Panikattacken. Eine wirklich unbehagliche Situation für mich mit massiven Unsicherheitsgefühlen. Alles zusammen verursachte einen massiven Leidensdruck für mich und meine Angehörigen. Diese Beeinträchtigungen hatten eine Berufsunfähigkeit und somit die Frührente mit 42 Jahren zur Folge.

Ich war fest entschlossen, so nicht weiterzuleben und bereit, alles Mögliche zu unternehmen, um wieder gesund zu werden. Dabei trugen mich Hoffnung und Zuversicht – trotz wiederholter Rückschläge.

Während der stationären Behandlungsaufenthalte lernte ich die Entstehung von Ängsten zu verstehen. Mithilfe einer Psychologin erarbeitete ich Strategien, Angstattacken zu bewältigen (Atemtechnik – Entspannung – Achtsamkeit). Um meiner Seele durch Schönheit Gutes zu tun, nutzte ich weitere

Angebote der Klinik wie: Malerei und Bildhauerei, Töpferei, Musik, Bewegungsangebote und ich sprach regelmäßig mit der Seelsorgerin. Meine Gedanken ordnete ich in Tagebüchern, dokumentierte den Tagesablauf und Erfolgserlebnisse. Mit Literatur aus der Klinikbibliothek und täglichen Spaziergängen im Park lenkte ich mich ab und ich traf liebe Freundinnen, mit denen ich teilweise über 20 Jahre verbunden bin. So wurde die Karl-Jaspers-Klinik (KJK) für mich ein Ort mit intensiver Lernerfahrung.

Inzwischen nutze ich das ambulante Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Karl-Jaspers-Klinik (KJK). Die sehr einfühlsamen und warmherzigen Therapeutinnen und Therapeuten nehmen sich Zeit für regelmäßige und ausführliche Gespräche. Für mich eine besonders hilfreiche Unterstützung, die aktuellen Herausforderungen des Lebens zu bewältigen.

Um weiterhin gesund zu bleiben, bemühe ich mich zu Hause:

- einen geordneten Tagesablauf/eine feste Tagesstruktur einzuhalten,
- morgens zeitnah aufzustehen und ein 15-minütiges Fitnesstraining aus Gymnastik, Qigong, Laufen auf der Stelle und Selbstmassage zu absolvieren,
- konsequent positiv zu denken und eine positive Lebenseinstellung zu pflegen,
- mich gut und gesund zu ernähren (ich koche begeistert) und ausreichend Flüssigkeit zu mir zu nehmen,
- ausreichend Bewegung an der frischen Luft (Spaziergänge, Radtouren) zu bekommen, die Natur zu schätzen und zu genießen,
- die Seele durch Malen, Musizieren, Singen und Freitanzen zu nähren,
- sehr gewissenhaft auf regelmäßige Pausen, Entspannung und Erholung zu achten
- regelmäßig Tagebuch zu schreiben und Situationen aus meinem Leben zu reflektieren (Urlaubserlebnisse, schöne Momente und Nachdenkliches),

- Literatur zu lesen, die Mut macht, wie zum Beispiel die Werke von Joyce Meyer, Bobby Schuller, Norman Vincent Peale und die Bibel¹⁸
- die harmonischen Beziehungen innerhalb meiner Familie zu pflegen und
- regelmäßige Kontakt und den Austausch mit Freundinnen (Besuche, Telefonate, Briefe) zu haben.

Und meine Angstzustände?

Die sind vorbei, seit fünf Jahren! Neben konsequenter Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, haben mir die oben genannten Aspekte geholfen. Zudem ist der Glaube ein wichtiger Bestandteil für mich; Gott zu vertrauen und mich auf ihn zu verlassen, nimmt mir meine Sorgen und bietet mir Sicherheit. So kann ich ein sinnerfülltes und zufriedenes Leben führen, in Dankbarkeit – gelassen und entspannt, fröhlich und lustig, mit Humor und Freude.

Ich schaffe mir privat jedes Jahr Projekte, zum Beispiel in 2022 eine umfangreiche Zahl von Klavierwerken spielen, regelmäßiges Fitnesstraining und einiges andere. Solche Ziele helfen mir, mich weiter zu entwickeln.

Besonders danken möchte ich der für mich zuständigen Fachkraft im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg, die mich seit 10 Jahren freundlich, einfühlsam und fachlich kompetent in Besuchen und Telefonaten begleitet. Den für mich zuständigen Mitarbeitenden der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der KJK. Der Seelsorgerin, die in der KJK tätig ist. Meinen lebenswürdigen, treuen und verlässlichen Freundinnen in der Nähe und Ferne und meinen lieben und wunderbaren Angehörigen, die auch in den härtesten Zeiten liebevoll und unermüdlich zu mir gehalten haben.

Kontakt über:
 Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

¹⁸ Literaturhinweise: Joyce Meyer (Powergedanken, Gott vertrauen Tag für Tag, Gut aussehen, gut fühlen, Gib niemals auf!) Bobby Schuller (Ändere dein Denken-ändere deine Welt), Norman Vincent Peale (Die Kraft positiven Denkens)

Peer Counseling als Ausgangspunkt für Gesundheitskommunikation

Melanie Straßburger, Projektkoordinatorin und Peer-Beraterin

In unserer Beratungsstelle sind alle Menschen, die behindert sind/werden, denen eine Behinderung „droht“, die chronisch erkrankt sind sowie deren gesamtes Umfeld herzlichst willkommen. Unsere Beratung ist niedrigschwellig, kostenlos, personenzentriert, empowernd und barrierearm.

Unsere Aufgabe ist es, Menschen zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe zu verhelfen. Konkret heißt das: wir gehen davon aus, dass jede Person Expertin/Experte in eigener Sache sein kann, so wie wir als Peer-Beratende dies auch sind. Peer Counseling bedeutet Beratung auf Augenhöhe – Betroffene beraten Betroffene. Für die Mitarbeitenden unserer Beratungsstelle heißt das, dass wir alle eine Form von Behinderung/Einschränkung/chronischer Erkrankung haben, wobei dies sichtbare und/oder nicht-sichtbare, psychische und/oder physische sind.

Im folgenden Text arbeite ich mit fiktiven Personen und Fällen. Alle Beispiele sind ausgedacht und stehen symbolisch für bestimmte Themengebiete.

In jedem Gespräch, das ich führe, geht es an irgendeinem Punkt um die psychische Situation und Gesundheit. Es gibt die offensichtlichen Fälle wie den von Frau Yilmaz, die sehr genau weiß, welche psychische Erkrankung sie schon lange hat, welche Therapie/Unterstützungsform ihr hilft und was sie braucht. Sie weiß, dass sie gerne einen Reha-Aufenthalt in einer Klinik hätte und möchte mit mir den Antrag gemeinsam anschauen, um etwas Unterstützung dabei zu bekommen. Frau Yilmaz, die sich mit mir darüber austauscht, wie sie ihr Leben eingerichtet hat und wo es manchmal hakt. Sie erzählt von ihrer Angst vor Stigmatisierung, wenn sie ihrem Umfeld ihre Erkrankung verständlich zu erklären versucht, die nie ganz weggeht. Frau Yilmaz, deren Schultern sich entspannen, deren Blick offener wird und die sich etwas mehr zurücklehnt, wenn ich ihr erzähle, dass ich aktuell auch in einer Psychotherapie bin und seit meiner Jugend immer wieder psychisch belastet bin und genau wie sie langsam meine Umgangsstrategien finde, aber die Angst vor Stigmatisierung auch bei mir manchmal hochkommt. Wir tauschen

uns ein wenig aus über unsere Erfahrungen. Dann füllt sie mit meiner Unterstützung den Antrag aus und erzählt noch ein bisschen aus ihrem Leben und dass sie sich schon auf die Blüte der Hortensien freut, die sie gemeinsam mit ihrer Frau im Garten gepflanzt hat. Am Ende unseres Gesprächs sagt sie noch: „Ich werde meinem Bekannten Boris von Ihnen erzählen, der traut sich gar nicht darüber zu reden, wie schlecht es ihm gerade geht. Aber wenn er weiß, dass er verstanden wird, traut er sich ja vielleicht doch hierher.“

Dann gibt es andere Fälle wie zum Beispiel Herrn Kruse. Er möchte eigentlich nur mit mir über seinen Antrag für den Schwerbehindertenausweis sprechen und darüber, wie nun alles seinen bürokratischen Gang gehen muss nachdem klar ist, dass er langfristig körperlich eingeschränkt sein wird. In diesem Fall geht es im Erstgespräch genau darum. Am Ende ist der Antrag fertig und Herr Kruse will ihn direkt zur Post bringen. Im zweiten Gespräch, um gemeinsam zu schauen, wie es weitergehen kann, stelle ich folgende Frage: Ob er denn auch genug Unterstützung habe, seelisch mit der Situation umzugehen, da ich mir das als sehr herausfordernd vorstellen kann. Und nach dem ersten „Jaja, da sind meine Frau und auch die Freunde aus dem früheren Verein“, kommt ein hörbares Schlucken und eine belegte Stimme sagt: „Ich bin immer mit allem klargekommen in meinem Leben. So habe ich das gelernt, so musste das sein, aber gerade weiß ich nicht so genau, was werden soll und wie ich das alles bewerkstelligen kann. Geht es Anderen in meiner Situation ähnlich?“. In solchen Momenten hilft es Ratsuchenden wie Herrn Kruse, wenn ich ihm versichere, dass es sehr sehr vielen Menschen so geht, mit denen ich rede. Dass oft erst das Funktionieren kommt, um alle bürokratischen Schritte gehen zu können, um abgesichert zu sein, um finanziell alles geklärt zu haben und erst dann realisiert wird, was es bedeutet, all das auch psychisch zu verarbeiten. Herr Kruse denkt nach und fragt mich dann, ob es wohl die Möglichkeit gibt, diese Anderen kennenzulernen. Eher für sich als für mich murmelt er, dass das ja aber auch komisch ist so fremden Leuten von sich zu erzählen. Ich berichte von Selbsthilfe-Gruppen die es gibt und dass der Kontakt zu ihnen vielen Menschen hilft. Ich gebe Herrn Kruse noch die Kontaktdaten zu einer

Gruppe mit, die sich einmal im Monat trifft. Ein bisschen skeptisch ist er schon noch, aber er kann es sich ja mal anschauen.

Dies sind nur zwei Fälle, in denen ich Ihnen aufzeigen will, dass Beratung auf Augenhöhe häufig ganz von allein auch Kommunikation über Gesundheit ist – psychische wie physische. Die Gesundheit der Ratsuchenden, meine und manchmal auch die von Nicht-Anwesenden, von deren Erfahrungsschatz dennoch gelernt werden darf.

Durfte ich im Sozialpsychiatrischen Forum der Stadt Oldenburg die Idee des Trialogs intensiver kennenlernen, so gestaltet sich bei uns in der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabe-Beratungsstelle (EUTB) die Beratung des Umfelds von Betroffenen meist etwas anders. Selbstverständlich haben auch wir immer wieder Fälle, in denen behinderte Menschen mit ihren Angehörigen kommen und ein trialogisches Beratungsgespräch stattfindet. Manchmal kommen Angehörige und möchten eine Beratung, in der es darum geht, was es bedeutet, Angehörige/Umfeld von einem behinderten Menschen zu sein.

Oft kommen aber Leute aus dem Umfeld von Menschen mit Behinderungen für diese, jedoch ohne sie. Das hat häufig Gründe wie zum Beispiel, dass die Person in einer besonderen Wohnform weiter weg wohnt und da beraten wird, dass es sich um ein kleines Kind handelt oder die Person arbeitet et cetera. Aber oft gibt es auch keine ersichtlichen Gründe. In diesen Fällen ermutigen wir die Angehörigen, entweder eine zusätzliche gemeinsame Beratung wahrzunehmen oder auch den Betroffenen allein eine Beratung von uns zu ermöglichen.

Viele meiner Gespräche mit Angehörigen verlaufen wie das mit Frau Schmittgall. Sie würde gerne wissen, wie sie ihrem großen Bruder Jonathan besser helfen kann und ob er nicht doch mehr Unterstützung braucht. Sie erzählt mir davon, wie ihr Bruder aktuell lebt und wie es früher war, als ihre Eltern noch lebten. Aber dass es jetzt anders ist und nur noch sie als enge Verwandte da ist. Wir reden darüber, was es alles für Möglichkeiten gibt und auch welche Schwierigkeiten, da er in einer ländlicheren Gegend mit wenig Unterstützungsangeboten lebt. Frau Schmittgall erzählt, wie sie ihn einmal die

Woche besucht und sie manchmal einen Ausflug machen, aber sie noch mehr wirklich gerade nicht schafft. Sie hat Tränen in den Augen und fängt an zu weinen als ich ihr die Taschentuchbox hinschiebe. Sie erklärt mir, dass sie manchmal wirklich nicht weiß, wie sie mit all dem umgehen soll, dass sie selbstverständlich ihre beste Freundin hat, die ihr immer zuhört, aber dass es doch alles zu viel ist. Sie scheint selbst ein bisschen verwundert, dass es gerade in dem Gespräch immer mehr um sie geht. Ich stelle ihr Fragen, was sie braucht, was sie sich wünscht – für sich als Rachel Schmittgall. Und dann, was sie sich wünscht für sich und ihren Bruder als Geschwister, und was für ihren Bruder Jonathan selbst. Und was sie glaubt, was sich ihr Bruder wünscht. Sie hat nicht auf alles eine Antwort, aber die Fragen scheinen ihr fürs Erste auch schon zu helfen. Am Ende des Gesprächs vereinbaren Frau Schmittgall und ich Termine: einen für sie allein – persönlich in unseren Beratungsräumen. Und dann rufen wir ihren Bruder Jonathan an und vereinbaren eine Video-Beratung für beide sowie ein Telefongespräch zwischen mir und ihm. Er freut sich auf das Gespräch, möchte es aber nur für eine halbe Stunde, denn er ist momentan schnell ermüdet. Mit etwas roten Augen und einem zaghaften Lächeln verabschiedet sich Frau Schmittgall von mir und ich winke ihr noch zum Abschied hinterher.

In all meinen ausgedachten Beispielen spielt Gesundheitskommunikation eine Rolle. Meist geschieht dies implizit bei uns, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit. In unserem Beratungsalltag merken wir immer wieder, wie sehr das Prinzip des Peer Counseling funktioniert. Wie es nicht nur hilft zu erkennen, dass behinderte beziehungsweise chronisch erkrankte Menschen Beratende sein können und Profis in eigener Sache, sondern auch wie es zur Entstigmatisierung beitragen kann, zu Empowerment und Selbstbestimmung – aller Beteiligten. Was mir als Beraterin hilft in Gesundheitskommunikation zu gehen, ist das Wissen um ein großes Netzwerk in Oldenburg, von dem wir Teil sind, das Wissen um Angebote, an die ich verweisen kann und die unterstützen.

Was mich manchmal hindert über die konkreten Möglichkeiten der Unterstützung zu sprechen, ist vor allem ein Wissen um Schwierigkeiten in der Umsetzung, wie zum Beispiel lange Wartezeiten auf ambulante Psychotherapieplätze.

Kontakt:

Melanie Straßburger, EUTB SeGOld e.V. – Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratung (EUTB) des Selbstbestimmt Leben – Gemeinschaft Oldenburg e.V.;
Rudolf-Diesel-Straße 24 – 28, 26135 Oldenburg

„KrisenKompass“ eine Art „Notfallkoffer für die Hosentasche“

Elke Andrae, TelefonSeelsorge Oldenburg

Die TelefonSeelsorge® hat eine App entwickelt, die bei Google Play und im App Store von Apple kostenlos heruntergeladen werden kann. Im Frühjahr 2020 konnte sie freigegeben werden – fast zeitgleich mit dem ersten Lock-down. Das war ein passender Zufall, denn in der Zeit der Corona-Krise haben depressive Stimmungen und Suizidgedanken zugenommen. Das war auch in der TelefonSeelsorge deutlich häufiger in den Kontakten wahrzunehmen als vor der Pandemie, sowohl in den Kontakten am Telefon, als auch in der Mail-Seelsorge und im Chat.

Genau bei solchen Gefühlslagen kann der „KrisenKompass“ Unterstützung bieten.

Die App richtet sich an drei Gruppen:

- Menschen, die sich deprimiert fühlen oder bereits Suizidgedanken haben,
- Menschen, die bei Angehörigen oder im Freundschaftsumfeld solche Stimmungen wahrnehmen und
- Menschen, die durch den Suizid einer ihnen nahestehenden Person belastet sind.

Der KrisenKompass bietet Hilfen zur Einordnung der als quälend empfundenen Gefühle, vermittelt Fakten rund um diese Gefühlslage und zeigt, wie sich Krisen meistern und Kraftquellen finden lassen.

Im „Notfallkoffer für die Hosentasche“

Der KrisenKompass

- zeigt Kontakte und gibt Hilfsangebote
- stellt Kontakt her zur TelefonSeelsorge oder anderen professionellen Anlaufstellen
- unterstützt im Umgang mit depressiven Gefühlen und Suizidgedanken
- hat eine Tagebuchfunktion

- gibt Anleitung zu beruhigenden Techniken
- hilft, wertvolle, positive Erinnerungen, Fotos und Lieder zu speichern
- unterstützt dabei, sich selbst einen ganz persönlichen Notfallkoffer zu „packen“

Mit Smartphone oder I-Phone kann der Krisenkompass jederzeit griffbereit dabei sein.

In den vergangenen gut zwei Jahren hat sich der „KrisenKompass“ als ein weiterer Baustein der Krisenintervention etabliert.

Hilfe zur Selbsthilfe

In der TelefonSeelsorge verweisen ehrenamtliche TelefonSeelsorgerinnen und TelefonSeelsorger im Rahmen einzelner Gespräche immer wieder auch auf die KrisenApp. Dadurch, dass die App besonders niederschwellig ist, kann sie ein guter Einstieg in die Kommunikation über einen schwierigen Themenbereich sein. Insgesamt ergänzt die App das Unterstützungsangebot der TelefonSeelsorge perfekt.

Positive Rückmeldungen aus den App Stores wie diese bestätigen das Entwicklerteam:

„Die App ist für mich sehr wichtig und ich möchte Ihnen dafür danken. Ich fühle mich nicht mehr so allein und bin sehr froh, dass es Menschen gibt, die eine helfende Hand (symbolisch) ausgestreckt haben. Die Übungen helfen mir sehr“ schreibt ein Nutzer.

Es gibt zuweilen auch kritische Hinweise zur KrisenApp, etwa eine mangelnde Barrierefreiheit der App. Dies ist für das Entwickler-Team ein Ansporn, sie weiter zu optimieren. Das Entwicklungsteam von Stellenleitenden der TelefonSeelsorge ist inzwischen auch dabei, das Bedarfsspektrum des „KrisenKompass“ zu erweitern.

Mit der kostenlosen App „KrisenKompass“ bietet die TelefonSeelsorge Hilfe zur Selbsthilfe bei depressiven Gefühlen und Suizidgedanken für Betroffene und Angehörige.

2020 wurden 1.027.450 telefonische Seelsorgegespräche geführt. Es wurden 44.600 Mails geschrieben und es wurde 33.578 mal gechattet. Dank der Unterstützung der Deutschen Telekom sind die Telefonnummern 0800 1110111 und 0800 1110222 seit 1997 gebührenfrei.

Hintergrundinformation zur TelefonSeelsorge

Mit mehr als 7.500 geschulten Ehrenamtlichen in 104 Städten oder Regionen ist die TelefonSeelsorge deutschlandweit tätig. Um möglichst vielen Menschen den Zugang zu ermöglichen, stehen Mitarbeitende ganzjährig rund um die Uhr am Telefon zur Verfügung. Die TelefonSeelsorge berät Menschen jeder Nationalität, jedes Geschlechts, jeder Konfession und jedes Alters. Sie verpflichtet sich zu weltanschaulicher Neutralität. Die Beratung findet am Telefon, per Mail oder Chat statt. Alle Beratungsangebote sind anonym und kostenfrei.

Kontakt:

TelefonSeelsorge Oldenburg, Büro: Kirchhofstraße 6, 26121 Oldenburg
info@oldenburg-telefonseelsorge.de

Homepage: www.oldenburg-telefonseelsorge.de

„Ausgewogen“ – Eine Veranstaltungsreihe des Arbeitskreises Forum Essstörungen

Renate Vossler und Bianca Herzog, Gleichstellungsbüro der Stadt Oldenburg

Seit mehr als 20 Jahren treffen sich im ursprünglich vom Gesundheitsbüro des Gesundheitsamtes initiierten Arbeitskreis „Forum Essstörungen“ Pädagog*innen, Psycholog*innen, Ärzt*innen, Ernährungsberater*innen und weitere Fachleute aus der Stadt Oldenburg und dem Landkreis Ammerland mit dem Ziel der Qualitätssicherung, Vernetzung und Koordinierung von Fortbildungsmaßnahmen.

Mittlerweile unter der Geschäftsführung des städtischen Gleichstellungsbüros informiert und sensibilisiert dieser Zusammenschluss außerdem die Öffentlichkeit über das Thema Essstörungen und wirbt für einen positiven Umgang mit dem eigenen Körper. In loser Folge werden Informationsveranstaltungen, Filme, Lesungen und anderes mehr angeboten. Seit diesem Jahr wird dieses Engagement unter dem Titel „Ausgewogen“ geführt. Der Dokumentarfilm „Embrace – Du bist schön“ wurde im Rahmen der Schulkinowochen platziert und in einer separaten Vorführung für die besonders von der Problematik betroffenen Mädchen kostenfrei angeboten. Zu jeder Filmvorführung gab es Gesprächsangebote durch Vertreterinnen des Forums oder aus der Mädchenarbeit. Die Reihe wird im Herbst mit einem fachärztlichen Vortrag fortgeführt.

Damit versucht das Forum Essstörungen auch einen Teil der Lücke zu füllen, die seit 2010 besteht: In Oldenburg existiert keine fachspezifische Beratungsstelle für Betroffene und deren Angehörige und damit gibt es kein niedrigschwelliges Beratungs- und Präventionsangebot.

Der Bedarf an spezifischer Unterstützung ist größer denn je

In der groß angelegten „KIGGS-Studie“¹⁹ des Robert-Koch-Institutes wurde und wird die Prävalenz von Essstörungen in Deutschland untersucht. Demnach zeigt jedes fünfte Kind im Alter von 11 bis 17 Jahren und sogar jedes

¹⁹ KIGGS = Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey. Längsschnittstudie mit Erhebungen seit 2003. Die obigen Ergebnisse liegen seit der letzten Erhebung mit Abschluss im Juni 2012 vor.

dritte Mädchen derselben Altersgruppe Symptome dieser Krankheit. Umgerechnet auf die Einwohnerzahl Oldenburgs muss man von etwa 2.500 minderjährigen Betroffenen und einer nicht messbaren Zahl von minderjährigen Gefährdeten ausgehen.

Die Corona-Pandemie hat die Lage zusätzlich verschärft. Unter dem Druck, das aus der Kontrolle geratene Leben wieder selbst zu beherrschen, kam und kommt es verstärkt zur Überkontrolle oder des Kontrollverlusts über das eigene Essverhalten. Die Bundespsychotherapeutenkammer attestiert für 2021 im Vergleich zu 2019 40 Prozent mehr Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren, die aufgrund einer Essstörung stationär behandelt wurden²⁰.

Das Gleichstellungsbüro informiert über die Fortsetzung der Reihe „Ausgewogen“ unter www.oldenburg.de/gleichstellung und dem Gleichstellungsbüro-Newsletter.

Kontakt:
 Renate Vossler / Bianca Herzog, Gleichstellungsbüro, Stau 73, 26122 Oldenburg,
 Gleichstellung@stadt-oldenburg.de

²⁰ „Corona: Immer mehr Essstörungen und Depressionen bei Jugendlichen“ Pressemitteilung der Bundes Psychotherapeutenkammer auf Grundlage des DAK-Kinder- und Jugendreports 2022

Ubidenz – Oldenburger forschen zu digitalen Assistenzsystemen zur Verbesserung der Nachsorge

Professor Dr. Arne Elmer/CEO, Marten Wilke/Projektmanager, Better@Home Service GmbH

Hinweis:

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde auf das Gendern verzichtet; grundsätzlich sind alle Personen angesprochen (w/m/d).

Das Projekt „Ubidenz“ ist ein Verbundprojekt des Oldenburger Forschungsteams, das in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) in Saarbrücken und anderen Partnern entstanden ist.

Worum geht's?

Prof. Dr. Dr. René Hurlmann erläutert den Hintergrund: „Wir beschäftigen uns mit Patientinnen und Patienten, die wegen Depression in der Klinik behandelt und anschließend entlassen wurden. Die Frage ist, wie die Nachsorge aussehen kann. Viele haben das Problem, sich nach der Behandlung im Dickicht der Akteure des Gesundheitswesens zurechtfinden zu müssen – Hausärzte, Psychotherapeuten, Psychiater, Nervenärzte und so weiter. Von überall kommen Informationen, die sie verarbeiten müssen. Wer wegen Depression aus der Klinik entlassen wird, ist in der Regel auch danach noch depressiv. Wir dürfen nicht behandeln bis die Erkrankung vollkommen verschwunden ist, sondern entlassen, wenn wir sehen, dass es besser wird und sich ein niedergelassener Arzt kümmern kann. Deshalb wollen wir jetzt ein Assistenzsystem entwickeln, das Patientinnen und Patienten hilft, sich in der Nachsorgephase zu organisieren. Das ist wichtig, denn Studien belegen, dass viele im Rahmen der Depression nicht in der Lage sind, sich auch um ihre anderen körperlichen Erkrankungen zu kümmern. Die Selbstfürsorge lässt dann häufig nach. Man geht nicht mehr zum Arzt, man nimmt die Medikamente nicht mehr so wie nötig. Das führt am Ende zu einer höheren Sterblichkeit. Das wollen wir mit dem Projekt „Ubidenz“ verhindern.“

Als sozio-empathisches Assistenzsystem für an Depression erkrankte, bereits aus der Klinik entlassene, Menschen sorgt UBIDENZ für ein innovatives Nachsorgemanagement und ein automatisiertes begleitendes Monitoring des weiteren ambulanten Nachsorgeverlaufes.

Es existieren bereits einige Formen der angeleiteten und technologiebasierten Selbsthilfe, beispielsweise webbasierte Psychoedukation, Online-Beratung, Nachsorge via SMS und sogar interventionelle Verfahren wie E-Mail-Therapie oder computergestützte kognitive Verhaltenstherapie. Einen zentralen Gesichtspunkt lassen diese Interventionen jedoch vollkommen außer Acht: Das Bedürfnis der Patienten nach Bindung, das heißt einer sozialen, empathischen Beziehung. UBIDENZ neuartiger Einsatz besteht aus einem sozio-empathisch agierenden Assistenzsystem mit einem verständnisvollen, einfühlsam agierenden Avatar als zentrale Interaktionsschnittstelle. Es kreiert eine therapeutische Beziehung, die einen Anreiz generiert, das System zu nutzen, wodurch die Adhärenz zu ambulanter Pharmako- und Psychotherapie sowie den Komplementärtherapien intensiviert wird. Der virtuelle UBIDENZ-Avatar dient somit als adaptives Übergangsobjekt aus dem depressionsbedingten regressiven Krankheitszustand.

Einen detaillierten Einblick in das Forschungsvorhaben beziehungsweise die Entwicklung des technischen Assistenzsystems geben die Forschungsgruppen:

„Ubiquitäre Digitale Empathische Therapieassistenz“ (UBIDENZ)

Bei dem innovativen Vorhaben „Ubiquitäre Digitale Empathische Therapieassistenz“ (UBIDENZ) handelt es sich um ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziertes Forschungsprojekt mit einer Laufzeit von 2021 bis 2024.

Ein sozio-empathisches Assistenzsystem für Menschen mit Depressionen

Ziel des Konsortialprojektes ist die Entwicklung eines sozio-empathisch agierenden Assistenzsystems mit einem verständnisvollen, einfühlsamen

Avatar als zentrale Interaktionsschnittstelle. Dieses kreiert eine therapeutische Beziehung, welche einen Anreiz bildet, das System zu nutzen, wodurch die Adhärenz zu ambulanter Pharmako- und Psychotherapie sowie den Komplementärtherapien intensiviert wird. Der virtuelle UBIDENZ-Avatar dient somit als adaptives Übergangsobjekt aus dem depressionsbedingten regressiven Krankheitszustand.

Innovativer Ansatz für Patienten in der poststationären Versorgung

Der in UBIDENZ bearbeitete neuartige Ansatz besteht aus einem ubiquitären, sozio-empathisch agierenden Assistenzsystem für Menschen mit Depression nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt. Ein bindungsorientierter Avatar dient als zentrale Interaktionsschnittstelle, der mit einer echtzeitfähigen Bindungssimulation soziale Signale analysiert und herstellt und damit die Assistenzfunktion stärkt. UBIDENZ wendet sich an Betroffene, deren Erkrankung sich durch ein hohes Risiko für Suizidalität und/oder einem rezidivierenden Verlauf kennzeichnet und setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen:

Ein psychosoziales Nachsorgemanagement sowie ein automatisiertes und analog begleitetes Monitoring des ambulanten Behandlungsverlaufes mit Navigationsfunktion und Krisenintervention. Besonders innovativ an diesem Ansatz ist die Strategie, technologiebasiert eine verständnisvolle, therapeutische Beziehung zu gestalten, die einen Anreiz generiert, das System dauerhaft zu nutzen, mit nachhaltigen Vorteilen für die Sicherstellung der Therapie-Adhärenz. Über eine stabile Bindung werden Eigenverantwortung, Selbstständigkeit und verschiedene Entwicklungspotentiale nachhaltig gefördert.

Einbindung in BeHome AAL-Lösung ermöglicht Versorgung im häuslichen Umfeld

Ziel des Vorhabens ist es, Versorgungslücken in der sozialpsychiatrischen Nachsorge flächendeckend zu schließen, insbesondere im ländlichen Raum. Das Teilvorhaben ‚Integration des UBIDENZ-Avatars in die BeHome Ambient Assisted Living (AAL)-Infrastruktur‘ soll es den Patienten erlauben, den UBIDENZ-Avatar im häuslichen Umfeld nutzen zu können. BeHome verfügt

bereits über eine funktionierende AAL-Lösung, welche schon auf dem Markt ist. Diese AAL-Lösung verfügt über eine Infrastruktur bestehend aus Sensoren, Aktoren, Tablet, Hauszentrale, Software und Dienstleistungen, welche den Einsatz des Avatars im Patientenalltag erleichtern und dessen Leistung verbessern können.

Durch die vorhandene Infrastruktur ergeben sich Synergieeffekte, welche alleinstehende Apps nicht bieten können. Die Einbindung in die BeHome-Smart-Living-Komplettlösung bietet dem Avatar deutlich mehr Möglichkeiten als eine Stand-Alone-Lösung. Die verwendeten Sensoren können wichtige Daten über den Zustand des Patienten liefern. Die verschiedenen Aktoren sowie die Eskalationssoftware können in Notsituationen Hilfe leisten.

Vernetzung von Ärzten, Therapeuten und sozialem Umfeld

Das über das integrierte Tablet eingebundene BeHome-Portal bietet Interaktionsmöglichkeiten mit Therapeuten, Ärzten und wichtigen Akteuren aus dem sozialen Umfeld des Patienten. Im Gegensatz zu anderen Insellösungen im Bereich Therapiebegleitender Apps hat die Einbindung in eine AAL-Infrastruktur den Vorteil, verschiedene Aspekte des Alltags des Patienten zu integrieren und ist somit aus therapeutischer Sicht weitaus geeigneter, Erfolge zu erzielen. Keine der derzeit bekannten Lösungen der Therapieassistenz setzt auf einen sozio-empathischen beziehungsorientierten Avatar, der gezielt emotional-soziale Aspekte der Therapie aufgreift und begleitend oder folgend in den Alltag integriert ist. Anwendungen mit Schwerpunkt im sozialpsychiatrischen Bereich gibt es derzeit nicht. Der innovative Ansatz für BeHome liegt darin, erstmals die Infrastruktur einer Ambient Assisted Living Komplettlösung, welche marktüblich für die Zielgruppe älterer beziehungsweise pflegebedürftiger Menschen verwendet wird, für Menschen mit Depressionen einzusetzen. Der im Rahmen des Projektes entwickelte Demonstrator soll nach erfolgreicher Realisierung von den Partnern BeHome, ki:elements und Charamel zur Marktreife in Deutschland gebracht werden. Die Schritte zur Marktreife beinhalten eine technologische Weiterentwicklung, die Integration in das vorhandene Geschäftsmodell sowie die Zertifizierung. Nach Projektende ist geplant, den

Demonstrator zu einem Prototyp zu entwickeln und nach erfolgreichen Tests in die Massenproduktion überzugehen.

Geballte Kompetenz erfahrener Konsortialpartner

Das Konsortium des Projektes UBIDENZ versammelt kompetente Partner aus Forschung und Wirtschaft. Das Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie an der Karl-Jaspers-Klinik, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg wird von der Arbeitsgruppe „Neuromodulation of Emotion (NEMO)“ vertreten, die in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Oldenburg durch den Klinikdirektor Universitätsprofessor Dr. Dr. Hurlemann etabliert wurde. Die Arbeitsgruppe ist seit 2010 in der Therapieforschung zu depressiven Störungen aktiv.

Das Ziel dieses Teilvorhabens in Ubidenz ist, in einem partizipativen Ansatz Patienten und sozialpsychiatrische Versorger in die Entwicklung des Systems einzubeziehen. Dazu werden die Zielgruppen in semistrukturierten Interviews zu ihren Wünschen und Vorstellungen befragt und können so an der Gestaltung des Systems mitwirken. Zudem werden Informationsinhalte zu Datenschutz und Cybersicherheit patientengerecht aufgearbeitet, sodass sich künftige Nutzer und Studienteilnehmer gut informiert für oder gegen das System entscheiden können. Kleinere Module von Ubidenz werden von der Forschungsgruppe mit der Hilfe von Probanden evaluiert.

Der HCM²¹-Lehrstuhl der Universität Augsburg ist renommierter Experte für multimodale Systeme, insbesondere für die Interpretation nichtverbaler und paraverbaler Äußerungen.

Das Deutsche Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz GmbH (DFKI) ist auf dem Gebiet innovativer Mensch-Technik-Interaktion die führende wirtschaftsnahe Forschungseinrichtung in Deutschland. Die Affective-Computing-

²¹ Human-Centered Multimedia

Die Kernkompetenz unseres Lehrstuhls liegt in der Erforschung neuer Paradigmen für die Mensch-Technik-Interaktion, wobei ein breites Spektrum an Sensorik und Interaktionsgeräten abgedeckt wird, unter anderem Eyetracking Systeme, Motion Capturing Systeme, Biosensoren, berührungssensitive Oberflächen et cetera.

Gruppe des Fachbereichs Kognitive Assistenzsysteme ist international anerkannter Experte für emotionale Benutzermodelle, Verhaltensmodellierung sowie Sprach- und Dialogverarbeitung.

Die Better@Home Service GmbH (BeHome) bietet als einziges Unternehmen in Deutschland eine zuverlässige Lösungsplattform für altersgerechtes Wohnen mit digitalen Assistenzsystemen inklusive eines umfassenden Dienstleistungsangebotes aus einer Hand. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf Kooperationen mit der Wohnungswirtschaft im Kontext des Themas „Smart Senior Living“. BeHome kombiniert dazu bewährte Produkte und Services seiner Partnerunternehmen, die kundenspezifisch konfiguriert werden können. Dabei ergeben sich innovative und nachhaltige Geschäfts- und Versorgungsmodelle für Wohnungsunternehmen, Kranken- und Pflegekassen, Arbeitgeber, Städte und Kommunen sowie ambulante oder teil-/stationäre Pflegeeinrichtungen.

Die ki:elements UG leistet Pionierarbeit auf dem Gebiet der sprachbasierten Biomarker für das Screening und die Überwachung der geistigen und neurologischen Gesundheit. ki:elements bindet seine sprachbasierten Biomarker in verschiedenen Nutzungsszenarien ein und arbeitet mit führenden Unternehmen der Pharma-, Digital-Health- und anderer Branchen zusammen.

Die Charamel GmbH entwickelt interaktive 3D-Avatare für den Einsatzbereich Mensch-Maschine-Kommunikation, die mittels der eigenen 3D-Software-Lösungen VuppetMaster® in unterschiedlichen Anwendungsfeldern eingesetzt wird.

Kontakt:

Better@Home Service GmbH, Ansprechpartner Marten Wilke Projektmanager, Unter den Linden 80, 10117 Berlin, Telefon: 030 23578581
Marten.wilke@better-at-home.de

Eine Landesstelle als Kommunikationsförderin in Niedersachsen

Anna Menze und Mareile Deppe, Landesstelle Psychiatriekoordination
Niedersachsen

Im Jahr 2022 ist das digitale Informationsangebot in vielen gesundheitsbezogenen Fachbereichen so groß wie nie. Die Vorteile digitaler Plattformen liegen dabei auf der Hand und sind nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie verstärkt in den Fokus geraten. Wissen kann kostengünstig und wohnortunabhängig verfügbar gemacht und erworben werden. Zeitliche Ressourcen können durch den Wegfall von langen Anfahrtswegen zu Informationsveranstaltungen auf ein Minimum begrenzt werden. Gleichwohl muss die Medien- und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung deutlich gestärkt werden, um die schwierige Unterscheidung zwischen zuverlässigen Informationen und Fehlinformationen bewältigen und den Überblick behalten zu können.

Doppelstrukturen vermeiden

Aktuell befinden sich einige Akteure im Gesundheitswesen in einem neuen Zwiespalt. Die Schwierigkeit liegt nicht mehr nur darin, Wissen bereitzustellen. Mindestens ebenso herausfordernd erscheint es, aufbauend auf der immensen Menge im Internet zirkulierender Informationen und einer unmöglich zu überblickenden Anzahl digitaler Plattformen, zielgerichtet Doppelstrukturen zu vermindern oder gar von vornherein zu vermeiden. Die Vielzahl an Informationen muss an geeigneter Stelle gebündelt werden. Hierfür müssen langfristig neue Strukturen geschaffen werden, die für die Nutzenden noch zu überblicken sind. Für die das Wissen bereitstellenden Einrichtungen ergibt sich hierdurch ein dringend notwendiger Abstimmungsbedarf mit weiteren Akteuren, der insbesondere in regional abgegrenzten Bereichen erfolgversprechend sein kann. Dem Ausbau der Netzwerkarbeit kommt hierbei eine tragende Rolle zu, um die Verzahnung und kooperative Zusammenarbeit der Akteure zu befördern und durch den daraus resultierenden Wegfall von Doppelstrukturen personelle und zeitliche Ressourcen zu schonen.

Eine Landesstelle zur Bündelung der Informationen

Mit der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen (LSPK) hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Niedersachsen im Rahmen der Landespsychiatrieplanung eine Stelle geschaffen, die ebendiesen Aspekt bedient. Mit dem Ziel, Informationen und Angebote der Psychiatrielandschaft in Niedersachsen zu bündeln und diese online übersichtlich darzustellen, setzt sich die LSPK seit 2020 für einen landkreisübergreifenden Informationsfluss und die Vernetzung innerhalb der Psychiatrielandschaft Niedersachsens ein. Mit dem technischen Medium der Webseite und dem direkt-personalen Austausch im Rahmen der Netzwerkarbeit wird das Thema „Gesundheitskommunikation“ seitdem auf diversen Ebenen berührt.

Strukturen und Angebote sichtbar machen

Ein von der LSPK entwickeltes interaktives Schaubild bildet etwa die Strukturen und Arbeitsabläufe psychiatrischer Akteure und Gremien in Niedersachsen ab und klärt über die Funktionen dieser auf. Dies ist einer der Bereiche der niedersächsischen Gesundheitsversorgung, der für die (Fach-)Öffentlichkeit bisher wenig sichtbar war. Auch der digital aufbereitete Fortschrittsbericht zum Landespsychiatrieplan Niedersachsen schlägt in dieselbe Kerbe und zeigt, welche Projekte im Rahmen der Landespsychiatrieplanung bereits durchgeführt wurden und welche Entwicklungsfelder noch bearbeitet werden müssen. Auf einer Versorgungslandkarte werden für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aufwendig zu recherchierende versorgungsanbietende Stellen gebündelt dargestellt. Hierdurch können Netzwerkpartnerinnen und -partner gefunden werden. Gleichzeitig wird sichtbar, in welchen Regionen möglicherweise noch Lücken in den Angebotsstrukturen bestehen, die es bestenfalls zu schließen gilt. Neue evidenzbasierte Leitlinien oder fachliche Empfehlungen und Standards werden außerdem über die Webseite kommuniziert. Mit einer Projektdatenbank werden innovative Projekte und die praxisnahen Erkenntnisgewinne aus ebendiesen abgebildet.

Der entscheidende Grund, warum dieses Wissen auf der Webseite der LSPK vermittelt wird, ist die Schaffung von Transparenz. Nur wenn ersichtlich ist,

welche aktuellen Angebote es gibt oder welche Informationen relevant sind, können die Menschen auch in Erwägung ziehen, diese für sich zu nutzen. Den Status-Quo zu kennen ist wesentlich für die Ideen- und Zielfindung der Akteure und kann die zielgerichtete Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Bundesland begünstigen.

Erschwerte Eingrenzung der Zielgruppe

Eine der Herausforderungen der digitalen Kommunikation ergibt sich durch die Definition der Dialoggruppe, die mit den unterschiedlichen Ebenen des Online-Auftritts erreicht werden soll. Als aus dem Landespsychiatrieplan resultierende Stelle ist definiert, für wen diese eingerichtet ist. Primäre Dialoggruppe der LSPK sind zweifelsohne die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen und den dazugehörigen Schnittstellenbereichen. Dennoch sind auch Angehörige, Psychiatrieerfahrene oder sonstige Interessierte eingeladen, sich auf der Webseite zu informieren. Eine trennscharfe Abgrenzung gestaltet sich schwierig. Fragen nach der zielführenden Ansprache der Nutzenden und der Handhabbarkeit werden daher bei jedem hinzukommenden Webseiten-Modul neu beantwortet. Denn entscheidend ist, dass die Informationen und das Wissen auch bei den Personen ankommen, an die sie sich richten, um produktiv genutzt werden zu können. Existierende Unklarheiten über die Dialoggruppe konnten zusätzlich mit Hilfe eines dreiminütigen, modern aufbereiteten Erklärvideos zu Nutzen und Aufgabengebieten der LSPK gelöst werden. Um dialoggruppenspezifische Inhalte anbieten zu können, ist es zudem notwendig, die Bedarfe der Dialoggruppen zu kennen. Eine von der LSPK durchgeführte Umfrage im September 2021 konnte hierüber wichtige Erkenntnisse liefern, die sich seitdem in Kommunikationsinhalten und -medien der LSPK wiederfinden. Dennoch ist es angesichts der Schnelllebigkeit und Komplexität des Arbeitsfelds weiterhin notwendig über die Herausforderungen und Bedarfe zu sprechen, um Inhalte und Kommunikationsformen kontinuierlich neu ausrichten zu können.

Erfahrungsbasiertes Gesundheitswissen

Ersichtlich wird in dem Erklärvideo unter anderem auch, dass die LSPK einen Beitrag zur Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten möchte. Umgesetzt wurde dieses Vorhaben bereits zum wiederholten Male durch kostenfreie digitale Lesungen zu verschiedenen Themenbereichen. In der intendierten Gesundheitskommunikation setzt die LSPK damit neben fachspezifischen Standards auch auf erfahrungsbasiertes Gesundheitswissen. Das Sensibilisieren für unterschiedliche Perspektiven im psychiatrischen Bereich, welches über die rein theoretischen Inhalte hinausgeht und die Menschen in ihrem eigenen Erleben abholt, aber auch das Wissen über individuelle Krankheitsverläufe und die Nutzung von Hilfsangeboten, bietet den schnittstellenübergreifenden Berufsgruppen einen ebenso großen Mehrwert, wie am Thema interessierten Einzelpersonen. Die Aufzeichnungen der digitalen Formate werden über den Online-Dienst YouTube zur Verfügung gestellt und können nachhaltig genutzt werden. Niedrigschwellige und anonyme Zugangsmöglichkeiten bieten hierbei eine große Reichweite und können oftmals auch die Menschen erreichen, die aus vielfältigen Gründen von derartigen Terminen in Präsenz absehen würden.

Erfahrungsbasiertes Wissen spielt auch in der Netzwerkarbeit eine große Rolle. Welche Erfahrungen wurden in Niedersachsens Kommunen bereits gemacht? Was können die einzelnen Akteure voneinander lernen? Diese Fragen bilden die Grundlage der Arbeit der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen und über all jene Aspekte bedarf es einer kontinuierlichen Kommunikation. Ein zielgerichteter Austausch und Informationsfluss ist dabei immer abhängig von den zahlreichen Akteuren, die es zu motivieren gilt. Ein wichtiger Faktor hierbei ist die eigene Haltung zum Nutzen der Netzwerkarbeit. Denn der interdisziplinäre Austausch innerhalb des Netzwerks zeigt oftmals auch, dass das Rad nicht zwangsläufig neu erfunden werden muss, sondern bestenfalls aufbauend auf vorhandenem Wissen weitergearbeitet werden kann. Um diesen Leitgedanken fortzuführen und den überregionalen Austausch zu fördern, hat die Landesstelle unter anderem den Bedarf

aus dem Feld aufgenommen und ein regelmäßiges Treffen für die niedersächsischen Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren der Sozialpsychiatrischen Dienste initiiert.

Transferfunktion und Kommunikationsförderung

Es besteht somit zum einen das Bestreben, gesundheitsbezogenes Wissen und Informationen – vornehmlich aus dem Fachbereich der Psychiatrie – zu bündeln und den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Verfügung zu stellen. Zum anderen zielt die Arbeit der Landesstelle Psychiatriekoordination auch darauf ab, die interdisziplinäre sowie regionale und überregionale Gesundheitskommunikation in Niedersachsen zu fördern. Beide Ansätze eint das übergeordnete Ziel, die Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen positiv zu beeinflussen.

Kontakt:

Anna Menze und Mareile Deppe, Landesstelle Psychiatriekoordination
Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V., info@psychiatriekoordination-nds.de

Webseite: www.psychiatriekoordination-nds.de



Quit the Shit

Ein Online-Beratungsprogramm für Cannabiskonsumierende

von Marc-Dennan Tensil

Mit *Quit the Shit* hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine strukturierte Online-Hilfe entwickelt, die Cannabiskonsumierende beim Ausstieg oder bei der Konsumreduktion unterstützt. Das Kurzinterventionsangebot ist für Klient*innen geeignet, die einen anonymen Beratungszugang bevorzugen und mit der schriftlichen Kommunikations- und Arbeitsweise gut klarkommen.

Viele Anfragen zum Thema Cannabis

Es ist der 21. Juli 2001. Die Love Parade tobt durch Berlins City. Während fast eine Million Menschen zu lauter Techno-Musik feiern, geht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit *drugcom.de* online. Die Website ist mit dem Ziel angetreten, über die Risiken des Konsums von legalen und illegalen Drogen aufzuklären und die kritische Reflektion des eigenen Konsumverhaltens zu fördern. Ein Online-Beratungsteam steht zudem für persönliche Fragen bereit. Wie sich schnell zeigt, betreffen viele Beratungsanfragen zwar die „klassischen“ Partydrogen wie Ecstasy oder

Amphetamine, doch bei der überwiegenden Mehrzahl der Anfragen geht es um Cannabis.

Viele der Anfragenden wünschten sich eine persönliche Beratung, da sie feststellen mussten, dass sie öfter kiffen, als ihnen guttat. Oder sie hatten bereits mehrere Versuche gestartet, ihren Konsum einzustellen.

Die Vielzahl der Anfragen nahm die BZgA zum Anlass, das Beratungsprogramm *Quit the Shit* zu entwickeln. 2004 startete es als Ergänzung zu *drugcom.de*. Das Programm beinhaltet spezifische Informationen für Cannabiskonsumierende und bietet angemeldeten Nutzerinnen und Nutzern einen unkomplizierten Zugang zu professioneller Beratung.

Niedrigschwelliger Zugang für Cannabiskonsumierende mit Änderungsbereitschaft

Das Programm *Quit the Shit* richtet sich an Personen, die willens sind, ihren Cannabiskonsum bedeutsam zu reduzieren oder ganz einzustellen. In den meisten Fällen sind dies Konsumierende, die Anzeichen einer Cannabisabhängigkeit aufweisen. Viele haben bereits negative Konsequenzen erfahren, kiffen aber trotzdem weiter. So schrieb ein 23-jähriger Teilnehmer von *Quit the Shit* in einem Erfahrungsbericht: „Ich bin aus meiner WG rausgeflogen, hatte meine Ersparnisse aufgebraucht, mein Studium aufgegeben und konsumierte fast nur noch.“

Der Ausstieg aus dem Konsum erscheint manchen Konsumierenden dennoch als zu großer Schritt, da es ihnen Angst bereitet, auf eine liebgewordene Beschäftigung gänzlich verzichten zu müssen. Um die Schwelle in das Programm möglichst niedrig zu halten, ist Abstinenz, anders als es der Titel des Programms vermuten lassen könnte, daher nicht verpflichtendes Ziel. Allerdings sollte zumindest eine deutliche Reduktion angestrebt werden.

Lösungsorientierter Beratungsansatz

Die konkrete Zielvereinbarung im Rahmen von *Quit the Shit* wird individuell mit der Klientin oder dem Klienten verhandelt. Theoretische Grundlage ist der von Insoo Kim Berg und Scott D. Miller formulierte lösungsorientierte Ansatz (2017). Dieser unterstreicht die Bedeutung eines zielgerichteten Vorgehens in der Beratung und der Therapie von Menschen mit Suchtproblemen.

Nach Ansicht der Autoren sollten Ziele für die Klientin bzw. den Klienten bedeutsam, möglichst klein, konkret, präzise und verhaltensbezogen sein. Darüber hinaus wird unterstrichen, dass die im Gespräch ausgehandelten Ziele im Lebenskontext der Person realistisch und erreichbar sein sollten. Die Beraterinnen und Berater fokussieren dabei konsequent jene Inhalte, die der Entwicklung von Lösungen dienen. Dabei werden vor allem die vorhandenen Ressourcen der Klientinnen und Klienten genutzt, um Veränderungsprozesse zu fördern. Konkret bedeutet dies, dass je nach der persönlichen Situation der Klientin bzw. des Klienten beispielsweise zunächst ein kurzfristiges wochenbezogenes Ziel vereinbart wird, das eine bestimmte Anzahl konsumfreier Tage beinhaltet sowie erste Strategien, die bei der Ziel-

erreichung helfen können. Nach einer Woche werden die Erfahrungen reflektiert und ggf. ein neues Ziel formuliert. Mitunter merken die Teilnehmenden, dass ihnen die Reduktion nicht gelingt, was zur Folge haben kann, dass der Wunsch größer wird, einen Schlussstrich zu ziehen und den Konsum ganz einzustellen.

Motivierende Gesprächsführung

Nicht nur im Rahmen der Zielvereinbarung, auch im weiteren Verlauf der Beratung kommt es vor allem darauf an, mit den häufig anzutreffenden ambivalenten Haltungen der Teilnehmenden einfühlsam umzugehen. Hierbei hat es sich bewährt, die Methoden der von William Miller und Stephen Rollnick (2015) konzipierten Motivierenden Gesprächsführung anzuwenden. Im Mittelpunkt dieses Modells steht die Annahme, dass Menschen grundsätzlich in der Lage sind, ihre Verhaltensweisen, zu denen auch das Suchtverhalten gehört, selbstständig und ohne längerfristige Hilfestellungen zu ändern. Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Interventionen befördert werden. Dazu gehören beispielsweise eine empathische Grundhaltung, die Stärkung der Selbstwirksamkeit und das gemeinsame Erarbeiten von Alternativen, die der Bewältigung des problematischen Verhaltens dienen.

Überschaubares Zeitfenster

Der Zeitrahmen von *Quit the Shit* ist auf 28 Tage festgelegt und folgt damit der Konzeption einer Kurzzeitintervention. Eine Dauer von 28 Tagen ist für die Teilnehmenden attraktiv, da es sich hier um eine überschaubare Zeitperspektive handelt. Vier Wochen sind außerdem lang genug, um eine Verhaltensänderung auszulösen und auf den Konsum bezogene Strategien im Alltag zu erproben.

Personen, die sich für eine Beratung anmelden, durchlaufen zunächst eine **Eingangsbefragung**. Dort werden, neben soziodemografischen Angaben, eine Reihe von Basisdaten zum Cannabiskonsum sowie zu anderen relevanten Aspekten abgefragt, z. B. Konsummotive, Änderungsbereitschaft, komorbide Störungen, Belastung durch andere Probleme oder Konsum weiterer Substanzen. Die Beantwortung der Fragen kann bis zu einer halben Stunde oder mehr in Anspruch nehmen. Die gesammelten Informationen bilden die Grundlage, auf der sich die Beraterin oder der Berater ein Bild von der Klientin bzw. dem Klienten macht.



Konsumtagebuch als zentrales Programmelement

Der Einstieg erfolgt auf der Basis von Terminen. Den Klientinnen und Klienten wird empfohlen, einen Starttermin mit Aufnahme-Chat zu buchen, um die Beraterin bzw. den Berater kennenzulernen und um gemeinsam ein sinnvolles Ziel zu erarbeiten. Für den Fall, dass Interessierte keinen passenden Termin finden oder sie noch davor zurückscheuen, über ihre Problemlage zu sprechen, können sie alternativ auch ohne Chat starten. Im Anschluss an den Einstieg haben die Klientinnen und Klienten Zugriff auf eine Reihe von Programmelementen. Zentral ist das **Konsumtagebuch**, in dem sie täglich ihren Cannabiskonsum dokumentieren sowie alle damit zusammenhängenden Begleitumstände. An konsumfreien Tagen werden die Teilnehmenden zudem dazu angehalten zu reflektieren, was ihnen geholfen hat, nicht zu kiffen. Entscheidend ist, dass sie sich täglich mit ihrem Konsum oder dem Craving auseinandersetzen und ihr persönliches Ziel dabei nicht aus den Augen verlieren.

Unterstützt wird dieser Prozess durch spezielle **Übungen**. So werden die Teilnehmenden nach jedem Konsumeintrag dazu angehalten, sich mit ihren (1) Risikosituationen auseinanderzusetzen und Kontrollstrategien zu entwickeln, die ihnen helfen, diese Situationen zu meistern. In der Übung (2) „Vor- und Nachteile des Kiffens“ können sich die Teilnehmenden mit ihren Motiven und Gedanken auseinandersetzen, die mit ihrem Cannabiskonsum in Zusammenhang stehen. Gerade für Personen, die noch ambivalent in ihrer Haltung sind, kann diese Übung helfen, Klarheit zu finden. Die Übung (3) „Lebensqualität verbessern“ soll ihnen dabei helfen, Freizeitaktivitäten in ihren Tagesablauf zu integrieren, um sich vom Kiffen abzulenken bzw. die neu gewonnene freie Zeit sinnvoll zu nutzen. Eng damit verbunden ist die Übung (4) „Meine persönlichen Stärken“, die zum Ziel hat, das Selbstwertgefühl der Klientinnen und Klienten zu stärken. In dieser Übung werden die Teilnehmenden dazu aufgefordert, sich aktiv mit den eigenen positiven Eigenschaften auseinanderzusetzen. Schließlich richtet sich die Übung (5) „Abschiedsbrief an das Suchtmittel“ an Teilnehmende, die bereits Konsumabstinenz erreicht haben. Der „Abschiedsbrief“ hilft ihnen dabei, sich vom alten Leben als „Kiffer“ zu verabschieden.

Die persönliche Beratung durch eine Beraterin oder einen Berater erfolgt im Rahmen einer **wöchentlichen Rückmeldung per Mail oder im Chat** an die Klientin bzw. den Klienten. Die Beraterin bzw. der Berater haben vollen Zugriff auf alle Elemente, in denen die

Teilnehmenden Einträge vornehmen. Somit lässt sich nachvollziehen, welche Fortschritte die Person gemacht, mit welchen Hürden sie zu kämpfen oder welche Erfolge sie gefeiert hat. In der Rückmeldung geht die Beraterin bzw. der Berater differenziert auf die persönliche Situation der Person ein, gibt darauf bezogene Tipps und visiert dabei das Ziel an, die Selbstwirksamkeit der Person zu stärken und sie dazu zu motivieren, ihr persönliches Ziel weiter zu verfolgen. Etwa ein bis zwei Wochen nach Programmstart haben die Teilnehmenden zusätzlich die Möglichkeit, im Rahmen eines **Feedback-Chats** ihre bisherigen Erfahrungen mit ihrer Beraterin oder ihrem Berater zu besprechen. Chats können insbesondere bei Usern mit ambivalenter Motivation sinnvoll sein, um sie dazu anzuspornen, an ihrem persönlichen Ziel festzuhalten oder kleine Zwischenziele zu definieren. Schließlich findet zum Ende des Programms noch ein **Abschluss-Chat** statt, dessen Aufgabe es ist, eine abschließende persönliche Bewertung des Programms und seines Ergebnisses vorzunehmen.

Parallel können alle aktiven und ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich auch untereinander im **Forum** austauschen. Das Forum bietet einen geschützten Rahmen, da Personen, die nicht in das Programm eingestiegen sind, weder Lese- noch Schreibzugriff haben. Unabhängig vom Teilnahmestatus können alle Interessierten die Rubrik „**Wissenswertes**“ nutzen, die umfangreiche Informationen und Tipps rund um das Thema Ausstieg oder Reduktion enthält.

Nachweis der Wirksamkeit

Das Programm *Quit the Shit* wurde im Rahmen zweier Studien auf seine Wirksamkeit hin überprüft. 2011 konnte in einer ersten randomisierten Kontrollgruppenstudie nachgewiesen werden, dass Teilnehmende von *Quit the Shit* ihren Konsum drei Monate nach dem Einstieg in das Programm signifikant gegenüber einer Wartekontrollgruppe senken konnten (Tossmann et al., 2011). 2013 wurde eine zweite RCT-Studie durchgeführt, um die Effektivität unterschiedlicher Versionen von *Quit the Shit* zu ermitteln. Unabhängig von der genutzten Programmvariante konnten alle Teilnehmenden drei, sechs und zwölf Monate nach dem Einstieg in das Programm ihren Konsum signifikant senken (Jonas et al., 2018).

Aktuelle Ergebnisse der begleitenden Evaluation können in den Jahresberichten nachgelesen werden, die im Bereich „Downloads“ auf www.drugcom.de zur Verfügung stehen.

Direkt ins Programm unter: <https://www.quit-the-shit.net/qts/fwd/public/programm.do>

Vor- und Nachteile der Online-Beratung gegenüber der Vor-Ort-Beratung

Für Cannabiskonsumierende, die unkompliziert auf der Suche nach professioneller Unterstützung sind, bietet das Programm *Quit the Shit* eine besonders niedrigschwellige Option. Die einfache Anmeldung mit E-Mail-Adresse und die Möglichkeit, von überall und jederzeit auf das Programm zugreifen zu können, dürfte für viele Interessierte attraktiv sein. Die Online-Tools regen dazu an, sich täglich mit dem Konsum auseinanderzusetzen. Gleichzeitig wissen die Teilnehmenden, dass eine Beraterin oder ein Berater sich persönlich mit ihren Einträgen befasst, was viele als hilfreich bewerten. Dieser Teilnehmer schreibt:

„Das Beste ist aber die Beratung im Hintergrund und das Feedback. Das Ganze ist hier keine persönliche Therapie, aber alleine die Gewissheit, dass das Tagebuch mitgelesen wird, hat mir unglaublich geholfen. Ich war nicht alleine und ich konnte mir selbst und einem Dritten, der mit mir den ganzen Weg gegangen ist, beweisen, dass ich es schaffe.“ (m, 32 J.)

Der niedrigschwellige und weitestgehend anonyme Zugang ist allerdings auch die Schwäche des Programms. Typisch für Online-Programme ist eine eher gering ausgeprägte Verbindlichkeit, die insbesondere zu Beginn der Teilnahme zu Abbrüchen führt. So hört etwa ein Drittel der Teilnehmenden schon in den ersten Tagen auf, also noch bevor sie ein Feedback von ihrer Beraterin oder ihrem Berater zu lesen bekommen. Auch dürfte die eher textbasierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum nicht für jede Person ein geeignetes Mittel sein.

Für Personen, die sich mit der schriftlichen Form der Beratung gut anfreunden können, hat sich *Quit the Shit* aber als qualitätsgesicherte Möglichkeit, online persönliche Beratung in Anspruch zu nehmen, bewährt.

Literatur & Links

BERG, I. K. & MILLER, S. D.: **Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz.** 8. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag (2017).

JONAS, B., TENSIL, M.-D., TOSSMANN, P. & STRÜBER, E.: **Effects of Treatment Length and Chat-Based Counseling in a Web-Based Intervention for Cannabis Users: Randomized Factorial Trial.** Journal of Medical Internet Research, 20(5), e166 (2018). <https://www.jmir.org/2018/5/e166/>

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S.: **Motivierende Gesprächsführung.** Freiburg im Breisgau: Lambertus (2015).

TOSSMANN, H.-P., JONAS, B., TENSIL, M.-D., LANG, P. & STRÜBER, E.: **A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users.** Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14(11), 673-679 (2011). <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cyber.2010.0506>

Quelle:
proJugend 1/2020, Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e. V.

3. Empfehlungen zum Schwerpunktthema

Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Früherkennung psychischer Störungen

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

In der vorherigen Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2021/2022 haben wir den Hintergrund für die Wahl des Schwerpunktthemas skizziert und verschiedene Artikel zu diesem Thema abgedruckt.

Im Landespsychiatrieplan Niedersachsen, der im Jahr 2016 im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung erstellt wurde, ist die Empfehlung festgehalten, Frühintervention zur Verhinderung von Krankheitsverschlimmerung und Chronifizierung auszubauen. Der Ausbau soll zudem sozial desintegrierende Krankheitsfolgen verhindern beziehungsweise mildern²².

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

Alle häufigen und zur Chronifizierung neigenden psychiatrischen Störungen haben einen langjährigen Vorlauf, das stellten prospektive und retrospektive epidemiologische Forschungen in den vergangenen Jahren fest. Jahre beziehungsweise Jahrzehnte vor der ersten Diagnosestellung und der ersten Behandlung treten noch wenig charakteristische erste klinische Symptome und unterschwellige Anzeichen der kommenden Erkrankung auf²³.

²² Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) 2016: Landespsychiatrieplan Niedersachsen – Zusammenfassung - . Niedersachsen: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, S. 33ff.

²³ Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) 2003: Kongressbericht Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Störungen, Ansätze zur Prävention und zur Vermeidung von Chronifizierung, Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier, S. A2236

Primärprävention gehört aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) inzwischen zu den wichtigsten Zielsetzungen heutiger Psychiatrie²⁴. Doch trotz der Chancen, die eine Früherkennung schwerer psychischer Erkrankungen bietet, gibt es in Deutschland noch kein flächendeckendes Angebot von Früherkennungszentren.

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

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

Auf dem Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2021 wurde das Thema „Früherkennung psychischer Störungen“ festgelegt. In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2021 wurde eine erste Problembeschreibung vorgenommen. Im Anschluss wurden verschiedene Teilnehmende des Sozialpsychiatrischen Verbundes gebeten, Artikel zu einzelnen Aspekten zu verfassen. Diese Artikel wurden in der Fortschreibung 2021/2022 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2021 veröffentlicht.

Auf dem Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2022 wurde das Thema „Früherkennung psychischer Störungen“ arbeitskreisübergreifend intensiv diskutiert.

In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2022 wurden – basierend auf den vorhergehenden Schritten – konkrete Empfehlungen erarbeitet, die von der Geschäftsführung des Verbundes zusammengefasst wurden. Anschließend wurde diese Zusammenfassung mit der Delegiertenversammlung diskutiert und überarbeitet und kann jetzt hier veröffentlicht werden.

²⁴ www.dgppn.de/die-dgppn/referate/praevention-psychischer-erkrankungen.html

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

Empfehlungen zum Thema Früherkennung psychischer Störungen

- Niedrigschwellige Informationsangebote zu psychischen Störungen
- Quartiersbezogene Öffentlichkeitsarbeit
- Netzwerkarbeit ausbauen
- Fortbildungen zum Thema „Früherkennung psychischer Störungen“ in Präsenz, auch berufsgruppenübergreifend

- Aufklärung über unbegründete Ängste/Folgen vor/von Annahme von Hilfen (Ziel: Hilfen können angstfrei angenommen werden.)
- Betriebliche Suchtvereinbarungen einführen beziehungsweise aktualisieren und Schulung von Fachkräften etablieren

- Kidstime etablieren und weiterentwickeln
- Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schulen und Beratung auch im Bereich Aufklärungsarbeit
- Mehr Sitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Diagnostik)
- Früherkennung als Suizidprophylaxe im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Patenschaftsmodell einführen

- Ausbau der Kapazitäten für Diagnostik und Behandlung bei Menschen mit Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung

- Kooperation zwischen der Karl-Jaspers-Klinik und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Bereich Früherkennung von Psychosen
 - Psychoedukation nach Belastung durch ein traumatisches Erlebnis
-

Kontakt:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

4. Übersicht

Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern

Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gesamtzahl	239	241	243	266	363	365	382
m / w	131 / 108	131 / 110	142 / 101	150 / 116	222 / 141	188 / 177	237 / 145
0 - < 18	0	0	0	0	0	0	0
18 - < 25	26	39	32	46	67	56	65
m / w	15 / 11	20 / 19	17 / 15	23 / 23	42 / 25	32 / 24	37 / 28
25 - < 45	90	84	101	102	153	149	130
m / w	49 / 41	50 / 34	71 / 30	69 / 33	99 / 54	88 / 61	82 / 48
45 - < 65	68	74	64	71	81	96	114
m / w	41 / 27	34 / 40	38 / 26	43 / 28	49 / 32	41 / 55	76 / 38
65 +	55	44	46	47	62	64	73
m / w	26 / 29	27 / 17	16 / 30	15 / 32	32 / 30	27 / 37	42 / 31
aus Einrichtungen	20	35	37	32	43	28	54
Anzahl der Personen, die mehrfach nach NPsychKG untersucht wurden	25	17	23	18	30	44	51
m / w	16 / 9	7 / 10	15 / 8	8 / 10	22 / 8	24 / 20	32 / 19
Beteiligung Gesundheitsamt	21	38	26	37	42	24	19

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

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

Es ist offensichtlich, dass 2019 die Unterbringungszahlen sprunghaft gestiegen sind und seitdem auf diesem hohen Niveau verharren. Das Zahlenverhältnis zwischen den Geschlechtern schwankt, wobei immer mehr Männer als Frauen untergebracht werden. Bei den Altersgruppen zeigt sich, dass es jenseits des Alters von 45 einen kontinuierlichen Anstieg der Unterbringungszahlen gibt. Es fällt für 2021 auf, dass es einen deutlichen Anstieg bei den Unterbringungen aus Einrichtungen heraus gab. Hinter der Rubrik „Beteiligung Gesundheitsamt“ verbirgt sich, ob das ärztliche Zeugnis für die Unterbringung von einer Ärztin oder einem Arzt des Gesundheitsamtes erstellt wurde. Hier zeigt sich für 2020 und 2021 deutlich der Einfluss der Pandemie – durch die starke Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes in dieser Zeit, konnten diese seltener für die Untersuchungen nach NPsychKG herangezogen werden. Dies wird sich durch die neue ärztliche Mitarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst seit Jahresbeginn 2022 zukünftig anders darstellen.

Eine Bachelorarbeit der Friedrich-Schiller-Universität Jena hat sich auf der Grundlage unseres anonymisierten Datensatzes mit der Entwicklung der Einweisungsrates über die Jahre 2015 bis 2019 befasst. Diese Analyse zeigt unter anderem „eine steigende Tendenz der Unterbringungsrate innerhalb dieses Zeitraumes. Die Rate liegt dabei zwischen 129 und 196 Personen je 100.000

Einwohner. Unter den eingewiesenen Personen überwiegt das männliche Geschlecht mit einem Anteil von 56 % gegenüber dem weiblichen mit 44 %. Der Altersdurchschnitt der untergebrachten Männer liegt bei 43 Jahren, während die Frauen im Mittel 47 Jahre sind. Insgesamt besitzen die Hälfte aller eingewiesenen Personen ein Alter im Bereich von 29 bis 61 Jahren. Beim männlichen, als auch weiblichen Geschlecht liegen schizophrene und wahnhafte Störungen, sowie affektive Störungen besonders häufig vor.“ (Kaiser, 2020)²⁵

Eine weitere Bachelorarbeit der Uni Jena (Martin, 2021)²⁶ beschäftigt sich mit den Risikofaktoren für wiederholte Zwangseinweisungen im ersten oder zweiten Folgejahr nach Initialeinweisung. Es zeigte sich unter anderem, dass Menschen mit Suchterkrankungen und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ein erhöhtes Risiko haben, innerhalb der ersten 365 Tage nach Ersteinweisung wieder eingewiesen zu werden.

Außerdem hat das Land Niedersachsen die Landespsychiatrieberichterstattung neu organisiert und legt den Kommunen seit 2021 jährlich individuelle Feedbackberichte vor, die auch niedersachsenweit vergleichend auf die Unterbringungen nach NPsychKG eingehen. Die Daten dafür entstammen einer Abfrage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung bei den nach NPsychKG beliehenen Kliniken.

Diese Berichte zeigen unter anderem, dass Oldenburg zu den Kommunen mit den höchsten Unterbringungszahlen gehört bezogen auf 100.000 Einwohner beziehungsweise Einwohnerinnen. Öffentlich verfügbar kann dies nachgele-

²⁵ Kaiser, Juliane (2020). Entwicklung der Zwangseinweisungsrate und Analyse kritischer psychischer Situationen hinsichtlich Risikofaktoren für Einweisungen in Oldenburg über die Jahre 2015 bis 2019. Bachelorarbeit an der Universität Jena zur Erlangung des akademischen Grades eines Bachelor of Science im Studiengang Psychologie.

²⁶ Martin, Clara Maria (2021). Risikofaktoren für wiederholte Zwangseinweisungen im ersten oder zweiten Folgejahr nach Initialeinweisung. Eine Analyse von Routinedaten des SpDi Oldenburg. Bachelorarbeit an der Universität Jena zur Erlangung des akademischen Grades eines Bachelor of Science im Studiengang Psychologie.

sen werden im Bericht zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen²⁷, der erstmals im Dezember 2021 vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung herausgegeben wurde und jährlich erscheinen soll.

Vor dem Hintergrund der steigenden Einweisungsrate sind wir bereits im Austausch mit den an Unterbringungen beteiligten Institutionen, um die möglichen Ursachen zu besprechen und aus den gewonnenen Erkenntnissen idealerweise Maßnahmen abzuleiten, Unterbringungen möglichst zu vermeiden.

Dabei muss beachtet werden, dass selbstverständlich der Grundsatz „Freiwilligkeit vor Zwang“ gelten muss und dass Unterbringungen nach NPsychKG aber grundsätzlich nur erfolgen dürfen, wenn eine erhebliche und gegenwärtige Gefahr vorliegt und diese nicht anders abgewendet werden kann. Zum Fortgang der Gespräche und zu den Entwicklungen der Unterbringungszahlen werden wir an auch dieser Stelle weiter berichten.

Das Thema „Zwangsmaßnahmen mindern“ insgesamt (also nicht nur die Unterbringungen nach NPsychKG betreffend) ist auch eine Empfehlung des Landespsychiatrieplans. Wie weit hier das Land Niedersachsen in der Umsetzung ist, kann auf den Internetseiten der Landestelle für Psychiatriekoordination nachgelesen werden: www.psychiatriekoordination-nds.de/fortschrittsbericht

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

²⁷ www.psychiatrieberichte.de/

Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

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

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

Es soll dazu angemerkt werden, dass jetzt die Benennung der Versorgungsangebote sowie deren gesetzlichen Grundlagen aufgrund der gesetzlichen Veränderungen des Bundesteilhabegesetzes angepasst wurden. (Nummer 12, Nummer 24).

Im Jahr 2022 wurde für den Bereich Psychiater und Psychiaterinnen/Nervenärzte und Nervenärztinnen in Praxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) darauf hingewiesen, dass für zu substituierende Patientinnen und Patienten sowie für Kinder- und Jugendliche kein Aufnahmestopp besteht.

Bei der Versorgung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen oder MVZ (SGB V²⁸) im Bereich der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie sowie in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen kommt es zu unzumutbar langen Wartezeiten.

Unter Nummer 4 wird darauf hingewiesen, dass der Sozialpsychiatrische Dienst gemäß NPsychKG durch einen Psychologischen Psychotherapeuten

²⁸ Sozialgesetzbuch

geleitet wird; seit 2021 wird das Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch eine Ärztin verstärkt.

Für den Bereich Allgemeinpsychiatrie wird das Angebot der Betroffenen Selbsthilfe von „gelb“ auf „grün“ gesetzt, da einige Selbsthilfegruppen seit längerem Zeitraum aktiv sind und kontinuierlich bestehen.

Da die unabhängige Beschwerdestelle in Oldenburg (UBS) ihre Arbeit eingestellt hat, wird dieses Angebot für alle Bereiche (Kinder- und Jugend-, Allgemein- und Gerontopsychiatrie, sowie für den Bereich Sucht) von „gelb“ auf „rot“ gesetzt.

Unter Nummer 22 wird darauf hingewiesen, dass für den Zugang zu einer tagesklinischen Behandlung aktuell Wartezeiten berücksichtigt werden müssen.

Auch für die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik bestehen teils Wartezeiten (siehe Nummer 23).

Die orientierende übersichtliche Ampel-Darstellung muss vereinfachen und so können nicht alle positiven wie negativen Aspekte abgebildet werden. Aktuelle Versorgungsprobleme zum Beispiel im Bereich der Pflege von älteren Menschen können in der Ampel schlecht dargestellt werden. Nichtsdestotrotz werden sie in den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes diskutiert.

Auf Landesebene wird aktuell nach einer neuen landesweit einheitlichen Möglichkeit gesucht, wie die lokalen Hilfsangebote dargestellt werden können. Diese soll online abgefragt werden können und von einer institutionszentrierten Sichtweise auf eine funktionsbasierte Perspektive umgestellt werden.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

AMPEL-Übersicht regionaler Angebote zur psychiatrischen Versorgung

Stadt Oldenburg 2022

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

😊 bei zufriedenstellender bis sehr guter Versorgung

😐 bei nicht ausreichendem Angebot

☹ bei fehlendem Angebot

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

