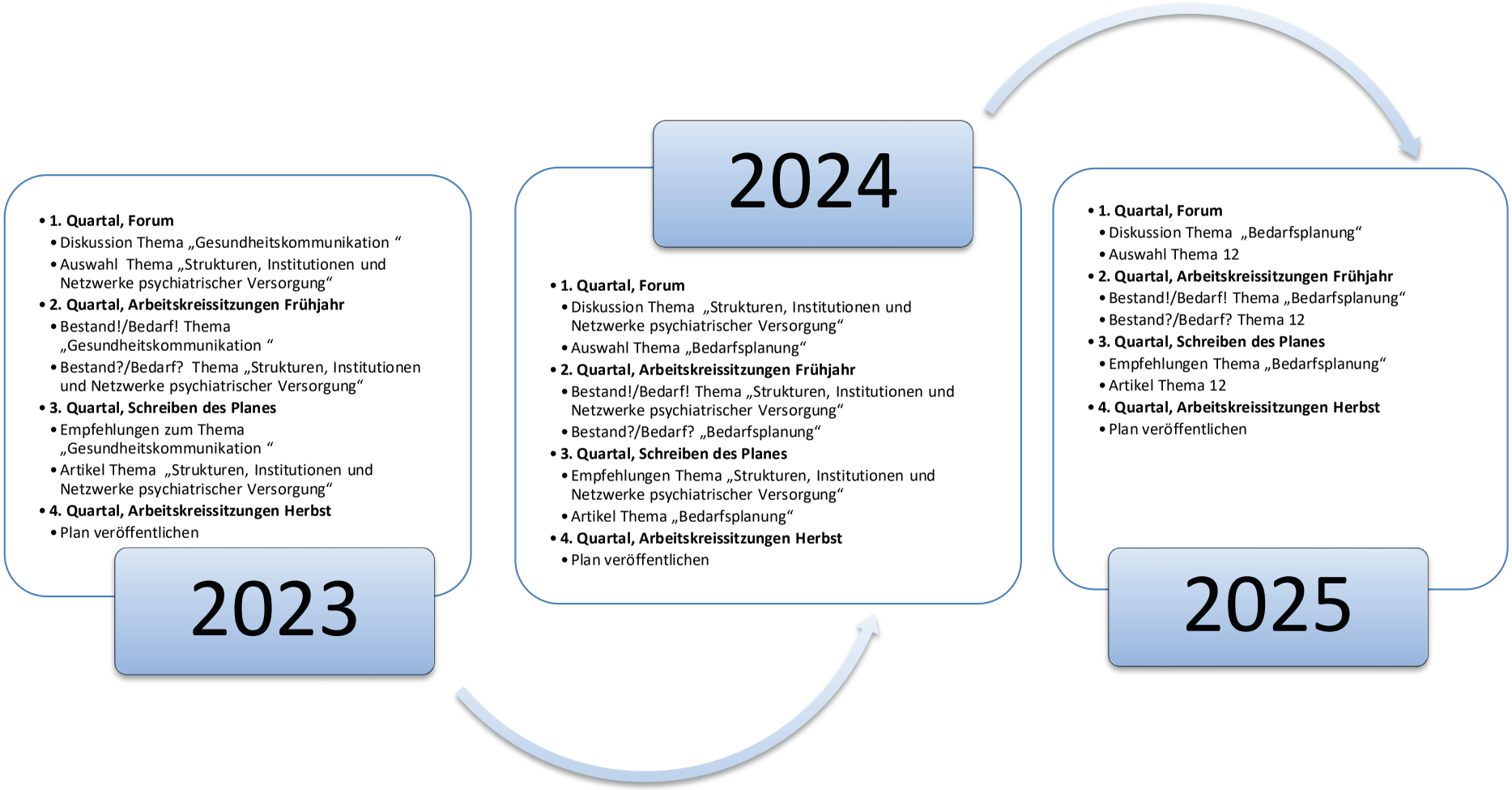
www.oldenburg.de/sozialpsychiatrischer-plan

Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2024/2025

Stadt Oldenburg


2023
• 1. Quartal, Forum
• Diskussion Thema „Gesundheitskommunikation “
• Auswahl Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“
• 2. Quartal, Arbeitskreissitzungen Frühjahr
• Bestand!/Bedarf! Thema „Gesundheitskommunikation “
• Bestand?/Bedarf? Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“
• 3. Quartal, Schreiben des Planes
• Empfehlungen zum Thema „Gesundheitskommunikation “
• Artikel Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“
• 4. Quartal, Arbeitskreissitzungen Herbst
• Plan veröffentlichen
2024
• 1. Quartal, Forum
• Diskussion Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“
• Auswahl Thema „Bedarfsplanung“
• 2. Quartal, Arbeitskreissitzungen Frühjahr
• Bestand!/Bedarf! Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“
• Bestand?/Bedarf? „Bedarfsplanung“
• 3. Quartal, Schreiben des Planes
• Empfehlungen Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“
• Artikel Thema „Bedarfsplanung“
• 4. Quartal, Arbeitskreissitzungen Herbst
• Plan veröffentlichen
2025
• 1. Quartal, Forum
• Diskussion Thema „Bedarfsplanung“
• Auswahl Thema 12
• 2. Quartal, Arbeitskreissitzungen Frühjahr
• Bestand!/Bedarf! Thema „Bedarfsplanung“
• Bestand?/Bedarf? Thema 12
• 3. Quartal, Schreiben des Planes
• Empfehlungen Thema „Bedarfsplanung“
• Artikel Thema 12
• 4. Quartal, Arbeitskreissitzungen Herbst
• Plan veröffentlichen

Impressum:

Herausgegeben von

Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg
Stand: Oktober 2024
Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

Für allgemeine Anfragen an die Stadt Oldenburg nutzen Sie bitte unser Kontaktformular unter www.oldenburg.de/kontakt

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **1**

1. Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote **5**

Pressemitteilung der Stadt Oldenburg vom 25.06.2024: Sozialer Stadtplan: Online-Wegweiser neu aufgelegt und verbessert *5*

Hinter Gittern herrscht ein hohes Suizidrisiko. *8*

Erfahrungen der Wohnungsnotfallverweisberatung (WiO) und der U25 Wohnraumsicherung mit psychischen Problematiken ihrer Klientinnen und Klienten. *9*

Einblicke in die Geschichte. Über das Projekt „Zwischen Fürsorge und Zwang. Digitale Quellenedition zur Psychiatriegeschichte des Herzogtums Oldenburg“ *15*

MENtal Health – Offenes Angebot für psychisch kranke Männer *21*

Sich Ziele im Leben setzen, ein hochwirksamer Weg zur Heilung *24*

Pressemitteilung der Stadt Oldenburg vom 07.02.2024: Nicht-ärztlicher Psychosozialer Krisendienst hilft seit 25 Jahren *29*

Leaving Care – Der Übergang aus den stationären Hilfen zur Erziehung in die Eigenständigkeit *31*

Wenn das Mamasein mit Depressionen beginnt *37*

Veränderungen in der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen gGmbH *38*

Podcast der Karl-Jaspers-Klinik: „Die Wahrheit irgendwo hier drinnen“ on air *41*

Einführung zum Thema „Young (Adult) Carers“ *44*

Bipolarität und Traumabewältigung *51*

Facetten der niedrigschwelligen Hilfen für Menschen mit Konsumproblematiken im Raum Oldenburg *53*

Innovative Behandlungsmöglichkeiten für suchtkranke Kinder und Jugendliche in der Region Oldenburg *61*

Interview mit David Köster – Leiter der Trauma-Ambulanz für Kinder- und Jugendliche am Klinikum Oldenburg *67*

2. Schwerpunktthema „Bedarfsplanung“ **77**

Einführung zum Schwerpunktthema „Bedarfsplanung“ *77*

Niederlassen in Niedersachsen. Ein Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung *79*

Das leise Leiden – Einsamkeit und ihre psychischen Folgen in allen Altersgruppen *88*

Jung an Demenz erkrankt: Aufzeigen fehlender Unterstützungsangebote für Menschen die „Jung-Erkrankt“ sind *96*

Die Entwicklung der Bedarfe in der Selbsthilfeunterstützung *102*

3. Empfehlungen zum Schwerpunktthema **108**

Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“ *108*

4. Übersicht **112**

Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern *112*

Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung *115*

Vorwort

Sehr geehrte Lesende,
mit der vorliegenden aktuellen Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2024/2025 der Stadt Oldenburg möchten wir Ihnen aktuelle Entwicklungen in der psychiatrischen Landschaft der Region vorstellen und Raum für Diskussionen geben.

Die gesetzliche Grundlage für den Sozialpsychiatrischen Plan findet sich in § 9 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) nachdem „der Sozialpsychiatrische Dienst […] im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über Bedarfe an Hilfen und das vorhandene Angebot“[1] fortlaufend zu verfassen hat. Nach § 2 des NPsychKG sollen diese Hilfen „insbesondere der Anordnung von Schutzmaßnahmen vorbeugen“ und stetig verbessert werden.

Zur Feststellung, wie diese Hilfen bedarfsgerecht weiterentwickelt werden können, wird sich trialogisch und gleichberechtigt mit allen Akteurinnen und Akteuren im Sozialpsychiatrischen Verbund ausgetauscht. In diesem Austausch finden Angehörige, das Kollegium sowie Betroffene in der Stadt Oldenburg ein regelmäßiges Forum, um Bedarfe und Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung der Oldenburger Bewohnerinnen und Bewohner an- und voranzubringen.

Die festgehaltenen Themen und Entwicklungen richten sich an

- Betroffene und Angehörige von psychisch erkrankten Menschen,
- psychosoziale Professionelle,
- Leistungsträger,
- Politikerinnen und Politiker,
- Vertreterinnen und Vertreter von Forschung und Lehre sowie
- an dieser Fragestellung interessierte Bürgerinnen und Bürger.

1 NPsychKG, Auslassung.: die Verfasser

Das für den vorliegenden Sozialpsychiatrischen Plan gemeinsam gewählte Thema lautet „Bedarfsplanung“ und ist nach Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsens folgend gegliedert. (Für einen visuellen Überblick finden Sie auf der Rückseite eine strukturierte Grafik.)

Auf den Seiten 77 bis 109 finden Sie Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Bedarfsplanung“.

Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema aus dem Jahr 2023/2024 „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“ stehen auf den Seiten 108 bis 113.

Beiträge zu aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie sowie neuen Angeboten finden Sie in einem eigenen Teil dieses Planes auf den Seiten 5 bis 78.

Auf den Seiten 29 bis 31 finden Sie zudem aus aktuellem Anlass eine Presse-Mitteilung über das 25-jährige Bestehen des Psychosozialen Krisendienstes der Stadt Oldenburg.

Da das Land Niedersachsen die Landespsychiatrieberichterstattung neu organisiert hat und den Kommunen seit 2022 individuelle Feedbackberichte vorlegt, die auch vergleichend auf die Unterbringungen nach NPsychKG eingehen, finden Sie auf Seite 113 die Zahlen zu Unterbringungen nach NPsychKG für die niedersächsischen Kreise und kreisfreien Städte von 2021 und 2022. Somit geht der Sozialpsychiatrische Plan parallel auf aktuelle Daten ein, die auf Landesebene bezogen auch unter www.psychiatrieberichterstattung.de zu finden sind.

Auf der inneren hinteren Umschlagseite finden Sie weiterhin eine vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen etablierte grafische Darstellung des Bestandes an psychiatrischen Hilfen. Die tabellarische Übersicht ermöglicht Ihnen einen schnellen Überblick über regionale Angebote der psychiatrischen Versorgung der Stadt Oldenburg, die im Verbund stetig diskutiert wird.

An dieser Stelle möchten wir gerne ergänzend auf drei andere Veröffentlichungen hinweisen:

Das aktuelle Psychiatriebarometer des Deutschen Krankenhausinstituts finden Sie hier: www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Psych-Barometer24_online_240715.pdf

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V (DGPPN) hat ein Positionspapier veröffentlicht zum Thema Klimawandel und psychische Gesundheit: www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d3dfe92c23a0ed0e6001487f6b3689ef9da23dd6/Positionspapier_Klima%20und%20Psyche_web.pdf

Ebenfalls möchten wir auf die Seite der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hinweisen, wo Sie ein Experteninterview zur Thematik des Klimawandels und der psychischen Gesundheit zum Nachlesen finden können, unter www.pknds.de/aktuelles/interviews/klimawandel-und-psyche.

Unser herzlicher Dank gilt allen Autorinnen und Autoren dieser Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans.

Zum Schluss noch ein Hinweis: Die Verfasserinnen und Verfasser der einzelnen Beiträge wurden im Vorfeld um gendergerechte Sprache gebeten. Wir haben uns bei Beiträgen, in denen dies von ihnen mit Sonderzeichen gelöst wurde, auf die Schreibweise beider Geschlechter festgelegt. In einigen Beiträgen wurde auf Wunsch der Autorinnen und Autoren zugunsten der besseren Lesbarkeit auf das Gendern verzichtet, grundsätzlich sind alle Personen angesprochen (w/m/d).

Wir möchten zudem ausdrücklich 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. Im Zuge der Barrierefreiheit sind Verlinkungen zu Webseiten ausgeschrieben.

Wir wünschen den Lesenden dieser Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans viel Freude bei der Lektüre und freuen uns auf Rückmeldungen, Anregungen und Diskussionen. Alles verbunden mit dem Ziel, die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern.

Dr. phil. Christina Vesterling

Diplom-Psychologin
Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst

Elisabeth Janssen

Sozialpädagogin
Erziehungs- und
Bildungswissenschaftlerin
Geschäftsführung
Sozialpsychiatrischer Verbund

1. Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

Pressemitteilung der Stadt Oldenburg vom 25.06.2024: Sozialer Stadtplan: Online-Wegweiser neu aufgelegt und verbessert

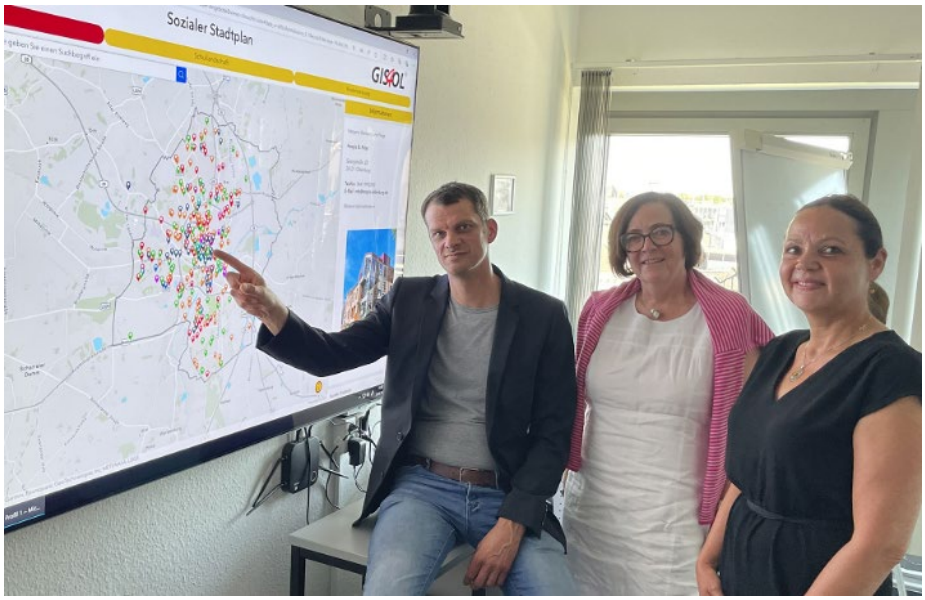
Oldenburg. Er ist mehr als ein gewöhnlicher Stadtplan: Der digitale Soziale Stadtplan der Stadt Oldenburg umfasst alle Lebenslagen – und mittlerweile über 500 dazugehörige soziale Angebote zu verschiedenen Bereichen wie beispielsweise Beratung, Treffpunkte, Pflege, Selbsthilfe, Wohnen oder Freizeit. Seit seiner Onlinestellung im November 2018 ist er stetig, auch dank zahlreich eingegangener Eintragungen von Anbietern und Institutionen, gewachsen. Nun wurde der Soziale Stadtplan umfassend aktualisiert. Die Gliederung, Handhabung und Navigation ist schneller, spezifischer sowie übersichtlicher gestaltet.

„Wir hoffen, dass es uns mit der Neuauflage gelungen ist, die vielfältigen Angebote in Oldenburg noch besser abzubilden – und somit den Oldenburgerinnen und Oldenburgern eine zielgerichtete Suche und leichtere Zugänglichkeit zu ermöglichen. Uns freut, dass sich der Soziale Stadtplan gut etabliert hat und gerne genutzt wird“, sagte Sozialdezernentin Dagmar Sachse heute bei einer Pressekonferenz, auf der der aktualisierte Online-Wegweiser vorgestellt wurde.

Was bietet der Soziale Stadtplan bereits?

Interessierte finden auf www.oldenburg.de/sozialerstadtplan ein vielfältiges Spektrum an sozialen Angeboten, sowohl von Institutionen als auch von der Stadtverwaltung Oldenburgs. Diese sind mit Schlagworten versehen, was die Auffindbarkeit vereinfacht. Themen sind unter anderem Arbeit, Beratung/Information und Selbsthilfe, (gesetzliche) Betreuung und Pflege, Freizeit, Sport und Bewegung, Treffpunkte und Begegnung, Wohnen sowie Unterstützungsangebote. Entsprechende Anlaufstellen werden hier sowohl mit Adressdaten als auch mit Kontaktmöglichkeiten geografisch genau dargestellt. Die Angebote richten sich an alle Menschen in allen Lebenslagen.Was ist neu und was wurde optimiert?

Alle Informationen im Sozialen Stadtplan finden sich geballt zu den einzelnen Themen. So sehen Interessierte auf einen Blick, was wo zu finden ist, und kommen mit wenigen Klicks schnell ans Ziel. Zudem wurden die Inhalte mit der Lage in der Karte verknüpft. Ole Krull, Fachdienstleiter Geoinformation und Statistik, betont: „Besonders wichtig in heutigen Zeiten: Der neue Soziale Stadtplan ist responsiv, also auch gut über das Smartphone nutzbar und einsehbar. Zudem wurde die Bedienbarkeit und Übersichtlichkeit deutlich verbessert. Clever ist auch, dass die Anwendung den integrierten GPS-Sensor bei Mobilgeräten nutzt, um die Karte automatisch zu orientieren."



Stellten den verbesserten Sozialen Stadtplan vor (von links): Ole Krull (Fachdienstleiter Geoinformation und Statistik) Sozialdezernentin Dagmar Sachse, Susanne Röschmann (Strategische Sozialplanung Stadt Oldenburg) Foto: Stadt Oldenburg

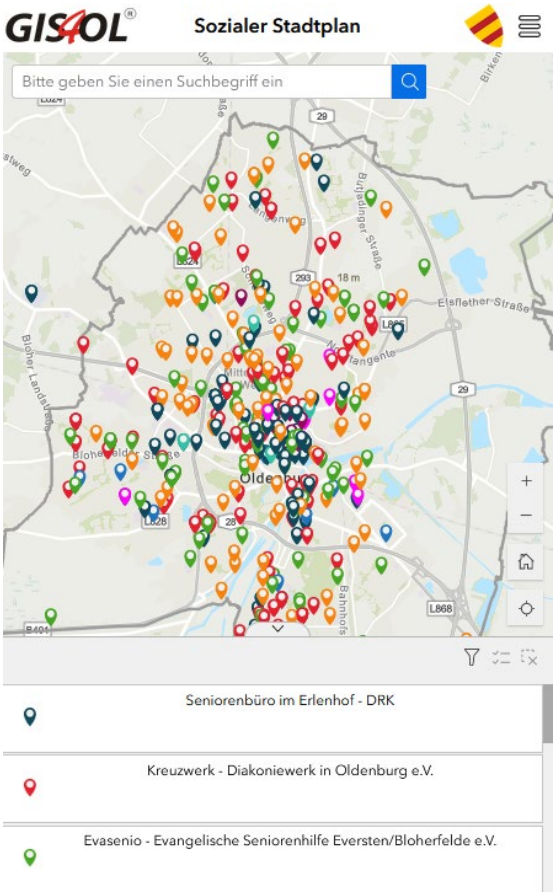
Susanne Röschmann vom Team der Strategischen Sozialplanung hat die Entstehung der Neuauflage des Sozialen Stadtplans betreut: „Website, E-Mail und Telefonnummer von Institutionen sind eingebunden, so dass ein direkter Draht möglich ist. Die technische Basis des Sozialen Stadtplans ist modular aufgebaut: Zukünftig wird eine Datenaktualisierung via Online-Formular oder E-Mail umgehend erfolgen. Und nicht zuletzt wurde neben der Implementierung umfangreicher Filterfunktionen auch die Volltextsuche überarbeitet. Nach und nach werden künftig Bilder der Institutionen eingearbeitet und lockern so das Design auf. Zudem ist eine Aufsplittung nach

Stadtteilen und Quartieren in Planung.“Wie gelangt meine Institution in den Sozialen Stadtplan?

Bereits im Sozialen Stadtplan vertretene Institutionen sollten bitte überprüfen, ob die über sie hinterlegten Informationen auf der Website des Sozialen Stadtplans der Stadt Oldenburg noch aktuell sind. Regelmäßig startet das Team der Strategischen Sozialplanung zudem eine Abfrage, um die Aktualität zu sichern.

Wer bisher noch nicht im Sozialen Stadtplan vertreten ist oder eine Aktualisierung vornehmen möchte, kann dies bequem über ein Online-Formular im städtischen Serviceportal unter https://serviceportal.oldenburg.de übermitteln oder die Angaben per E-Mail an sozialplanung@stadt-oldenburg.de senden.

Da die Angebote und Informationen unter Schlagworten zu finden sind (zum Beispiel Freizeit, Ehrenamt, Treffpunkt, Beratung, Bildung und so weiter) sollten unbedingt auch die für die jeweilige Institution beziehungsweise das Angebot relevanten Schlagworte mitgeteilt werden. Nur so ist gewährleistet, dass die hinterlegten Informationen und Angebote von Interessierten schnell gefunden werden.



Auch unterwegs jederzeit abrufbar: Die mobile Ansicht des Sozialen Stadtplans der Stadt Oldenburg. Foto: Stadt Oldenburg

Wo finde ich den Sozialen Stadtplan?

Der Soziale Stadtplan Oldenburgs kann über https://www.oldenburg.de/sozialerstadtplan aufgerufen werden. Das städtische GeoPortal unter https://www.oldenburg.de/geoportal ist der interaktive Stadtplan von Oldenburg mit Informationen zu vielen interessanten Themenbereichen wie Umwelt, Verkehr, Bauen, Wohnen und mehr.

Hinter Gittern herrscht ein hohes Suizidrisiko.

Quelle: Nordwest-Zeitung vom 26. Juni 2024

Leider dürfen wir den an dieser Stelle befindlichen Artikel online nicht zur Verfügung stellen. Sie finden ihn in der gedruckten Version des Sozialpsychiatrischen Planes. Kontaktieren Sie uns gerne für den Versand eines Exemplares!

Erfahrungen der Wohnungsnotfallverweisberatung (WiO) und der U25 Wohnraumsicherung mit psychischen Problematiken ihrer Klientinnen und Klienten.

Hanna Schober, WiO Stadt Oldenburg

Die Wohnungsnotfallverweisberatung in Oldenburg (WiO) ist ein im Oktober 2022 gestartetes Projekt der Diakonie, das die Wohnungsnotfallhilfe in der Stadt um eine weitere Anlaufstelle ergänzt. Die Beratungsstelle soll zur Verbesserung der Lebensumstände und zu sozialer Integration beitragen. Ihre Zielgruppen sind wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen. Einen Schwerpunkt sollen neuzugewanderte und benachteiligte Unionsbürgerinnen und Unionsbürger und deren Kinder darstellen. Die WiO wird von der Stadt Oldenburg, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und über den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus) gefördert.

Die WiO teilt sich ihre Räumlichkeiten in direkter Bahnhofsnähe mit der U25 Wohnraumsicherung Oldenburg, die sich mit einem ähnlichen Angebot an 18- bis 25-Jährige richtet. Beide Beratungsstellen helfen bei der Wohnungssuche, bei der Wohnungskündigung oder drohender Räumungsklage und bei der Kommunikation mit Vermieterinnen und Vermietern, Leistungsstellen oder Versorgungsunternehmen. Auch Informationen über die Akutversorgung werden von beiden Beratungsstellen zur Verfügung gestellt. Dass die Büroräume geteilt werden, ist insofern vorteilhaft, als dass Klientinnen und Klienten schnell und unkompliziert zur passenden Anlaufstelle verwiesen werden können.

Aktuelle Lage

Die Mitarbeitenden der Wohnraumsicherung U25 und der WiO nehmen eine zunehmende Zahl jüngerer Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen wahr. Gerade junge Menschen, die Drogen konsumieren, psychisch auffällig oder erkrankt sind oder sonstige gesundheitliche Probleme haben, finden den Weg zur Wohnraumsicherung U25 oder zur WiO. Vor allem junge Wohnungslose kommen regelmäßig bei Bekannten, Freunden, teilweise auch bei Familienangehörigen unter. Bei den U25-

Jährigen ist diese Form der Wohnungslosigkeit noch häufiger zu beobachten als bei älteren Wohnungslosen, von denen die WiO verhältnismäßig mehr Menschen berät, die auf der Straße oder in der Obdachlosenunterkunft am Sandweg schlafen. Unabhängig vom Alter der Klientinnen und Klienten wird häufig von Schulden berichtet. Diese erschweren einerseits die Wohnungssuche und belasten andererseits die Psyche Betroffener. Auch Vorstrafen, Bewährung und vergangene oder zukünftige Inhaftierungen wirken sich doppelt negativ aus.

Aus dem Praxisbericht der Wohnraumsicherung U25 ist außerdem zu entnehmen, dass ein deutlicher Anstieg von Menschen zu verzeichnen ist, die sich in einer Wohnungsnotlage befinden und von psychosozialen Problemen berichten. Während im Jahr 2022 in knapp über 300 Beratungen die Wohnungsnotlage von Klientinnen und Klienten thematisiert wurde, stieg die Zahl im Folgejahr auf 438 Beratungen von Menschen in einer Wohnungsnotlage. Aus diesen Zahlen lässt sich die zunehmend verschärfte Situation des Oldenburger Wohnungsmarktes entnehmen. Auch psychosoziale Probleme wurden in 2023 deutlich häufiger besprochen als noch im Vorjahr. 2023 sprachen 120 Klientinnen und Klienten, fast doppelt so viele wie im Vorjahr, davon. Der Anstieg von Menschen in Wohnungsnotlagen geht, so ist anzunehmen, folglich mit der Zunahme psychosozialer Probleme betroffener Menschen einher. Sowohl bei der WiO als auch in der Wohnraumsicherung U25 berichten Klientinnen und Klienten von Unzufriedenheit und Frustration bei der Wohnungssuche sowie von schlechten Zuständen in ihrer aktuellen Unterkunft. U25-Jährige können die Situation Zuhause oft nicht länger ertragen und möchten ausziehen.

Immer mehr U- und Ü25-Jährige berichten davon, dass sie aus der Not heraus WG-Zimmer auf dem sogenannten „Grauen Wohnungsmarkt“ angemietet haben. Überhöhte Mieten, hohe Kautionen und schlechte Wohnbedingungen kennzeichnen diesen. Die Vermieterinnen und Vermieter verlangen in der Regel den Höchstsatz des Jobcenters für ein WG-Zimmer. Die Kautionen liegen oft bei drei Kaltmieten (zum Beispiel 1.620,00 Euro), die selten vollumfänglich zurückerstattet werden. Viele Mieterinnen und Mieter klagen über

Drogenkonsum und -handel vor der Wohnung, unangekündigte Besuche der Vermieterinnen und Vermieter oder schlechte Sanierungsstände in den Wohnungen. Trotzdem stellt dieser Wohnungsmarkt für viele Klientinnen und Klienten aller Altersgruppen einen letzten Ausweg dar, um ein Leben auf der Straße zu verhindern.

Es gibt aktuell keine statistische Erfassung der Wohnraumsicherung U25 über Klientinnen und Klienten mit psychischen Problematiken in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass viele der jungen Menschen, die von psychischen Problematiken berichten, auch unter mindestens einer Suchterkrankung leiden. Dieser Zustand wird als Doppeldiagnose (Komorbidität) bezeichnet. Die Suchterkrankungen, die bei unseren Klientinnen und Klienten (U- und Ü-25) am häufigsten genannt werden, sind die Abhängigkeiten von Alkohol oder Drogen. Bezüglich des Missbrauchs von Drogen wird sowohl von dem Konsum einzelner Substanzen, häufig Cannabis, Kokain oder Heroin, berichtet, als auch vom gleichzeitigen Konsum mehrerer Substanzen (Polytoxikomanie). Psychische Problematiken, die betroffene Klientinnen und Klienten schon häufig benannt haben, sind Depressionen und Angststörungen. Die Klientinnen und Klienten der WiO leiden teilweise schon lange unter ihren psychischen Problematiken, die sich dadurch verstärken können. So treten häufiger als bei den U25-Jährigen auch Wahnvorstellungen oder schwerere Depressionen auf. Während einige Menschen sich abgehört und verfolgt fühlen und ihren Alltag größtenteils alleine verbringen, kümmern andere Klientinnen und Klienten sich schon lange nicht mehr um ihre Belange wie Weiterbewilligungsanträge von Bürgergeld oder Mietzahlungen. Daraus folgen regelmäßig fristlose Kündigungen, Räumungsklagen und Wohnungsverluste. Ebenso problematisch ist es, wenn Klientinnen und Klienten ihre Wohnung vermüllen, ihren Nachbarinnen und Nachbarn gegenüber aggressiv auftreten oder durch Ruhestörung negativ auffallen. Nach mehrmaligem Fehlverhalten führen Abmahnungen zu Kündigungen und der Weg in eine neue Wohnung ist schwer zu bewältigen.

Wenn Klientinnen und Klienten der Wohnraumsicherung U25 nach ihrem Wohlbefinden gefragt werden, beschreiben einige, dass sie aufgrund der schwierigen Wohnungssuche mit psychischen Problematiken zu kämpfen haben. Viele berichten davon, dass sie durch die mit Stress verbundene Wohnungssuche beispielweise Symptome einer Depression und Schlafstörungen entwickelt haben. An Wohnformen, die speziell auf psychisch erkrankte Wohnungslose ausgerichtet sind, mangelt es. Genauso fehlt es in Oldenburg an Wohnformen speziell für Frauen und junge Menschen.

Ursachen

Die Ursachen von (drohender) Wohnungslosigkeit sind vielfältig. Gerade Klientinnen und Klienten der U25 Wohnraumsicherung sind regelmäßig von schwierigen Beziehungen zu ihren Herkunftsfamilien und Beziehungsabbrüchen geprägt. Viele von ihnen verfügen außerdem nur über instabile private Netzwerke und geringe materielle Ressourcen. Hinzu kommt für die Klientinnen und Klienten der WiO ebenso geltend wie für die U25-Jährigen, dass es an Wohnraum fehlt. Die Wohnungen, die frei werden, können von Menschen in materiell prekären Lebenslagen immer schwerer finanziert werden. Teilweise werden aus der Not heraus nicht nur Wohnungen auf dem Grauen Wohnungsmarkt, sondern auch zu teure Wohnungen angemietet, für die ein erheblicher Teil des Nettohaushaltseinkommens aufgewendet werden muss. Aus Mangel an Alternativen kann auch dieser Weg in die Schulden und damit einhergehend häufig auch zu psychischen Belastungen führen.

Speziell Jugendliche, die bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres in der Jugendhilfe waren, sind von Wohnungslosigkeit und allen damit einhergehenden Problemen bedroht. Anders als der Durchschnitt junger Volljähriger in Deutschland, die ihr Elternhaus mit 24 oder 25 Jahren verlassen, müssen Jugendliche, die aus der Jugendhilfe kommen schon mit 18 Jahren den Weg in die Selbstständigkeit finden

Bedarf

Durch die Unterversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch im Erwachsenenbereich, werden psychische Problematiken unserer Klientinnen und Klienten oft erst viel zu spät erkannt und behandelt. Menschen, die sich des Handlungsbedarfs bewusst sind und aktiv nach einem Psychotherapieplatz suchen, müssen in der Regel mit langen Wartezeiten rechnen. Ebenfalls einen großen Anteil hilfesuchender Jugendlicher und Erwachsener machen solche aus, die keine Krankheitseinsicht zeigen. Diese fehlende Einsicht und damit auch fehlende Behandlung erschwert die Arbeit mit den Klientinnen und Klienten zusätzlich. Klientinnen und Klienten mit Einsicht, die beispielsweise bereits in der Karl-Jaspers-Klinik in Bad Zwischenahn stationär behandelt wurden, berichten von schlechten Erfahrungen. Die Angst vor einer geschlossenen Unterbringung und der Verabreichung starker Beruhigungsmittel hält teilweise von der Zusammenarbeit mit Psychiatrien ab. Es fehlt an niedrigschwelligen Angeboten für Menschen mit psychischen Problematiken und es ist unbedingt zu vermeiden, dass aus der Psychiatrie entlassene Menschen in die Wohnungslosigkeit übergehen.

Ausblick

Damit die Lebenslagen wohnungsloser Menschen mit psychischen Problematiken verbessert werden können, müssen gegenwärtige Hilfsangebote ergänzt werden. Denkbar wäre eine gemeinsame Konzeptentwicklung und Hilfeplanung für die von Wohnungslosigkeit bedrohten und wohnungslosen Menschen, die immer wiederkehren und es aus eigner Kraft nicht aus der negativen Spirale herausschaffen, die sie in der Wohnungslosigkeit hält. Gemeinsame Arbeitskreise, Planungsgremien und Fortbildungsveranstaltungen, genauso wie die Kooperation von Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und dem Sozialpsychiatrischen Dienst könnten ausgebaut werden.

Zusätzlich unbedingt notwendig ist der Aus- beziehungsweise Umbau der Obdachlosenunterkunft am Sandweg und anderer Unterbringungsangebote. Differenzierte geschlechtsspezifische Wohnangebote mit Einzelzimmern als

Standard (möglichst mit eigenem Sanitärbereich) sind wünschenswert. Außerdem sollten diese Angebote personell und fachlich so ausgestattet sein, dass der psychosozialen Betreuung, Tagesstrukturierungs- und Arbeitsangeboten und Hauswirtschaft ausreichend nachgekommen werden kann.

Kontakt:
WiO Wohnungsnotfallverweisberatung, Güterstraße 3, 26122 Oldenburg,
Telefon: 0441 68309024, E-Mail: wio@diakonie-ol.de,
https://www.diakonie-oldenburg.de/hilfen/wohnungsnotfallhilfe/wio

Einblicke in die Geschichte. Über das Projekt „Zwischen Fürsorge und Zwang. Digitale Quellenedition zur Psychiatriegeschichte des Herzogtums Oldenburg“

Sophie Große und Christine Vogel

Zur kulturellen Vielfalt Oldenburgs gehört ganz wesentlich auch die wechselvolle Geschichte des gesellschaftlichen Umgangs mit mentaler Gesundheit, Krankheit und „Behinderung“. Praktiken des Umgangs mit geistig differenten und psychisch kranken Menschen lassen breite Rückschlüsse auf soziale Normen und politische Machtverhältnisse zu. Gegenwärtige Debatten um Inklusion stehen dabei im Zeichen einer regionalen und nationalen Erinnerungskultur, die – zu Recht – von der Zeit der NS-Patientenmorde geprägt ist. Doch die Geschichte der Psychiatrie reicht sehr viel weiter zurück in die Vergangenheit. Diese historische Tiefendimension ist allerdings zumeist nur schlecht beleuchtet, was nicht zuletzt an der schwierigen Überlieferungssituation zur Psychiatriegeschichte liegt.

In niedersächsischen Archiven zeugen zahlreiche Dokumente aus unterschiedlichen Beständen vom Umgang früherer Generationen mit geistig differenten und psychisch kranken Menschen. Zentral ist hier die Überlieferung zu den Heil- und Pflegeanstalten beziehungsweise Landeskrankenhäusern. Der Oldenburger Raum sticht dabei besonders hervor, da hier nicht nur einschlägige Bestände zur 1858 gegründeten Heil- und Pflegeangstalt Wehnen (heute Karl-Jaspers-Klinik) nahezu lückenlos erhalten sind, sondern auch solche zu der älteren „Verwahranstalt“ im Kloster Blankenburg. Gleichzeitig ist eine psychiatriehistorische Forschung zum Herzogtum Oldenburg – und damit zum Nordwesten Niedersachsens vor dem 20. Jahrhundert – praktisch nicht existent. Das ist umso erstaunlicher, als der Gründungsdirektor und langjährige Leiter der Irrenheilanstalt Wehnen, Dr. Franz Anton Ludwig Kelp (1809 – 1891), durchaus zu den renommierteren Vertretern seines damals noch jungen Fachs gehörte, zahlreiche Publikationen in den einschlägigen Fachorganen vorgelegt hat und 1862 sogar zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie gewählt wurde.

Das Projekt

Als Kooperationsprojekt zwischen der Universität Vechta und dem Niedersächsischen Landesarchiv setzt das Projekt „Zwischen Fürsorge und Zwang“ genau hier an: Ziel ist es, auf der Grundlage der Überlieferung des Niedersächsischen Landesarchivs ein Internetportal zur Psychiatriegeschichte des Herzogtums Oldenburg im 19. Jahrhundert zu erstellen, das der grundlegenden Ambivalenz des Themas durch die Auswahl der Dokumente und die Form der Präsentation gerecht wird. Umfangreiche Sachkommentare tragen dabei nicht nur der Vielschichtigkeit und Komplexität der einschlägigen Überlieferung Rechnung. Sie helfen auch, relevante Archivbestände nicht nur für die Fachwissenschaft, sondern auch für weitere Nutzungskreise zu erschließen und die Edition etwa auch als pädagogische Ressource für den Schulunterricht, die universitäre Lehre und generell die interessierte Öffentlichkeit nutzbar zu machen.

Es werden zwei Zugangsperspektiven auf die historischen Dokumente kombiniert, nämlich zum einen die „Betroffenenperspektive“ durch die möglichst dichte Beschreibung exemplarischer Fallgeschichten und zum anderen die institutionelle Perspektive der Anstalten und involvierten Behörden. Dieser doppelte Zugriff basiert auf der grundlegenden Einsicht der jüngsten Forschung, dass keine der beiden Perspektiven allein ausreicht, um die Psychiatriegeschichte adäquat zu dokumentieren: So kann der rein institutionengeschichtliche Zugriff die Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen bestenfalls indirekt erfassen und birgt dazu das Risiko, geistig differente und psychisch erkrankte Personen von vornherein auf ihren Status als „Patienten“ und „Patientinnen“ zu reduzieren und sie zudem zu passiven „Empfängern“ und „Empfängerinnen“ medizinischer und institutioneller Fürsorgeleistungen zu degradieren. Eine reine Sammlung von Fallgeschichten liefe dagegen gerade im digitalen Medium Gefahr, die Lebensgeschichten Betroffener als „Patienten- und Patientinnenschicksale“ weitgehend losgelöst aus ihrem soziokulturellen Kontext zu präsentieren und sie damit am

Ende – ethisch hoch problematisch– als ahistorische „Kuriositätensammlung“ rezipierbar zu machen.

Das Material soll deshalb in einer Weise präsentiert werden, die es den Nutzenden ermöglicht, immer zwischen beiden Perspektiven zu wechseln und so die soziale Logik des Umgangs mit geistig differenten und psychisch erkrankten Menschen in ihrer Komplexität und Ambivalenz zwischen medizinischer Kategorisierung, staatlicher Verwaltung und soziokultureller Praxis nachzuvollziehen. Da die Auswahl der historischen Dokumente dabei primär durch die Rekonstruktion der Fallgeschichten bestimmt wird, werden damit auch solche Quellen für die psychiatriehistorische Forschung erschlossen, die bislang selten betrachtet wurden, weil sie nicht unmittelbar dem institutionellen Kontext psychiatrischer Anstalten entstammen.

Geschichten der psychiatrischen Anstalten im Oldenburger Land

Das Herzogtum Oldenburg hatte primär zwei Versorgungsanstalten. Im Zuge der Reform des Armenwesens bestimmte man im Jahr 1786 das Kloster Blankenburg, welches bis dahin als Armen- und Waisenhaus genutzt wurde, nunmehr alleinig zum Zweck der Aufnahme von Menschen, die im damaligen Sprachgebrauch als „Wahnwitzige, Tolle und Rasende“ bezeichnet wurden. Außerdem sollten künftig auch all jene dort untergebracht werden, die „andern zum Scheusal und Schrecken umgehen“ sowie „alte, schwache, beständig bettlägrige, sehr gebrechliche, blinde, taube und blödsinnige Personen.“ Da nun „Arme, die aus der menschlichen Gesellschaft entfernt leben müssen, und in einer besondern Anstalt die beste Verpflegung finden, vorzugsweise nur Irrsinnige sind“, so heißt es 1833, galt Blankenburg seither primär als sogenannte Irrenanstalt. Die Insassinnen und Insassen entstammten fast ausschließlich den ärmeren Schichten, die auf staatliche Unterstützung angewiesen waren. Mängel in Betrieb und Führung Blankenburgs sowie Reformbestrebungen in der deutschen Psychiatrie führten im 19. Jahrhundert auch in Oldenburg dazu, dass Pläne zum Bau einer modernen Heilanstalt unter ärztlicher Leitung entstanden, die schließlich 1858 in der Eröffnung der „Irrenheilanstalt“ in Wehnen gipfelten. Alternativen zu den beiden staatlichen Anstalten

Wehnen und Blankenburg bestanden für die Menschen damals lediglich in den Privatanstalten der Familie Engelken bei Bremen (damals außerhalb des Oldenburgischen Staatsgebiets) sowie in kleinerem Umfange in der 1838 von Friedrich Anton Breithaupt, einem ehemaligen Verwalter Blankenburgs, gegründeten Pflegeanstalt auf dem Gut Holzkamp bei Delmenhorst. Zentrale Fragen des sogenannten Irrenwesens, etwa die der angemessenen Unterbringung von Kranken aus den sogenannten „gebildeten Ständen“, wurden dabei nie endgültig geklärt: zeitweise erwog man eine entsprechende Erweiterung von Blankenburg und/oder Wehnen, zeitweise war die Gründung einer gesonderten Anstalt für die gehobenen und gebildeten Stände im Schloss zu Neuenburg im Gespräch. Daneben fanden in den 1840er und 1850er Jahren erfolgreiche Heilversuche für sogenannte blödsinnige Personen in der Heilanstalt für Taubstumme von Johann Heinrich Katenkamp statt, die vor allem in Blankenburg einen bedeutenden Teil der Insassinnen und Insassen ausmachten.

Der Anstaltsbetrieb lief dabei trotz aller zeitgenössischen guten Absichten und Bemühungen nicht immer reibungslos. Persönliche Rivalitäten und Kompetenzstreitigkeiten, etwa zwischen Verwalter und leitendem Arzt, trafen auf professionelle Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Assistenzarzt oder auf unsittliches Verhalten anderer Angestellter. Schutz- und Disziplinarmaßnahmen, wie die Anwendung von Zwangsjacke, Zwangsstuhl oder das Festschnallen am Bett, wurden zwar in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bereits breit und zum Teil sehr kritisch diskutiert, waren in den Oldenburger Anstalten jedoch noch häufig an der Tagesordnung. Das Zusammenleben von Personen mit verschiedenen sozialen, kulturellen oder konfessionellen Hintergründen sowie ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern barg weiteres Konfliktpotential.

Geschichte(n) jenseits der Anstalten

Bedingt durch die Quellenlage und den Stand der Forschung, die sich lange auf Anstaltsgeschichten sowie das Wirken einzelner Ärzte konzentriert hat, wurden insbesondere nicht hospitalisierte Lebenswege bislang in der Psychiatriegeschichte wenig beachtet. Häufig treten betroffene Menschen und ihr

Umfeld erst dann aktenkundig in Erscheinung, wenn es zu nennenswerten Konflikten und Auseinandersetzungen oder Bedrohungslagen kam oder eine finanzielle Unterstützung notwendig und beantragt wurde. Traten diese Umstände nicht ein, lebten viele Menschen ein vergleichsweise „anonymes“ Leben, über das die Quellen schweigen. Ein zentrales Anliegen des Projekts ist deshalb auch die möglichst detaillierte Rekonstruktion der Lebenswege von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, die nicht oder nur am Rande mit den staatlichen Fürsorgeanstalten in Berührung gekommen sind. Ein Blick in die sogenannten „Irren-Statistiken“ Oldenburgs (etwa 1845 und 1880) zeigt, dass dies auf den größten Teil der dort von den Behörden erfassten Personen zutrifft. Über die Hälfte von ihnen wurde entweder in der eigenen Wohnung (zumeist finanziell) unterstützt oder in Pflegefamilien untergebracht, die dafür ein geringes Kostgeld erhielten. Die Betroffenen wurden dann wie andere Mitglieder des Haushalts versorgt und wenn möglich in die häuslichen Arbeiten eingebunden. Häufig erfolgte die Unterbringung innerhalb des erweiterten Familienkreises, die Betroffenen wurden offiziell in die Obhut von eigenen Geschwistern, Geschwistern eines Elternteils oder anderen Anverwandten gegeben. Gründe für diese Art der Unterbringung sind sowohl in der – häufig minderschweren – Krankheits- beziehungsweise Verhaltensausprägung zu finden als auch in finanziellen und organisatorischen Aspekten. Die Familienpflege war für die Sozialkassen der Heimatgemeinden deutlich günstiger als die Unterbringung in einer der beiden staatlichen Anstalten. Letztere hatten zudem von Beginn an mit einer begrenzten Bettenkapazität zu kämpfen, sodass regelmäßig Anfragen zur Aufnahme wegen Voll- beziehungsweise Überbelegung abgelehnt werden mussten.

Ausblick

Verschiedene Akteure und Akteurinnen, unterschiedliche Sichten auf Gesellschaft und den angemessenen Umgang mit abweichendem Verhalten, normative Grundlagen und deren (Nicht-)Umsetzung, Konflikte, alltägliche Lösungsstrategien und gelingendes Miteinander – all das sind Fragen, die das Projekt mit Blick auf den Umgang mit geistiger Krankheit im Herzogtum Oldenburg im

19. Jahrhundert behandelt. Dass dabei keine „einfache“ Geschichte präsentiert werden kann, liegt in der Natur der Sache. Ziel ist es deshalb, eine möglichst große Bandbreite von Quellen zu präsentieren und durch Thementexte zu erläutern. Das auf drei Jahre angelegte Projekt läuft seit Anfang 2023 an der Universität Vechta unter Leitung von Prof. Dr. Christine Vogel und Mitarbeit von Sophie Große. Es wird durch das Ministerium für Wissenschaft und Kultur mit Mitteln aus SPRUNG gefördert. Informationen zum Projekt finden Sie unter:

www.uni-vechta.de/geschichtswissenschaft/lehrende/vogel-christine/zwischen-fuersorge-und-zwang

---

Kontaktmöglichkeiten bestehen unter europeanhistory@uni-vechta.de

MENtal Health – Offenes Angebot für psychisch kranke Männer

Jonas Rühl, Fachbereichsleitung Kontakt- und Begegnungsstätte „Propeller“ der zentegra gGmbH

Die psychische Gesundheit von Männern ist in unserer Gesellschaft ein häufig unterschätztes und vernachlässigtes Thema. Um diesem Bereich der sozialpsychiatrischen Arbeit gezielt Aufmerksamkeit zu widmen, haben wir in unserer Kontakt- und Begegnungsstätte „Propeller“ mit „Mental Health“ Oldenburgs erstes offenes Angebot für psychisch kranke Männer installiert. Die Gruppe bietet einen strukturierten Raum für Männer, in dem sie ihre psychische Gesundheit reflektieren und stärken können. Die Relevanz und Notwendigkeit solcher Initiativen werden durch aktuelle Forschungsergebnisse gestützt. So zeigt die Studie von Hofmann et al. (2023) die besonderen Herausforderungen auf, denen Männer in Bezug auf ihre psychische Gesundheit gegenüberstehen und betont die Bedeutung von spezifischen Unterstützungsangeboten. Gleichzeitig gab die Studie, in der sozialpsychiatrischen Verbundsitzung der Stadt Oldenburg vorgestellt, den Impuls für die Gruppe.

Mit dem Angebot verfolgen wir das Ziel, die psychische Gesundheit von Männern zu fördern, indem wir ihnen die Möglichkeit bieten, sich selbst besser zu verstehen, gesellschaftliche Rollenbilder zu hinterfragen und persönliche Lebensziele zu entwickeln. Die Gruppe besteht aus verschiedenen Modulen, die sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Übungen und Diskussionen beinhalten.

In den Modulen vermitteln wir grundlegende Kenntnisse über psychische Gesundheit, inklusive Definitionen und häufig auftretenden Herausforderungen, mit denen sich Männer im Kontext psychischer Gesundheit konfrontiert sehen. Themen wie emotionale Intelligenz und Selbstwahrnehmung stehen genauso im Fokus wie Techniken zur Erkennung und zum Ausdruck von Emotionen sowie Übungen zur Selbstreflexion. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit einschließlich dem Aufbau und der Pflege unterstützender Beziehungen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Identitätsfindung und den gesellschaftlichen Rollenbildern. So werden die

Teilnehmer angehalten, über die Bedeutung der Identität und die Einflüsse von Rollenbildern auf ihr Selbstwertgefühl zu reflektieren.

Die Bedeutung des Angebotes wird durch die Studie von Hofmann et al. (2023) untermauert. Die Forschung zeigt, dass Männer häufig spezifische Barrieren in der Auseinandersetzung mit ihrer psychischen Gesundheit erleben, wie zum Beispiel gesellschaftliche Erwartungen an Stärke und Unabhängigkeit, die eine offene Kommunikation über psychische Belastungen erschweren. Durch gezielte Gruppenangebote wie Mental Health können diese Barrieren abgebaut und ein offener Austausch ermöglicht werden.

Unsere bisherigen Erfahrungen mit der Gruppe zeigen, dass die Teilnehmer durch die strukturierte Auseinandersetzung mit den Modulthemen deutliche Fortschritte in ihrer Selbstreflexion und im Umgang mit psychischen Belastungen machen. Die positive Rückmeldung der Teilnehmer bestätigt die Wirksamkeit unseres Ansatzes und unterstreicht die Notwendigkeit solcher Angebote.

Der Zugang zum Angebot – und somit für viele auch ein erstes Ankommen im Hilfesystem – wird durch die Niedrigschwelligkeit der Teilhabe an Angeboten im Propeller gefördert. Die Teilnahme ist ohne Anmeldung möglich und steht allen Männern offen, unabhängig von einer bestehenden Diagnose oder vorherigen Therapieerfahrungen. Das Angebot richtet sich an alle Männer, die sich aus welchen Gründen auch immer um ihre eigene psychische Gesundheit kümmern möchten. Diese Zugänglichkeit erleichtert es, eine breite Zielgruppe anzusprechen und Hemmschwellen abzubauen.

Wir sind fest davon überzeugt, dass Angebote wie Mental Health durch ihren präventiven Charakter großes Potenzial für die zukünftige psychische Gesundheitsförderung von Männern in unserer Stadt haben. Wir planen daher, die Gruppe kontinuierlich weiterzuentwickeln und auf die Bedürfnisse der Teilnehmer abzustimmen. Somit hoffen wir, einen wichtigen Baustein in der

psychosozialen Versorgung von Männern zu bieten und zur Stärkung der individuellen und kollektiven psychischen Gesundheit beitragen zu können.

Kontakt:
Jonas Rühl, Propeller, Auguststraße 90, 26121 Oldenburg

Literatur:

Hofmann, et al. (2023). Psychische Gesundheit von Männern: Herausforderungen und Unterstützungsbedarf. Psychotherapeutenjournal, 3, 2023. Artikel online verfügbar.

Sich Ziele im Leben setzen, ein hochwirksamer Weg zur Heilung

Irene Hedwig Stremetzne

„Ich bin mutig und entschlossen!

Ich habe keine Angst und lasse mich durch nichts erschrecken – Denn der Herr, mein Gott, ist bei mir, wohin ich auch gehe.“

(Die Bibel, Josua 1, 9)

Warum ich diesen Artikel schreibe

Depressionen sind mittlerweile eine ernst zu nehmende Volkskrankheit geworden. Die Jahre, in denen die Corona-Pandemie viele Menschen erheblich beeinträchtigt hatte, haben die Situation noch verschlimmert. Jugendliche und Heranwachsende sind besonders betroffen und zu einem hohen Anteil Mädchen und Frauen. Einem Personenkreis möchte ich meine besondere Aufmerksamkeit schenken, die oft übersehen werden und infolgedessen still vor sich hin leiden und erheblich beeinträchtig sind: Frauen ohne Partner und eigene Familie, alleine in ihrer Wohnung und vom Sozialgeld lebend, aber nicht auswärts im Erwerbsleben stehen. Deren Feind dabei: Längere Zeit andauernde Antriebsschwäche. Wochenlang und über Monate im Bett liegend. Diese Zustände bedeuten für die betroffene Person ein stark belastendes Problem. Ursprünglich durch Überanstrengung und Erschöpfung bewirktes Burnout und Depression, führen zu Einsamkeit und Ängsten. Schon entsteht eine Spirale abwärts: Gedanken wie „Ich kann nicht mehr. Alles ist mir zu schwer. Ich habe keine Lust! Es macht sowieso keinen Sinn. Es wird nie wieder besser mit mir!“. Solche Gedanken greifen das Selbstwertgefühl an. Innere Leere entsteht, die Betroffene entwertet sich selber, macht sich Vorwürfe und zweifelt am Sinn des Weiterlebens!

Antriebsschwäche bewirkt:

Ich stehe nicht auf und bleibe im Bett. Solches zieht weitere Probleme nach sich, wie

- Innere und äußere Vernachlässigung wie Ernährung und Versorgung mit Flüssigkeit.
- Mangelnde Körperpflege und Unordnung.
- Die Wohnung wird schmutzig, Termine versäumt
- Aufgaben allgemein werden nicht erledigt
- Das Leben ist unbefriedigend und langweilig
- Kaum noch soziale Kontakte gepflegt

Die gute Nachricht allerdings ist: das muss nicht so bleiben! Besserung und Heilung sind möglich!

Aus meinem Leben möchte ich berichten, was ich erlebt, erprobt und erfolgreich angewendet habe und damit brauchbare Empfehlungen benennen.

Einst habe ich mehrere Phasen psychischer Beeinträchtigung erfahren durch psychotische Episoden, Burnout mit Depression. 17 Jahre lang quälten mich Angstzustände und Panikattacken. Ich weiß, was viele Menschen durchmachen.

Als ich mir jedoch Ziele setzte und konsequent daran gearbeitet habe und drangeblieben bin, wurde es besser. Nachdem ich damals tagelang im Bett gelegen hatte, wie gelähmt und erschöpft und mich dabei erst ab 14 Uhr aufgerafft hatte aufzustehen, fasste ich den Entschluss: früher aufstehen – Freude durch schöne Dinge – das Leben genießen!

Wie ich solches konkret geschafft habe: Basisarbeit.

1. **Psycho-Hygiene wie:**
    - „Ich bin dankbar für…“
    - „Ich habe Freude am Leben.“
    - „Ich bin bedeutend, für mich und auch für andere Menschen!“
    - „Ich habe Hoffnung und werde aktiv!“
2. **Praktische Durchführung und Training**
    - Tiefe Atemzüge nach dem Aufwachen

- Genussvoll im Bett räkeln und strecken

  Dadurch habe ich den Leib bewusst wahrgenommen, was bei negativen Gedanken hilft.

- Auf der Bettkante sitzend gymnastische Übungen machen. Die Stimme bewegen durch Summen, Singen und Lachen.
- Den Leib selbst massieren und abklopfen
  Das regt den Energiefluss im Leibe an.
- Aufstehen und aus dem Fenster schauen
- Lüften und tanzen
- Sich strecken, auf der Stelle laufen.

Wenn regelmäßig durchgeführt, wird solches zur guten Angewohnheit und Routine und die Antriebsschwäche ist erstmals überwunden.

1. **Sicherung des Wohlbefindens**

   - Durch sorgfältige äußere Körperpflege, wie ausgiebig waschen und duschen.
   - Die Haut mit angenehmer Substanz eincremen.
   - „Ich bin mir sorgfältige Pflege wert!“
   - Kleidung schön auswählen – leuchtende Farben

2. **Kaffee oder Tee bereiten**

   - Ein gutes, gesundes Frühstück zubereiten und achtsam mit Genuss verspeisen
   - „Ich spüre den Geschmack des Lebens.“

3. **Über das Leben nachdenken**

   - Wie will ich leben?
   - Was will ich erstreben und erreichen?

Meine persönlichen Ziele über das Basisprogramm 1 bis 5:

- Erfüllung finden, Bedeutung erlangen. Sinnvoll leben.

- Gutes für mich und meine Mitmenschen erreichen.
- Dabei Blumen, Bäume und Tiere wertschätzen.
- Ich habe eine gute, ausgeglichene Gemütsverfassung erreicht, sehe gut aus und fühle mich gut.
- Ich bin geistig wach, sensibel und freundlich, für alles dankbar. Neugierig und kreativ.
- Mich interessiert der Kontakt zu Menschen, höre aufmerksam zu, nehme Anteil und tausche mich aus. Gesellschaftliche Teilhabe pflege ich in der Kirchengemeinde. Als Mitglied in einer Frauengruppe, die sich regelmäßig trifft. Kulturell durch Mitsingen im Chor.

Ein praktisches, attraktives Vorhaben in meiner Wohnung war und ist Musik zu machen. Ein Vierteljahr bin ich früh aufgestanden und mit dem Basisprogramm in den Tag gestartet.

Um meine musiktheoretischen Kenntnisse zu erwerben und zu vertiefen, habe ich ein Sachbuch durchgearbeitet und studiert, regelmäßig von 9 bis 9.45 Uhr. Nach einer Pause für ein zweites Frühstück und zur Erholung habe ich danach von 10.15 bis 11 Uhr ein klassisches Klavierwerk durchgeprobt, die Sonate in 3 von Domenico Scarlatti. Nach drei Monaten hatte ich das Sachbuch durchgearbeitet und konnte das Klavierstück auswendig vortragen – Erfolg!!! Steigerung des Selbstwertgefühls. Freude darüber. Motivation für Folgeprojekte. Um andere Menschen mit meinem Musizieren zu erfreuen, habe ich ein ganzes Klaviervortragsprogramm einstudiert. Dafür brauchte ich ein halbes Jahr, täglich geübt. Am Ende konnte ich im Kulturzentrum PFL in Oldenburg ein öffentliches Konzert vor Publikum geben. Und das ist noch nicht das Ende der Fahnenstange. Wer weiß, vielleicht habe ich eines schönen Tages die Möglichkeit, in der Philharmonie zu Berlin aufzutreten.

Meine Situation sieht momentan so aus: Ich bin eine körperlich gesunde Frau in den besten Jahren, emotional stabil und ausgeglichen. Ich bin zufrieden, glücklich und fähig, mein tägliches Leben intensiv zu genießen. Ich bin mit mir im Reinen, blicke hoffnungsvoll in die Zukunft und bin resistent gegenüber

schlechten Nachrichten und Krisen. Wohl voller Mitgefühl, doch lasse ich mich nicht unterkriegen.

Mein Ziel ist es, andere Menschen zu ermutigen. Zu deren Glück beitragen, soweit wie möglich. Mitmenschlichkeit pflegen – mit dem eigenen Lebensstil!

Liebe Leserin, lieber Leser,

selbst kleinere Ziele lohnen sich:

1. **Sich wohlfühlen (siehe oben)**
2. **Täglicher Spaziergang an der frischen Luft**
3. **Sich somit an die Öffentlichkeit trauen und Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen – ein Mittel gegen Isolation und Einsamkeit. Wenigstens durch ein Lächeln, Nicken und Winken.**
4. **Sich in Begegnungsstätten wie Stadteiltreffs oder Gemeindehäuser der Kirchengemeinden trauen. Eher schüchternen Menschen empfehle ich den Austausch über Speis und Trank, Hobby und Urlaub.**

Als Ziel für die Privatsphäre empfiehlt sich: Die Wohnung sauber und aufgeräumt halten, schon mit Kleinigkeiten wie Bildern an der Wand, blühende Topfblumen und bunten Kissen für Gemütlichkeit sorgen. Ziel: Eine Freundin zu Kaffee oder Tee einladen.

Zusammenfassung:

Wir brauchen kein Opfer von Krankheit wie Depression zu sein und zu bleiben. Chance durch positive Selbstbeeinflussung.

1. **Entschlossenheit zu konsequentem praktischen Lenken**
2. **Gute Gewohnheiten entwickeln und beibehalten.**
3. **Hoffnung – Zuversicht- positive Haltung**

Alles Gute und viel Erfolg!

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

Pressemitteilung der Stadt Oldenburg vom 7. Februar 2024: Nicht-ärztlicher Psychosozialer Krisendienst hilft seit 25 Jahren

Oldenburg. Der nicht-ärztliche Psychosoziale Krisendienst feiert sein 25-jähriges Bestehen. Etwa 120 bis 150 Menschen nutzen jedes Jahr den Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg. Die Mitarbeitenden sind sowohl telefonisch als auch persönlich vor Ort erreichbar, auch Hausbesuche sind möglich. Zur Bilanz nach 25 Jahren stellt Dr. Peter Orzessek vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg fest: „Ein Aspekt der Hilfe lässt sich nicht wirklich in Zahlen ausdrücken. Durch Gespräche mit Betroffenen wissen wir, dass es viele Menschen in schwierigen Situationen schon entlastet, den Krisendienst anrufen oder aufsuchen zu können, wenn es nicht mehr geht. Dieser Gedanke stabilisiert sie und unterstützt dabei, mit ihren eigenen Ressourcen zu versuchen, diese für sie schwierige Situation zu meistern."

Geleistet wird der vertrauliche und kostenlose Dienst durch professionelle Kräfte aus den Bereichen Psychologie, Sozialarbeit und Gesundheits- und Krankenpflege, die hauptamtlich alle im psychiatrischen Berufsfeld arbeiten. Sozialdezernentin Dagmar Sachse dankt den Mitarbeitenden für ihren Einsatz – und blickt in die Zukunft: „Danke für 25 Jahre Dienst am Menschen. Sie alle geben mit ihrer Arbeit Hoffnung in akuten Krisenfällen und zeigen Auswege aus scheinbar aussichtslosen Situationen. Diese Arbeit ist von unschätzbarem Wert für eine Gesellschaft – und besonders für jede und jeden Betroffenen und die Angehörigen. Herausfordernd wird sein, das geschätzte Erfahrungswissen der langjährigen Kolleginnen und Kollegen zu sichern und gleichzeitig neue Mitarbeitende zu gewinnen."

Vom Modellprojekt zum festen Bestandteil

Der nicht-ärztliche Psychosoziale Krisendienst startete Ende Januar 1999 zunächst als Modellprojekt der Universität Oldenburg und der Stadt Oldenburg. 25 Jahre später ist der Krisendienst aus der psychosozialen Versorgungslandschaft der Stadt Oldenburg nicht mehr wegzudenken. Ein vergleichbares Angebot gab es in Niedersachsen damals nur in Hannover. Über einen

Landeszuschuss, den die Stadt nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen erhalten hatte, konnte das Projekt anfänglich finanziert werden. Die Universität übernahm zunächst die Trägerschaft und mit Prof. Dr. Gottwald die Begleitforschung, während die Organisation des Krisendienstes über den Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgte. Was als Modellprojekt startete, ist nun ein fester Bestandteil eines vertraulichen und kostenlosen Beratungsdienstes der Stadt Oldenburg.

Wer kann das Angebot nutzen?

Der nicht-ärztliche Psychosoziale Krisendienst der Stadt Oldenburg ist begrenzt auf das Stadtgebiet Oldenburg und richtet sich an Wochenenden und Feiertagen an psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen in Krisensituationen, an Menschen in einer selbstmordgefährdeten Situation oder in akuten Lebenskrisen sowie an deren Angehörige und das soziale Umfeld. Die kostenlosen Beratungen unterliegen der Schweigepflicht.

Wo und wie erhalten Betroffene und Angehörige Hilfe?

Anders als bei den meisten Hilfeanbietern ist der Psychosoziale Krisendienst freitags, an Wochenenden und Feiertagen erreichbar, sodass Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen auch zu diesen Zeiten geholfen werden kann.

Zu erreichen ist der Psychosoziale Krisendienst freitags von 15 bis 18 Uhr sowie samstags, sonntags und feiertags von 13 bis 18 Uhr unter der Telefonnummer 0441 235-8626 oder in seinen Räumen im Gesundheitsamt in der Industriestraße 1 b in Oldenburg.

Mehr Informationen gibt es auf der städtischen Website unter http://www.oldenburg.de/psychosozialer-krisendienst. Dort gibt es auch einen Flyer mit einer genauen Wegbeschreibung.

Personen, die hauptberuflich aus dem psychiatrischen Feld kommen, sind jederzeit willkommen, den Krisendienst als professionelle Übungsleiterinnen und Übungsleiter auf Honorarbasis zu unterstützen! Interessiert? Für weitere Informationen melden Sie sich gern per E-Mail unter: fd324@stadt-oldenburg.de

Leaving Care – Der Übergang aus den stationären Hilfen zur Erziehung in die Eigenständigkeit

Alexandra Rodis und Prof. Dr. Ute von Düring (Universität Oldenburg)

Zitat einer Care Leaverin aus einem Interview:

„Es ist einfach nicht fair, wenn man sich die anderen Leute ansieht und sie ihre Familien haben und dann ausziehen und dennoch Kontakt haben und wir werden halt einfach: hier bist du nun in deinem Leben, zu uns gibt es kein Zurück mehr, mach mal! Ich fühle mich wie ein Welpe, der im Wald ausgesetzt wurde."

Care Leaver sind Menschen, die wissen, wie es ist fremduntergebracht zu sein. Einen Teil ihres Lebens verbrachten sie in stationären Wohngruppen oder bei Pflegeeltern, befinden sich in dem Prozess des Übergangs in ein eigenständiges Leben oder haben das Hilfesystem bereits verlassen. Meist wird die Volljährigkeit zum Kriterium, sodass die Hilfen für junge Erwachsene weniger häufig bewilligt werden (Sievers, Thomas & Zeller, 2016). Diesbezüglich führt Stein (2006) auf, dass das Auszugsalter von Care Leavern nicht dem aktuellen Stand der Entwicklungsforschung entspreche und sie zu Unrecht benachteiligt werden, indem man sie zu früh in ein eigenständiges Leben entlässt. Demgegenüber steht aus entwicklungspsychologischer Sicht nach Hurrelmann und Quenzel (2016) eine Entgrenzung der jungen Erwachsenenphase in unserer Gesellschaft. Das junge Erwachsenenalter verläuft fließend und individuell. Arnett (2000) spricht in diesem Zusammenhang von „emerging adulthood". Emerging Adulthood (aufkommendes Erwachsenenalter) beschreibt Arnett (2000) als eine Lebensphase der Exploration, die primär in die Altersspanne von 18 bis 25 Jahren und sogar in jene bis in die späten Zwanziger eingeordnet werden kann. In dieser Zeit entwickeln die jungen Erwachsenen Kompetenzen zur Bewältigung der Anforderungen des Lebens in der Gesellschaft. Der Eindruck entsteht, dass diese Entgrenzung und damit zusammenhängende Herausforderungen für Care Leaver in der Praxis der Hilfegewährung nicht berücksichtigt werden (Sievers, et al., 2016). Die Hilfen für junge Volljährige werden vielerorts nur in Ausnahmefällen gewährt

(BMFSFJ, 2020), wobei längere Hilfegewährungen inzwischen verbreiteter sind. Dennoch bleiben viele Barrieren im Übergang auf dem Weg in die selbstbestimmte Eigenständigkeit bestehen (Achterfeld, Knörzer, Seltmann & David, 2021). Die jungen Menschen mit Kinder- und Jugendhilfeerfahrung sind meist geprägt von der Lebenssituation der Armut, ihr soziales Netzwerk ist kaum vorhanden, sie erfahren marginalisierte Bildungszugänge und haben somit größere Hürden auf dem Weg in die Arbeitswelt zu bewältigen als Gleichaltrige, die in ihren Familien heranwachsen (Faltermeier, 2017). Dem Statistischen Bundesamt (2023) zu Folge lebten im Jahr 2022 über 207.000 junge Menschen in Pflegefamilien, sowie in Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen. Diese Erfahrung der Fremdunterbringung teilen alle Care Leaver. Aufgrund von prekären Lebensumständen blieb den jungen Menschen das Aufwachsen in ihren Herkunftsfamilien verwehrt (Sievers et al., 2016). Häufig befinden sich diese Familien in belastenden Lebenssituationen, die durch soziale, finanzielle und biographische Faktoren beeinflusst werden, die sich auf das familiäre Verhältnis auswirken. Die Kindheit der jungen Menschen ist teils beeinflusst von traumatisierenden Erfahrungen sowie nicht ausreichender Geborgenheit und Sicherheit, was sich erheblich auf die psychische Gesundheit auswirkt. In diesem Zusammenhang verweist Faltermeier (2017) auf biographische Schlüsselthemen mit denen sich Care Leaver konfrontiert fühlen, die zu Handlungsmustern mit großer biographischer Relevanz führen. Die Nachbetreuung und Begleitung im Prozess des Leaving Care muss die biographischen Themen von Menschen mit Kinder- und Jugendhilfeerfahrung berücksichtigen und das Miteinander daran ausrichten. Die Voraussetzung dafür ist die Wahrnehmung und Deutung ihrer lebensgeschichtlich geprägten Denk- und Verhaltensweisen:

- Die Lebenshaltung: „Das Leben ist ein Kampf“. Diese Haltung führt zu Misstrauen und aggressiven Verhalten.
- Das grundlegende Gefühl auf sich alleine gestellt zu sein, kann dazu führen, in herausfordernden Situationen nicht aus eigener Kraft eine

Lösung zu finden, sodass Care Leaver den rechten Zeitpunkt verpassen um Hilfe zu bitten.

- Die Fremdunterbringung in stationären Hilfen zur Erziehung wird immer noch als gesellschaftliche Stigmatisierung wahrgenommen, sodass Heranwachsen in der öffentlichen Verantwortung zu Identitätskrisen bei den jungen Menschen führen kann.
- Die Erfahrung der Unbeständigkeit in ihrem Leben hat Einfluss auf ihr Selbstbild, wobei die Gefühle der Selbstwirksamkeit, Genügsamkeit und Verunsicherung maßgebend sind.
- Wunsch nach fester Bindung, Familie, Partnerschaft, Freundschaft, wobei die Gefahr besteht, dass Erwartungen nicht erfüllt werden, Überforderung und Enttäuschung entstehen.

Daher sind Vertrauenspersonen für die jungen Erwachsenen von großer Notwendigkeit, um eine erfolgreiche nachstationäre Begleitung gewährleisten zu können. Laut dem Statistischen Bundesamt (2022) wurden im Jahr 2021 die stationäre Erziehungshilfe oder die Beratung für 18.159 junge Menschen im Alter von 18 bis 21 Jahren beendet. Diese neue Lebensphase kann eine tiefe Unsicherheit auslösen und ohne ausreichende Unterstützung nur schwer bewältigt werden. Es ist festzuhalten, dass junge Erwachsene aus der stationären Erziehungshilfe in ihrem persönlichen Übergang von dem System der Kinder- und Jugendhilfe benachteiligt werden (Thomas, 2015). Kinder und Jugendliche, die in der öffentlichen Verantwortung heranwachsen, haben das Recht auf die Bereitstellung von gleichen Bedingungen für den Übergang in die Eigenständigkeit, wie ihre Peers, die in ihren Familien leben. Mit dem Ende der stationären Erziehungshilfe darf nicht die öffentliche Verantwortung enden (Sievers, et al., 2016).

Der Übergang der jungen Erwachsenen aus der stationären Erziehungshilfe in ein eigenständiges Leben wird seit 2012 intensiver beforscht. Die Universität Hildesheim, die sich mit verschiedenen Forschungsprojekten zu dem Thema Leaving Care beschäftigt, gilt in diesem Bereich als Vorreiter (Care Leaver-Kompetenznetz, 2018). Aktuell gibt es eine breitere Projektlandschaft, die sich

auf das Thema Leaving Care fokussiert. Dazu gehören die Selbstorganisation Carelaever e. V. sowie die Initiative Bundesnetzwerk Careleaver oder die Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGFH), die sich für eine Verbesserung der Situation von Care Leavern engagieren. Auch im politischen Diskurs findet das Thema Leaving Care Einzug, jüngst im Rahmen der Reformierung des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) im Jahr 2021. Demnach wird im § 41 a gesetzlich festgehalten, dass die Nachbetreuung für junge Volljährige zu gewährleisten ist. Nun gilt es den Übergang von betroffenen jungen Menschen aus der stationären Erziehungshilfe zu gestalten und eine systematische Übergangspraxis, die den Bedürfnissen dieser jungen Erwachsenen entspricht, aufzubauen. Im Rahmen des Forschungsprojekts „Was kommt nach der stationären Erziehungshilfe“ (Sievers, et al., 2016) konnten Schlüsselfaktoren zur Partizipation im Übergang definiert werden. Die Kernthemen wie soziale Netzwerke, Bildung, sichere Wohnverhältnisse, Gesundheit und alltagspraktische Kompetenzen sind grundlegend für die Übergangspraxis. So gilt im Hinblick auf die Inklusion als sozial- und bildungspolitische Leitidee zu hinterfragen, welche Bedingungen geschaffen werden müssen, um eine gleichberechtigte und eigenständige Teilhabe von Care Leavern an der Gesellschaft zu gewährleisten. Der Übergang aus der stationären Erziehungshilfe ist eine wichtige Phase im Leben von betroffenen jungen Menschen. Die grundlegenden Bedingungen erschließen sich aus Kompetenzen, die in unterschiedlichen Lebensbereichen von den Care Leavern erworben werden, und zugleich aus Ressourcen, die ihnen bereitzustellen sind. Daher ist eine bedarfsorientierte Begleitung von großer Bedeutsamkeit, die es gilt in Deutschland aufzubauen. Die Aufgabe besteht darin, nachhaltige lokale Infrastrukturen für die Unterstützung von Care Leavern zu gestalten. Mit niedrigschwelligen Anlauf- und Beratungsangeboten soll lokal eine systematische und zuverlässige Übergangspraxis aufgebaut werden, die den Bedürfnissen der jungen Erwachsenen entspricht. Deutschlandweit entstehen vereinzelt Projekte, die sich der Thematik annehmen wie das *House of Dreams* in Dresden oder die Beratungsstelle *Comeback* in Hannover. Das Gelingen des Übergangsprozesses hängt von der gelebten Praxis ab. Daher gilt auch für die

Stadt Oldenburg Unterstützungsstrukturen zu entwickeln, die sich an den jungen Erwachsenen orientieren. Momentan formiert sich der *Arbeitskreis Leaving Care Oldenburg*. In der Zusammenarbeit von Care Leavern, Fachkräften sowie Interessierten werden Ideen erarbeitet für einen Ort, der Begegnungen schafft und Begleitung ermöglicht. Die Beteiligung der jungen Erwachsenen an dem Entstehungsprozess ist von großer Bedeutsamkeit, denn sie haben die Expertise und das Wissen um die notwendigen Ressourcen, die zu einem erfolgreichen Übergang ins Erwachsenenleben beitragen.

Aktuell führt Alexandra Rodis an der Universität Oldenburg in der Arbeitsgruppe von Frau Prof. Dr. Ute von Düring ihr Promotionsprojekt mit dem Titel „Bildung im Kontext Leaving Care – Bildungssituation von jungen Erwachsenen aus stationären Erziehungshilfen“ durch. Dabei werden Care Leaver zu ihren Bildungswegen befragt.

Bei Interesse zu diesem Thema können Sie uns gerne kontaktieren:
ute.von.duering@uni-oldenburg.de

Literatur

- Achterfeld, S., Knörzer, F., & Seltmann, D. (2021). Kurzexpertise Careleaver. Übergang in die Volljährigkeit. Änderungen durch das KJSG. Hildesheim Verlag?
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood. A theory of development from the late teens trough the twenties. In Aamerican Psychologist, 55, 469-480.
- BMFSFJ (2020). Abschlussbericht Mitreden – Mitgestalten: Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: Bundesregierung.
- Care Leaver-Kompetenznetz (2018). Berlin. In: https://www.careleaver-kompetenznetz.de/index.php?article_id=13, 04.06.2024.
- Faltermeier, J. (2017). Care Leaver – erfolgreiche nachstationäre Begleitung junger Erwachsener. Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag.
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2016). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (13. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Sievers, B., Thomas, S. & Zeller, M. (2016). Jugendhilfe – und dann? Zur Gestaltung der Übergänge junger Erwachsener aus der stationären Erziehungshilfe. Ein Arbeitsbuch (2. Aufl.). Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag.

- Statistisches Bundesamt (2023): Hilfe zur Erziehung und Angebote der Jugendarbeit. Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland nach Art der Hilfe. In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/Tabellen/hilfenerziehungjungevolljaehrige.html#fussnote-1-117982, 10. Juni 2024.
- Statistisches Bundesamt (2022): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige. Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen 2021. In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/ Publikationen/Downloads-Jugendarbeit/erzieherische-hilfe5225112217004.pdf?__ blob =publicationFile, 10. Juni 2024.
- Stein, M. (2006). Research Review: Young people leaving care. In Child and Family Social Work, 11/3, S. 273-279.
- Thomas, S. (2015). Erwachsenwerden als kritisches Ereignis. Erfahrung von Care Leavern. In Zeitschrift für Jugendkriminalität und Jugendhilfe, 4, S. 399-404.

Wenn das Mamasein mit Depressionen beginnt

Mütter unter enormen Druck – Wenig Unterstützung im Alltag – Ängste und Überforderung

Quelle: Nordwest-Zeitung vom 24. Oktober 2023

Leider dürfen wir den an dieser Stelle befindlichen Artikel online nicht zur Verfügung stellen. Sie finden ihn in der gedruckten Version des Sozialpsychiatrischen Planes. Kontaktieren Sie uns gerne für den Versand eines Exemplares!

Veränderungen in der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen gGmbH

Oliver Frank, stellvertretende Abteilungsleitung

Die Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH (PSN) ist seit vielen Jahren mit unterschiedlichen Angeboten im Bereich Suchthilfe in Oldenburg aktiv. Zum 1. Januar 2024 wurde die ehemalige STEP gGmbH umfirmiert, mit der Intention, die paritätische Arbeit in Niedersachsen deutlich sichtbarer zu machen und um zu zeigen, dass die PSN eine Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Niedersachsen ist. Zudem soll durch den neuen Namen herausgestellt werden, welche umfassenden Leistungen der Suchthilfe das Unternehmen unter einem Dach vereint.

Neben der in Oldenburg etablierten Beratungsstelle Rose 12 und dem Kontaktladen Café CaRo bietet die Paritätische Suchthilfe Niedersachsen seit drei Jahren in der Elbestraße eine Tagesstätte für Menschen mit Suchterfahrung und/oder einer psychischen Erkrankung an. Die Tagesstätte ergänzt die Angebotslandschaft in Oldenburg und schließt die Versorgungslücke zwischen ambulanten und stationären Hilfen. In der Tagesstätte haben bis zu 40 Besucherinnen und Besuchern die Möglichkeit, durch einen niedrigschwelligen Zugang soziale Teilhabe zu erleben und unterschiedliche Betreuungsangebote wahrzunehmen. Dort besteht ebenfalls die Möglichkeit, in der „Lernwerkstatt“ den Haupt- und Realschulabschluss in einer kleinen Gruppe nachzuholen – ein mit der Landesschulbehörde abgestimmtes und sehr besonderes Angebot, welches den individuellen Bedarfen der Teilnehmenden gerecht wird.

Die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Januar 2016 und die dritte Reformstufe des Gesetzes ab 2020 erfordern strukturelle und organisatorische Veränderungen, vor allem in den ambulanten sowie den stationären Bereichen (Besondere Wohnformen) der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen. Ende 2024 läuft der derzeit gültige Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX in Niedersachsen aus und es bleibt abzuwarten, welche Entwicklungen und Neuerungen ab dem nächsten Jahr für die Eingliederungshilfe in Niedersachsen kommen werden. Die Einführung des International Classifica-

tion of Functioning (ICF) basierten Bedarfserhebungsinstrumentes, Bedarfsermittlung Niedersachsen (BEN.i), das neue Gesamtplanverfahren und die Trennung der Leistungen erfordern derzeit bereits höhere administrative Anforderungen bei den Mitarbeitenden, verbunden mit vielen Fortbildungen und Schulungen. Dies parallel dazu, dass auch die Fachkräftesituation immer schwieriger wird und die Anforderungen in Bezug auf Qualitätsprüfungen steigen.

Ein zentrales und stark diskutiertes Thema innerhalb des Unternehmens ist das seit April 2024 in Kraft getretene Cannabisgesetz (CanG) und die damit verbundene Legalisierung des Cannabiskonsums. So hat sich die Paritätische Suchthilfe Niedersachsen frühzeitig intensiv mit den Entwicklungen auseinandergesetzt und in einem Positionspapier ihre Haltung dazu dargestellt. Dies zog viele Anfragen aus dem Pressebereich nach sich. Nicht weniger Anfragen gab es zum Thema des zunehmenden Konsums von „Crack“. Diese Droge wird hergestellt aus einer Mischung von Kokainsalz und Natriumhydrogencarbonat (Natron), ist viel günstiger als Kokain, stärker in ihrer Wirkung und hat ein hohes Suchtpotenzial. Somatische Beschwerden wie auch ein verstärktes paranoides und aggressives Verhalten machen sich durch Crackkonsum bemerkbar. Auch in Oldenburg ist diese Droge angekommen, was sich in der zunehmenden Ausgabe von Crackpfeifen und Natron durch das Café CaRo bemerkbar macht und uns im Suchthilfesystem vor neue Herausforderungen stellt.

Beide genannten Themen zeigen, wie wichtig die Parameter Prävention und Beratung sind. Die Beratungsstelle Rose 12 bietet aufgrund der neuen gesetzlichen Bestimmungen zum Cannabiskonsum und den damit verbundenen Gefahren vielfältige Veranstaltungen über das Jahr hinweg an.

Im Herbst dieses Jahres wird die Beratungsstelle Rose 12 nach Eversten (Am Schießstand) in neue, großzügige Räumlichkeiten umziehen. Dadurch werden neue Möglichkeiten für die Beratung, Begegnung und für Veranstaltungen

geschaffen. Geplant ist dort zusätzlich ein Raum für niedrigschwellige medizinische Behandlungen für Menschen, die Arzt- beziehungsweise Klinikhemmnisse haben.

Das Café CaRo wird nach einer mehrmonatigen Umbauphase in der Alexanderstraße im Frühjahr 2025 in die bisherigen Räumlichkeiten der Rose 12 umziehen. Hier stehen dann ebenfalls größere und modernere Räumlichkeiten für die Einrichtung zur Verfügung, um auf die Versorgungssituation für Menschen mit einer Suchterkrankung und deren Bedürfnissen im niedrigschwelligen Bereich besser und adäquater reagieren zu können.

Kontakt:
Oliver Frank, stellvertretende Abteilungsleitung Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH
Telefon: 0157 80528282
E-Mail: oliver.frank@paritaetische-suchthilfe-nds.de
http://www.paritaetische-suchthilfe-nds.de

Podcast der Karl-Jaspers-Klinik: „Die Wahrheit irgendwo hier drinnen“ on air

Isabell Spross, Karl-Jaspers-Klinik

Einer allein hat immer unrecht. Dass die Wahrheit erst zu zweit beginnt, ist eine Grundannahme, mit der sich der Philosoph und Namensgeber unserer Klinik Karl Jaspers beschäftigt hat. Realität werde demnach nicht nur unterschiedlich oder unvollständig wahrgenommen, sondern es komme immer auch auf die Perspektive an, was genau erfasst werden könne.

Inseldenken war gestern

Deshalb sind die Moderatorinnen und Moderator unseres Podcasts zu dritt und gehen den Wahrheiten der Psychiatrie auf integrative Weise gemeinsam auf die Spur. Regelmäßig kombinieren wir in unserem Podcast tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, systemische und medizinische „Wahrheiten“ über psychische Erkrankungen.

Bild:: Zwei Moderatorinnen und ein Moderator des Podcasts (eigenes Foto)

Unsere Moderatorinnen und Moderator sind dabei selbst vom Fach: Zwei Psycholog:innen aus der KJK und eine Medizinstudentin der Universität Oldenburg sind die drei sympathischen und fachkompetenten Stimmen, die regelmäßig durch Themenfelder führen, die den Klinikalltag einer Psychiatrie prägen.

Wissensvermittlung und Entstigmatisierung

„Die Wahrheit irgendwo hier drinnen“ ist für alle, die Lust auf eine integrative und tiefe Auseinandersetzung mit der Vielfalt psychiatrischer Themen haben. Selten gibt es eine klare Grenze zwischen „psychisch krank“ und „psychisch gesund“, die Übergänge sind fließend und jeder von uns hat schon einmal Symptome einer psychischen Erkrankung erlebt. Doch noch immer existieren viele Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen und Erkrankte erleben vielfach Diskriminierungen. Mit unserem Podcast möchten wir als Klinik für psychiatrische Themen begeistern, Wissen vermitteln und zur Entstigmatisierung von Psychiatrie beitragen.

Konzept: Basics und Interviews

In unseren „Basics“ beschäftigen wir uns grundlegend mit verschiedenen Krankheitsbildern, zusätzlich wird es jede Menge Interviews mit Expertinnen und Experten und Betroffenen geben. Für 2024 stehen unter anderem folgende Themenfelder auf dem Plan: Depression, Borderline, Psychiatrie und Psychotherapie im Alter, Psychosomatik, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Pflege in der Psychiatrie, Neurodiversität.

Podcasts sind ein persönliches Medium, das sich besonders gut zur Kommunikation auch von komplexen Inhalten eignet. Und wer keine Zeit und Lust zum Lesen hat, der hört: unterwegs, auf dem Weg zur Arbeit, beim Joggen, fast überall – auch unser Podcast ist so vielseitig einsetzbar.

Zu hören unter anderem bei spotify und Apple

Bild: 2: Thumbnail des Podcasts: Die Wahrheit irgendwo hier drinnen.

Bild: 1: QR Code für den Podcast

Hören Sie rein in den neuen integrativen Psychiatrie-Podcast aus der Karl-Jaspers-Klinik „Die Wahrheit irgendwo hier drinnen“ und empfehlen Sie uns gerne weiter.

Zu hören sind wir auf allen gängigen Plattformen (zum Beispiel Spotify, Apple).

Mehr Infos auch unter www.karl-jaspers-klinik.de/podcast

Einführung zum Thema „Young (Adult) Carers“

Anna-Maria Spittel, Wiebke Stöhr und Prof. Dr. Gisela C. Schulze, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Wenn ein Familienmitglied von einer körperlichen, psychischen, sucht- oder altersbedingten Erkrankung und/oder Beeinträchtigung betroffen ist, hat dies häufig Auswirkungen auf die gesamte Familie. Dabei können Situationen entstehen, in denen Kinder und Jugendliche als Angehörige in Pflege- und Unterstützungstätigkeiten eingebunden sind. Diese spezifische Gruppe der Kinder und Jugendlichen als Angehörige werden international als Young Carers bezeichnet. Auch im deutschsprachigen Raum etabliert sich die Begrifflichkeit in den letzten Jahren.

Young Carers sind „junge Menschen bis 18 Jahre, die eine Person – oder mehrere –, der sie sich verbunden und/oder verpflichtet fühlen, über längere Zeit und in wesentlichem Ausmaß in der Bewältigung des Alltags unterstützen, sofern diese aufgrund von psychischer und physischer Erkrankung, Beeinträchtigung, Sucht oder altersbedingter Veränderung auf Unterstützung angewiesen ist. Sie übernehmen dabei ein hohes Maß an Verantwortung, das normalerweise mit Erwachsenen in Verbindung gebracht wird“. Darüber hinaus werden betroffene junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahre als Young Adult Carers beschrieben.

Erste Studienergebnisse für Deutschland zeigen, dass ein Anteil von etwa sechs Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 18 Jahren eine Young Carer-Rolle innehaben, wobei Kinder und Jugendliche, die in die Unterstützung von Eltern mit psychischen oder suchtbedingten Erkrankungen eingebunden sind, in den Studienergebnissen wenig sichtbar werden. Somit kann vermutet werden, dass der Anteil größer ist und im jungen Erwachsenenalter, einhergehend mit internationalen Erkenntnissen, noch weiter ansteigt.

Die Unterstützungstätigkeiten, die von Young (Adult) Carers in ihren Familien übernommen werden, sind vielfältig und können verschiedenen Bereichen

zugeordnet werden. Sie können „als körperbezogene, emotionale sowie medizinisch/therapeutische Unterstützung für die erkrankte Person, Haushaltstätigkeiten, Aufgaben außerhalb des Haushalts, Unterstützung/Betreuung gesunder Familienangehöriger; Verantwortung für sich selbst kategorisiert werden […] und finden in einzelnen, meist jedoch in mehreren dieser Bereiche statt“.

Dabei reicht das zeitliche Ausmaß der übernommenen Tätigkeiten von gelegentlicher Hilfe bis hin zu einer ganztägigen Verantwortung. Um zu verdeutlichen, wie Young Carers von anderen Kindern und Jugendlichen differenziert werden können, zeigt sich ein Kontinuum von *caring about* zu *caring for*, wenngleich anzumerken ist, dass eine trennscharfe Unterscheidung nicht möglich ist. Bei *caring about* geht es um Aktivitäten im Haushalt, die ein Ausmaß umfassen, das von vielen Kindern und Jugendlichen übernommen wird, wie zum Beispiel das Ausräumen der Spülmaschine oder das Decken des Tisches. Dieses Ausmaß kann in Familien, in denen Angehörige gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, zunehmen, sodass Aufgaben im medizinischen, intimen oder anderweitig spezifischem Kontext hinzukommen können. Je mehr sich die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen von *caring about* zu *caring for a person* bewegen, umso größer ist entsprechend die Last im Hinblick auf Verantwortung oder Verpflichtung.

Eine Reihe subjektiver Beweggründe und äußerer Einflussfaktoren bedingt die Übernahme sowie das Ausmaß von Pflege- und Unterstützungstätigkeiten durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in ihren Familien, sodass die Situationen in hohem Maß individuell sind. Subjektive Beweggründe der Young (Adult) Carers können beispielsweise darin liegen, die Eltern entlasten zu wollen, es nicht anders zu kennen oder den Alltag und ein normales Leben aufrechterhalten zu wollen. Diese subjektiven Beweggründe können jedoch auch von weiteren Einflussfaktoren abhängen. So kann es beispielsweise eine Rolle spielen, ob Betroffene Geschwister haben und welchen Rang sie in der Geschwisterfolge einnehmen oder ob sie in einer Einelternfamilie leben. Weitere Faktoren können die Art oder der Verlauf der jeweiligen Erkrankung oder

Beeinträchtigung des Elternteils und der daraus folgende Unterstützungsbedarf sein, ebenso wie fehlende familiale und soziale Netzwerke oder fehlende oder unzureichende professionelle Unterstützung. Auch unterschiedliche soziokulturelle Hintergründe von Familien können beeinflussen, wie Unterstützungsleistungen bewertet und von der Familie geduldet oder verlangt werden.

Dabei sind die Einflussfaktoren und Beweggründe variabel sowie innerhalb der Familien abhängig von Veränderungen und Adaptionen und wirken im Zusammenspiel auf einem Kontinuum von Wahlmöglichkeit und Alternativlosigkeit zur Übernahme von Unterstützungstätigkeiten der betroffenen Young (Adult) Carers. Dass betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Pflege- und Unterstützungstätigkeiten in ihren Familien übernehmen, findet oft im Verborgenen statt. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene identifizieren sich selbst häufig nicht als Young (Adult) Carers, sind sich ihrer Rolle nicht bewusst. Dies kann dazu führen, dass sie nur wenig oder keine Unterstützung erhalten, da sie beispielsweise keine Verbindung zu potentiellen Hilfsangeboten sehen. Andere wiederum erkennen zwar ihre Situation, verschweigen diese aber, um nicht stigmatisiert oder ausgegrenzt zu werden. Auch die Emotion Scham spielt beim Verschweigen der Situation eine bedeutsame Rolle.

Zudem befürchten Betroffene oft, dass sich andere Institutionen oder Personen in das Familienleben und dort zu treffende Entscheidungen einmischen oder die Familie sogar getrennt werden könnte. Auch ein fehlendes Bewusstsein von Fachkräften aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen trägt zur Verborgenheit des Phänomens Young Carer bei. Dieses fehlende Bewusstsein geht zum Teil bis zu einer Negierung der Existenz der Personengruppe.

Die von Young Carers erlebten Auswirkungen der Übernahme von Pflege- und Unterstützungstätigkeiten in der Familie sind vielfältig und können sowohl negativ als auch positiv alle Bereiche des Lebens der Kinder und Jugendlichen betreffen. So berichten Betroffene von körperlichen (beispielsweise Kopfschmerzen, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus), emotionalen (beispielsweise

erhöhtes Stresserleben, Scham- und Schuldgefühle, aber auch höhere Reife, Wachsen als Person) sowie sozialen (beispielsweise Schwierigkeiten Kontakt mit Peers zu halten, Bullying, aber auch ein erhöhtes Maß an Hilfsbereitschaft und Empathie) oder bildungsbezogenen (beispielsweise schulabsentes Verhalten, Konzentrationsschwierigkeiten, aber auch spezifisches Wissen) Auswirkungen, die häufig auch einen Einfluss auf ihre Entwicklung und ihren weiteren Lebensweg haben.

Dabei muss hervorgehoben werden, dass Young Carers in Bezug auf die beschriebenen positiven und negativen Auswirkungen keine einheitliche Gruppe darstellen, sondern sich meist, in Kombination mit diversen Einflussfaktoren, in individuellen und komplexen Situationen befinden.

Um der Vielfalt der Auswirkungen und den häufig vielschichtigen Bedarfslagen von Young Carers und deren Familie zu begegnen, ist ein gesamtfamilialer Ansatz (sogenannter whole family approach) notwendig. Das bedeutet, um gelingende Unterstützung zu etablieren, wird ein multiprofessionelles Netzwerk benötigt, welches nicht nur die Young (Adult) Carers, sondern auch deren Familien und persönliches Umfeld miteinbezieht. Ein derartiges Netzwerk fußt auf drei wesentlichen Säulen: Bewusstsein über die Zielgruppe, Möglichkeiten der Identifizierung sowie geeignete strukturelle Rahmenbedingungen.

Derzeit gibt es in Deutschland, wie in den meisten europäischen Ländern, keine spezifische Gesetzgebung, grundlegende Rahmung bietet jedoch beispielsweise das internationale Übereinkommen über die Rechte des Kindes, welches der Sicherstellung von entwicklungsförderlichen Bedingungen und des Schutzes für Kinder und Jugendliche dient.

Aber auch spezifische Regelungen in Bezug auf die Zielgruppe in bestimmten institutionellen Settings sind im Sinne eines Aufbaus von individueller Unterstützung und deren Koordination für Young Carers bedeutsam. Damit verbunden sind die Sensibilität und das Bewusstsein von Fachkräften, die potenziell

mit diesen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kontakt kommen. Dieses Bewusstsein kann zu spezifischen Regelungen und Gesetzgebungen beitragen, aber auch aus diesen bei Fachkräften erst entstehen. Zuletzt führt es auch zu Möglichkeiten der Identifizierung und ein entsprechendes Verständnis durch und von Fachkräften und dem gesamten Umfeld, welches die Initiierung von geeigneten Unterstützungsmaßnahmen für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie deren Familien fördert.

In der Fachgruppe Allgemeine Sonderpädagogik; Rehabilitation und Health Care des Instituts für Sonder- und Rehabilitationspädagogik an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg beschäftigen wir uns seit einigen Jahren mit der Zielgruppe der Young (Adult) Carers. Ausgehend von Forschungen zu Young Carers im Kontext von Schulabsentismus, entwickelten sich eine Reihe an Forschungsschwerpunkten und Kooperationen mit Praxisprojekten:

- Young Carers im Kontext schulischer Beratungsstrukturen
- Unterstützung von Young Carers in der Schule
- Young Carers im Kontext von Forschungsarbeit zur Emotion Scham
- Young Adult Carers in beruflichen Bildungsprozessen
- Kooperation mit Kidstime Deutschland e. V. für begleitende Forschungsarbeit zum Projekt Kidstime für Familien mit einem Elternteil mit psychischer Erkrankung
- Beteiligung an ERASMUS+[2]-Projekten im Themengebiet von Kindern und Jugendlichen mit Eltern mit psychischer Erkrankung
- studentische Forschungsarbeiten im Themenfeld von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Familien

Zudem sind wir Mitglieder in Netzwerken und Vereinen wie der Pausentaste des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend oder wir pflegen! e. V., um die Vernetzung zu der Thematik aufzubauen und zu fördern, denn die Existenz von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Familien und

2 Erasmus+ ist ein Programm der Europäischen Union zur Förderung der Jugend im Bereich Bildung und Sport.

die damit verbundenen vielfältigen Lebenssituationen müssen gesamtgesellschaftlich wahrgenommen werden.

Kontakt:
Anna-Maria Spittel, Carl von Ossietzky Universität; Fakultät I – Bildungs- und Sozialwissenschaften; Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik; Fachgruppe Allgemeine Sonderpädagogik, Rehabilitation/Health Care
Ammerländer Heerstraße 114 – 118, 26129 Oldenburg
E-Mail: anna-maria.spittel@uni-oldenburg.de
Telefon: 0441 798-2737
https://uol.de/sonderpaedagogik/allgemeine-sonderpaedagogik-rehabilitationhealth-care/spittel

Literatur:

- Banks, P., Cogan, N., Riddell, S., Deeley, S., Hill, M. & Tisdall, K. (2002). Does the covert nature of caring prohibit the development of effective services for young carers? British Journal of Guidance & Counselling, 30(3), 229–246. https://doi.org/10.1080/030698802100002281
- Cass, B., Brennan, D., Thomson, C., Hill, T., Purcal, C., Hamilton, M. et al. (2011). Young carers. Social policy impacts of the caring responsibilities of children and young adults. Report prepared for ARC Linkage Partners (University of New South Wales, Hrsg.).
- Frank, J. & Slatcher, C. (2009). Supporting young carers and their families using a whole family approach. Journal of Family Health Care, 19(3), 86–89.
- Kaiser, S., Siegemund-Johannsen, S., Schulze, Gisela C., Spittel, A.-M. (2024). Basic Conditions for Support of Young Carers in School: A Secondary Analysis of the Perspectives of Young Carers, Parents, Teachers and Couselors. Healthcare 12(11), 1143. https://doi.org/10.3390/healthcare12111143
- Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018). «You don‘t look for it» – a study of Swiss Professionals’ Awareness of Young Carers and their Support Needs. Health & Social Care in the Community, 26, e560-e570. https://doi.org/10.1111/hsc.12574
- Leu, A., Berger, F. M. P., Heino, M., Nap, H. H., Untas, A., Boccaletti, L. et al. (2022). The 2021 cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to ‚young carers‘. Journal of Youth Studies, 1–18. https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2027899
- Lewis, F. M., Becker, S., Parkhouse, T., Joseph, S., Hlebec, V., Mrzel, M. et al. (2023). The first cross-national study of adolescent young carers aged 15–17 in six European countries. International Journal of Care and Caring, 7(1), 6–32. https://doi.org/10.1332/239788222X16455943560342; Kaiser, 2019

- Metzing, S. (2007). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege (Programmbereich Gesundheit, 1. Auflage). Dissertation. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Moore, T. & McArthur, M. (2007). We're all in it together: supporting young carers and their families in Australia. Health & Social Care in the Community, 15(6), 561–568. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00719.x
- Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Koller, M. M. & Mayer, H. (2014). Prevalence and effects of caregiving on children. Journal of Advanced Nursing, 70(10), 2314–2325. https://doi.org/10.1111/jan.12388
- Pilato, J., Dorard, G., Chevrier, B., Leu, A. & Untas, A. (2022). Quality of Life of Adolescents Facing a Parental Illness: A Person-Oriented Approach. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13). https://doi.org/10.3390/ijerph19137892
- Roling, M., Falkson, S., Hellmers, C. & Metzing, S. (2020). Early caregiving experiences and the impact on transition into adulthood and further life: a literature review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 34(3), 539–551. https://doi.org/10.1111/scs.12757
- Smyth, C., Blaxland, M. & Cass, B. (2011). 'So that's how I found out I was a young carer and that I actually had been a carer most of my life'. Identifying and supporting hidden young carers. Journal of Youth Studies, 14(2), 145–160. https://doi.org/10.1080/13676261.2010.506524
- Spittel, A.-M., Frech, M. & Schulze, G. C. (im Druck). Das Young Carers Model of Support (YCSM) für multiprofessionelle Kooperation bei schulabsentem Verhalten. In K. Speck & H. Ricking (Hrsg.), Multiprofessionelle Kooperation und Schulabsentismus. Wiesbaden: Springer VS.
- Spittel et al., im Druck
- Stöhr, W. & Schulze, G. C. (2023). Eine qualitative Studie zur Bedeutsamkeit der Emotion Scham für die Sonderpädagogik aus der Perspektive von Studierenden. Zeitschrift für Heilpädagogik, 74, 532–543.
- The Children's Society (Hrsg.). (2013). Hidden from view: the experiences of young carers in England. London.
- United Nations General Assembly (1989). Convention on the Rights of the Child. https://doi.org/10.3390/healthcare12111143
- Wepf, H. & Leu, A. (2022). Well-Being and Perceived Stress of Adolescent Young Carers: A Cross-Sectional Comparative Study. Journal of Child and Family Studies

Bipolarität und Traumabewältigung

– Erfahrungsbericht –

Es kommt unweigerlich der Kipp-Punkt von der Manie hinab in die Depression. Viel zu lang hat die Manie gedauert und sie hat mir jegliche Gedanken an eine Depression oder überhaupt ein Leben nach der Manie „weggeklaut“.

Umso überraschender überrumpelte mich der Tag, an dem plötzlich alles anders ist: Ich realisierte, dass ich eben bipolar bin. Die Depression kommt mit voller Wucht. Dieser rasche Wechsel kommt so plötzlich, dass man ihn kaum aushält. Der Blick schweift unweigerlich zurück über alles, was ich so im Laufe der Wochen getan, gesagt, gedacht habe: Unfassbar viel Unsinn! Hoffnung auf Vergebung, furchtbar viel Scham, Verlustängste, Ablehnung – eine einzige schwere Last in meinem Herzen!

Und jetzt? Depression durchalten. Gott um Hilfe bitten. Allein schaffe ich es nicht. Suizidalität überwinde ich, da ich mein Leben lieben lerne und mich Jesus Christus anvertraue und mit seiner Hilfe weiterkämpfe. Jahr für Jahr – der Kampf um die Mitte. Ständiges Auf und Ab… immer wieder manisch und depressiv und manisch und depressiv…

Oberarztvisite in der Psychiatrie (neunmal war ich in stationärer Behandlung!). Man erwartete, dass ich mich um einen Therapieplatz kümmerte und dass ich einen Termin ausmachte. Das tat ich. Mein „Trauma-Brunnen“ war voll. Voll von Schmerz, Ängsten, Sorgen, Kampf, Wut, Resignation. 40 Jahre hatte ich alles dort hineingepackt und sogar noch einen Deckel obendrauf getan. Ich wollte da nicht mehr hineinschauen. Es reicht die Tatsache, dass meine Mutter sich das Leben genommen hatte, als ich vier geworden war. Das war schon genug.

Therapeutinnen und Therapeuten entfernen gerne den Deckel von Trauma-Brunnen! (darum werden so viele Psychotherapien abgebrochen …) Mein Leidensdruck war groß genug, ich hielt stand und war dankbar, dass ich eine sehr gute Trauma-Therapeutin gefunden habe, der ich voll vertraute. Sie führte mich emotional an den Kindheitsschmerz heran und ich trauerte das

erste Mal um meine Mutter. Dieses Gefühl war echt und heilsam. Trauma-Energie, ungelebte Trauer, ließ ich hinter mir. Heilung in der Tiefe fand statt, vor allem dadurch, dass ich mein „inneres Kind“ kennenlernte. Den traumatisierten Anteil in meiner Persönlichkeit. Ich hatte den Schmerz nachempfunden und wusste genau, wie tief die Verletzung war. Ich lernte nun in der Therapie meiner „Kleinen“ all das zu schenken, was ich ihr all die Jahre nicht hatte geben können: Zuwendung, Zärtlichkeit, Liebe, Hilfe, Zeit und so weiter.

Meine Therapeutin arbeitete 100 Stunden in zweieinhalb Jahren mit mir. Ich kämpfte mich frei. Den übermäßigen Aktionismus ließ ich hinter mir. Es gab jetzt nichts mehr zu verdrängen, ich kam zur Ruhe.

Ich verbrachte viel wertvolle Zeit mit meiner Kleinen. Parallel dazu konnte Trauma-Energie aktiviert werden und dann abfließen. So verschwanden die „Brunnengefühle“ immer mehr und der Trauma-Brunnen leerte sich. Ängste bauten sich ab. Lebensfreude keimte auf. Ich konnte allmählich durchatmen. Sieben Jahre war ich nicht mehr in der Klinik und ich bin nun seit fast eineinhalb Jahren symptomfrei. Eine einjährige Trauma-Körper-Therapie (somatic-experience nach Peter Levine) half, die Körperspannung und ungute, krankmachende Energie im Körper kontinuierlich abzubauen.

Es war ein langer Weg und mit Gottes Hilfe und der Hilfe der Therapeutinnen und der Geduld all meiner Lieben hat alles zu einem guten Ergebnis geführt:

Ich bin freier und zufriedener als je zu vor!

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

Der Verfasser/Die Verfasserin ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst bekannt, möchte aber nicht namentliche genannt werden. Diesen Wunsch respektieren wir.

Facetten der niedrigschwelligen Hilfen für Menschen mit Konsumproblematiken im Raum Oldenburg

Fokko Bornheim, pro liberis

Im Raum Oldenburg besteht eine Vielzahl von Einrichtungen, die als niedrigschwellig anzusehen sind. Viele dieser Einrichtungen leisten einen relevanten Beitrag zur Unterstützung von Personen mit einer Suchtproblematik. Andere wie das Café CaRo wenden sich explizit an Personen mit einer solchen Herausforderung. Folgend soll ein Überblick über einige dieser Einrichtungen und ihre Rolle bei der Unterstützung von Sucht betroffener Personen gegeben werden.

In den letzten Jahren ist eine steigende Anzahl an Drogentoten zu beklagen. Die Gründe dafür sind vielfältig, jedoch haben die Verelendung der Betroffenen, die zunehmende Rolle von Crack und der schwindende Zugang zu medizinischer Versorgung einen Anteil daran. Niedrigschwellige Hilfen können besonders im Bereich von Verelendung und Vereinsamung sowie auch durch Unterstützung bei der Navigation im Hilfesystem einen Teil dazu beitragen, diesem Trend entgegen zu treten.

Café CaRo

Das Café CaRo in der Heiligengeiststraße 19 ist das niedrigschwellige Anlaufcafé der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen in Oldenburg. Es besteht seit 1978 und wendet sich explizit an Menschen, die illegalisierte Substanzen konsumieren. Das Angebot ist auf eine direkte Unterstützung der Klientinnen und Klienten ohne Wartezeiten ausgerichtet. Das Angebot umfasst materielle Unterstützung wie das kostenfreie Mittagessen, kostenfreie Getränke und eine Kleiderausgabe. Aber auch medizinische Unterstützung im Rahmen des Harmreduction Ansatzes. Menschen, die ein hochriskantes Konsumverhalten aufweisen und nicht in der Lage sind, dieses aufzugeben, werden durch Beratung und die Ausgabe von sterilen Materialien dabei unterstützt, ihre Gesundheit besser erhalten zu können. Über diese Arbeit kann auch eine vertrauensvolle und akzeptanzorientierte Beziehung geschaffen werden, welche die Grundlage für Beratungsgespräche ist, welche zu weiteren

Maßnahmen wie einer Substitutionstherapie führen können. Für die Substitution besteht eine enge Kooperation mit der erfahrenen Substitutionsärztin Dr. Charlotte Rechenmacher.

Das CaRo fungiert als Schutz- und Aufenthaltsraum für eine Klientel, welche im öffentlichen Raum zumeist wenig toleriert wird. Diese Rolle ist bedeutend zur Entlastung der Klientinnen und Klienten und um eine angemessene Atmosphäre für Beratungen zu schaffen; diese Beratungen umfassen unter anderem Krisengespräche, Behördenangelegenheiten, Verweisberatung und allgemeine Gespräche im Kontext einer motivierenden Gesprächsführung, um die Klientinnen und Klienten bei der Aufnahme von Schritten in die Zukunft zu unterstützen. Zusätzlich hat das CaRo im Verlauf der Jahre ein weites Kooperationsnetzwerk aufgebaut, welches Sozialeinrichtungen, Behörden, Gemeinden, Vereine und eine Vielzahl von Einzelpersonen umfasst.

Da es einem Teil der Besucherinnen und Besuchern nicht möglich ist, länger an einem Ort zu verweilen ohne Alkohol zu konsumieren, wurde vor einigen Jahren das Konzept so angepasst, dass der Betrieb des CaRo als nasse Einrichtung möglich ist. Es ist den Besucherinnen und Besuchern also möglich, selbst mitgebrachte alkoholische Getränke mit niedrigem Alkoholanteil zu konsumieren. Dieses Konzept macht die Arbeit der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern nicht einfacher, jedoch reduziert sie eine der Hauptbarrieren der Nutzung eines Schutzraumes für Suchtbetroffene deutlich.

Das Team des CaRo strebt die Einrichtung eines sogenannten Druckraums an. Dies sind Konsumräume, in denen selbst mitgebrachte Substanzen unter kontrollierten Bedingungen konsumiert werde können. Dadurch können Überdosen vermieden und eine saubere Umgebung sichergestellt werden. Zudem erfolgt eine Entlastung der Bevölkerung, da der Konsum harter Drogen sich aus dem öffentlichen Raum in eine gesicherte Umgebung verlagert.

Bahnhofsmission

Als gelebte Kirche am Bahnhof ist die Bahnhofsmission seit 110 Jahren eine niedrigschwellige soziale Einrichtung in Oldenburg. Sie sorgt durch ihre Anwesenheit in den Räumen im Bahnhof und durch die aufsuchende Arbeit im Bahnhofsumfeld für soziale Ruhe und ein auskömmliches Miteinander von Reisenden, Bahnhofsnutzenden und der sich im Sozialraum „Bahnhof“ aufhaltenden Menschen in prekären Lebenssituationen. Die Kernaufgaben umfassen Erste Hilfe und Notfallhilfe, Beratung und Vermittlung an soziale Dienste sowie praktische Unterstützung wie die Ausgabe von Getränken und Verpflegung in Form von belegten Broten. Sie ist Teil des kommunalen sozialen Netzwerks und Wegweiser im Hilfesystem. Die Bahnhofsmission Oldenburg ist eine Einrichtung des Diakonischen Werks der evangelisch lutherischen Kirche in Oldenburg e. V.

Ein Team aus geschulten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden hilft Reisenden, insbesondere älteren Menschen, Menschen mit Mobilitätseinschränkungen und Familien mit Kindern, beim Ein-, Aus- oder Umsteigen. Sie bieten Orientierung und Unterstützung. Die Bahnhofsmission ist auch ein Zufluchtsort für Obdachlose und bietet einen Ort für soziale Kontakte und Gemeinschaft für Personen, die sich im Sozialraum Bahnhof aufhalten. Sie stellt einen Aufenthaltsraum zur Verfügung, in dem man ohne Kosten verweilen kann. Zudem gibt es ein kleines Versorgungsangebot, die Versorgung mit Hygieneartikeln, Krisengespräche, Verweisberatung, eine postalische Meldung für Personen unter 25 Jahren sowie ein Gruppenangebot für denselben Personenkreis außerhalb der regulären Öffnungszeiten.

Für süchtige Personen, die Abstinenz anstreben, sind Bahnhöfe oft risikobehaftet, da sie häufig Orte der offenen Drogenszene sind. Die Bahnhofsmission unterstützt Suchtbetroffene, indem sie diese beim Umstieg vom Zug abholt und persönliche Begleitung bietet, bis der Anschlusszug erreicht ist. Diese Tätigkeit ist wichtig, um Anreiserückfälle auf dem Weg in eine Therapiemaßnahme zu vermeiden. Zudem unterstützt die Bahnhofsmission beim Erwerb,

im Rahmen der örtlichen Möglichkeiten, von Fahrkarten zu Therapie-, Entgiftungs- und ähnlichen Maßnahmen. Wünschenswert wäre es, wenn Leistungserbringer und -träger die Anreise als Teil der Maßnahme begreifen und die Organisation sowie die Kosten direkt übernehmen.

Für die Suchthilfe besonders entscheidend ist die niedrigschwellige Beratung. Personen suchen in der Bahnhofsmission oft Hilfe aufgrund von Faktoren wie akuten Krisen oder Obdachlosigkeit. Im Gespräch stellt sich dann häufig eine Konsumproblematik als primäre oder sekundäre Herausforderung heraus. In solchen Fällen erfolgt eine Erstberatung und Verweis an geeignete Stellen wie Suchtberatungsstellen, Tagesstätten des Psychosozialen Netzwerkes (PSN), Fachärztinnen und Fachärzten und Kliniken, das Ordnungsamt als zuständigen Dienst der ordnungsrechtlichen Gefahrenabwehr für Menschen in Obdachlosigkeit, Angebote der Wohnungsnotfallhilfe oder andere Teile des Kooperationsnetzwerks.

Teil des Verständnisses von Niedrigschwelligkeit ist, dass notwendige Anrufe bei Ärzten, Behörden oder ähnlichem mit oder für die Klientinnen und Klienten gemacht werden beziehungsweise die Unterstützung gegeben wird, die benötigt wird, um den Prozess möglichst niedrigschwellig einzuleiten. Transparenz in den Abläufen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Bereitstellung einer qualifizierten Liste von Fachärztinnen und Fachärzten erleichtern die Arbeit der Bahnhofsmission in Krisensituationen. Diese Informationen sind stets zu erneuern und zu aktualisieren.

Streetwork der Diakonie

Die Straßensozialarbeit der Diakonie ist ein Angebot der aufsuchenden Sozialarbeit und angegliedert an die Fachstelle Sucht der Diakonie Oldenburg. Es erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den Tagesaufenthalten für Wohnungslose in der Cloppenburger Straße 35 und Bloherfelder Straße 7. Das Angebot richtet sich an Personen über 25, welche wohnungslos sind oder in prekären Wohnverhältnissen leben und zumeist von Sucht betroffen sind. Die Klientinnen und Klienten werden in ihrem Alltag, das heißt zumeist auf der Straße

oder in Einrichtungen wie dem Café CaRo, der Bahnhofsmission oder den Tagesaufenthalten aufgesucht. Sie werden von den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern durch Beratung, Vermittlung und Begleitung, sowie medizinische Grundversorgung unterstützt. Auch erfolgt eine Ausgabe von Essensmarken für das Essensangebot der Tagesaufenthalte, die Nachfrage nach diesem Angebot hat sich von 2022 auf 2023 etwa verdoppelt.

Bedingt durch den Mangel an Wohnraum und hier besonders an Wohnraum, welcher bezahlbar und niedrigschwellig zugänglich ist, gehört zur Arbeit der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern auch die Unterstützung bei der Suche nach möglichst sicheren „Platten“ (Wohnorten auf der Straße). Diese prekäre Situation konnte durch eine Kooperation mit der Wohnungsnotfallverweisberatung in Oldenburg (WiO) etwas entschärft werden. Von einem Mangel an sowie Ausschluss von Wohnraum sind besonders Süchtige betroffen, dies ist unter anderem Vorurteilen, aber auch ihren typischen, aber nicht obligatorischen Symptomen wie Unzuverlässigkeit, Verwahrlosung und Verhaltensauffälligkeiten geschuldet.

Da Sucht die Suche nach und den Verbleib in Wohnraum schwerer macht und die krisenhafte Erfahrung von unfreiwilliger Obdachlosigkeit eine hohe Vulnerabilität gegenüber Suchterkrankungen schafft, ist Sucht ein stets präsentes Thema in der Arbeit der Straßensozialarbeiterinnen und Straßensozialarbeitern. Um von Sucht Betroffene zu unterstützen, wird eine Vielzahl von Maßnahmen angeboten, diese reichen von der medizinischen Grundversorgung, der Unterstützung bei den überlebensnotwendigen Dingen wie Schlafplätzen, Kleidung oder Nahrung über Krisen- und Entlastungsgesprächen bis hin zum Aufsuchen der Suchtberatung und Therapievermittlung. Mit der Möglichkeit der aufsuchenden Therapievermittlung ist eine Perspektive für Personen gegeben, welche so tief in Konsum und Krisen gefangen sind, dass sie nicht in der Lage sind, die engen Termin- und Verhaltensvorgaben der höherschwelligen Vermittlungsangebote zu nutzen. Durch die medizinische Grundversorgung können Probleme wie Spritzenabszesse besser versorgt werden. Betroffene suchen in solchen Fällen häufig keine ärztliche Hilfe, da sie dort

teilweise Diskriminierung zu erwarten haben. Abszesse sind im Normalfall sehr gut zu behandeln, können aber unbehandelt auch zum Tod führen.

Ein weiterer wichtiger, aber häufig unsichtbarer Aspekt der Arbeit der Straßensozialarbeiterinnen und Straßensozialarbeiten ist die Netzwerkarbeit. Diese hat sich über die Jahre sehr positiv entwickelt. Es bestehen unter anderem Kooperationen mit den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, der Suchthilfe, der Wohnungslosenhilfe, des Planungsforums Szeneplatz, der Praxisrunde U25, des Sozialausschusses der Stadt Oldenburg, IBIS, WiO, Café CaRo und der Straßensozialarbeit für unter 25-Jährige der Stadt Oldenburg. Zudem bestehen diverse direkte und lose Kooperationen mit Gemeinden, Unternehmen, Vereinen und anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren. Durch diese Kooperationen ist es zum Beispiel möglich geworden, ungelernte Personen und auch EU-Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern Arbeit und auch betrieblichen Wohnraum zu vermitteln.

Vertrauensstelle pro liberis

Die Vertrauensstelle des Jugendhilfeträgers pro liberis gGmbH versteht sich als parteiliche Vertretung aller Teilnehmerinnen und Teilnehmern der erlaubnispflichtigen Angebote. Die Pädagoginnen und Pädagogen führen Vertrauensgespräche zu aktuellen Problemen der Klientinnen und Klienten, vermitteln in und unterstützen bei der Aufarbeitung von (gewaltvollen) Konflikten. Sie unterstützen bei der Partizipation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sind Teil der Beschwerdestelle und bearbeiten in diesen Konflikten mit den Betreuerinnen und Betreuer. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zwischen Klientinnen und Klienten und Vertrauensstelle wie Email, Telefon, vertrauliche Briefkästen oder direkte Ansprache. Die Fachkräfte der Vertrauensstelle unterstehen einer Schweigepflicht in dem Sinn, dass die gesagten Dinge zwischen der Vertrauensstelle und den Klientinnen und Klienten bleiben. Nur dann, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung sowie rechtliche Notwendigkeiten (hierbei insbesondere im Sinne des § 72 SGB VIII sowie des Strafgesetzbuches) bestehen, wird in Rücksprache mit den Betroffenen Kontakt mit den Gruppenleitungen aufgenommen. Durch ihre Unterstützung bei

Konflikten, persönlichen Herausforderungen und der Partizipation leisten sie einen Betrag zur Prävention und Intervention psychosozialer Krisen bei den Klientinnen und Klienten, welche durch ihre Vorerlebnisse und sozioökonomische Stellung bereits mit einem höheren Risiko für Krisen konfrontiert sind.

Seit 2023 ist die Vertrauensstelle auch für Problemlagen im Bereich Sucht neu aufgestellt. Es können sich sowohl die Klientinnen und Klienten als auch die Betreuerinnen und Betreuer an die Vertrauensstelle wenden, wenn konsumbezogene Problematiken auftreten. Durch die Implementierung von Suchthilfe in die Vertrauensstelle ist ein schneller Beziehungsaufbau und damit auch eine schnellere Intervention möglich. Das Angebot umfasst unter anderem Fachberatungen für die Kolleginnen und Kollegen, Informations-/Präventionsgespräche, psychosoziale Beratung, Harmreductiongespräche, Rückfallprophylaxe, Verweisberatung und Angehörigenberatung für die Klientinnen und Klienten. Durch die einfache Zugänglichkeit und Vertrautheit der Fachkräfte soll eine frühzeitige Adressierung von konsum-/substanzbezogenen Problematiken eine Chronifizierung dieser zu einer Suchterkrankung verhindern. Durch die frühzeitige Adressierung der Problematiken ist es möglich, die Kinder und Jugendlichen auch in herausfordernden Phasen länger im Angebot halten zu können und dadurch Stabilität und Verlässlichkeit bieten zu können, um die Entwicklung positiv zu beeinflussen. Dies führt wiederum zu einer Entlastung anderer Angebote des sozialpsychiatrischen Hilfesystems.

Aktuell erfolgt die Finanzierung des Angebotes aus Spenden und freien Mitteln des Trägers. Eine Gegenfinanzierung aus den regulären Entgelten könnte hier die Möglichkeit schaffen, das Angebot dauerhaft zu erhalten beziehungsweise sogar auszuweiten und zu verbessern.

Begegnungsstätte Propeller

Die Begegnungsstätte Propeller ist eine von der Stadt Oldenburg geförderte, niedrigschwellige Einrichtung der zentegra gGmbH. Sie bietet eine Anlaufstelle, Beratung und Gemeinschaft für Menschen mit psychischen Herausforderungen, es ist keine Diagnose oder therapeutische Vorerfahrung notwendig,

um an dem Angebot teilhaben zu können. Durch die eigene Betroffenheit einiger Haupt- und Ehrenamtlicher bietet sich die Möglichkeit einer Peerberatung. Der Propeller ist keine Suchtberatungsstelle, kommt jedoch mit dieser Problematik in Berührung.

Das Angebot umfasst unter anderem gemeinsame Koch- und Essensangebote, Kreativangebote (Schreiben, Handarbeiten und Musik), eine Angehörigengruppe und vieles anderes, um in Gemeinschaft aktiv zu werden. Aktuell wird ein Zusatzangebot für Kinder und Jugendliche vorbereitet.

Durch den Propeller wird ein Zielgruppenangebot geschaffen, das Gemeinschaft, Aufenthalt und Aktivität ermöglicht, ohne dem Konsum von Substanzen ausgesetzt zu sein, der teilweise parallel besteht. Da psychische Herausforderungen ein Risikofaktor für Konsumproblematiken sind, findet eine Verweisberatung statt, um möglichst früh die Möglichkeit zur Reflexion und Intervention schaffen zu können. Personen, die sich gerade in einer Krise befinden, können hier Entlastungsgespräche erhalten, auch wenn das Zentrum ihrer Krise aktuell suchtbezogen ist.

Ein Appell

Auch wenn die Sichtbarkeit niedrigschwelliger Hilfen häufig gering ist, leisten sie einen großen Beitrag zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Menschen in schweren Lebenslagen. Diese geringe Sichtbarkeit kann dazu führen, dass die Arbeit der dort Tätigen, die nötigen Mittel für den Betrieb und die Potenziale einer Erweiterung der Angebote unterschätzt werden. Wir alle sind in der Lage, unseren Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Lage niedrigschwelliger Hilfen zu leisten, im Großen und im Kleinen.

Kontakt:
Pro liberis gGmbH, Stedinger Straße 45 a, 26135 Oldenburg

Innovative Behandlungsmöglichkeiten für suchtkranke Kinder und Jugendliche in der Region Oldenburg

Dr. Angela Wenzel, Chefärztin der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik gGmbH

Die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik in Großenkneten-Ahlhorn hat im letzten Jahr umfassende Änderungen in ihrem Behandlungskonzept für suchtkranke Kinder und Jugendliche umgesetzt und ist nun als Fachklinik für pädiatrische suchtmedizinische Rehabilitation (Langzeitentwöhnungsbehandlung) gemäß § 15 a SGB VI anerkannt. Diese Neuerungen sind eine direkte Antwort auf die steigende Anzahl von Jugendlichen, die aufgrund von Substanzmissbrauch oder medienbezogenen Abhängigkeiten stationärer Behandlung bedürfen. Besonders in der Region Niedersachsen haben sich die Bedarfe durch veränderte Konsummuster und eine Zunahme komorbider psychischer Erkrankungen stark erhöht.

Verändertes Altersspektrum und spezifische therapeutische Angebote

Die Klinik erweitert ihr Behandlungsangebot nun auf 12- bis 18-jährige Patientinnen und Patienten mit der Möglichkeit, bei Entwicklungsverzögerungen eine Behandlung bis zum 21. Lebensjahr anzubieten. Dieser Schritt erlaubt es der Klinik, den jüngeren Patientinnen und Patienten früher und gezielter präventive sowie therapeutische Maßnahmen anzubieten, bevor sich die Suchterkrankung weiter verfestigt. Ein wesentliches Element des neuen Konzeptes ist dabei die altersdifferenzierte stationäre Trennung der Patientinnen und Patienten in drei Altersgruppen (12 bis 14 Jahre, 15 bis 17 Jahre und 18 bis 20 Jahre), die jeweils in gemischtgeschlechtlichen Gruppen behandelt werden.

Erweiterte Indikationen: Medienabhängigkeit und schädlicher Gebrauch

Neben substanzbezogenen Süchten wie Drogen- und Alkoholkonsum, wurden medienbezogene Süchte und schädlicher Gebrauch von Substanzen als neue Indikationsgruppen in das Konzept aufgenommen. Dies ist eine direkte Antwort auf die zunehmende Nutzung von digitalen Medien und die daraus resultierenden Abhängigkeiten bei Jugendlichen, die sich parallel zu substanzbezogenen Süchten entwickeln können. Durch diese Erweiterung ist die Klinik in

der Lage, einem breiteren Spektrum von Jugendlichen eine geeignete therapeutische Umgebung anzubieten.

Entwicklungspsychologische und systemische Therapieansätze

Die therapeutische Ausrichtung der Klinik orientiert sich an entwicklungspsychologischen Behandlungsansätzen, die schulenübergreifend sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische und systemische Elemente integrieren. Ein zentrales Merkmal ist der Einbezug des sozialen Umfelds der Patientinnen und Patienten – Familie, Freundeskreis und Schule spielen eine entscheidende Rolle im Genesungsprozess. Besonders bei den jüngeren Patientinnen und Patienten werden manualisierte, wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte angewandt, die auch die Nutzung digitaler Medien und familienorientierte Interventionen einbeziehen.

Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft und personelle Herausforderungen

Das neue Konzept betont die Bedeutung der therapeutischen Gemeinschaft, in der der Alltag – von den gemeinsamen Mahlzeiten bis zu den abendlichen Aktivitäten – therapeutisch begleitet wird. Diese intensive Betreuung, insbesondere für die jüngeren Patientinnen und Patienten, erfordert eine signifikante personelle Aufstockung. Hier wird die Klinik in den kommenden Monaten die Personalstruktur in Verhandlungen mit den Kostenträgern anpassen, um die Betreuung und Begleitung der Patientinnen und Patienten, insbesondere in den Abend- und Nachtstunden, zu gewährleisten.

Einbindung der Familien und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ein weiteres zentrales Element des neuen Konzeptes ist die verstärkte Einbindung der Familien in den Therapieprozess. Dies umfasst elternbegleitete Freizeitaktivitäten, edukative Gruppenangebote für Eltern (zum Beispiel zur Substanzlehre) sowie regelmäßige Bezugspersonengespräche. Perspektivisch plant die Klinik, auch innovative Ansätze wie Multi-Familientherapie anzubieten. Die enge Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie Kinder- und

Jugendpsychiatrien sowie der Jugendhilfe, wird als Schlüssel für die erfolgreiche Rehabilitation der jungen Patientinnen und Patienten gesehen.

Berufsorientierte und schulisch orientierte Rehabilitationspfade

Je nach Indikation werden die Patientinnen und Patienten entweder in eine schulisch orientierte Rehabilitation (SORA) oder eine berufsorientierte Rehabilitation (BORA) integriert. Während der schulpflichtige Anteil der Jugendlichen in den SORA-Pfad überführt wird, um die Wiedereingliederung in das Schulsystem zu ermöglichen, bietet der BORA-Pfad Jugendlichen eine Unterstützung beim Einstieg in Ausbildung oder Beruf.

Qualitätssicherung und Ausblick

Die Qualitätssicherung erfolgt durch die kontinuierliche Anpassung der Behandlungsstrukturen an die neuen Altersgruppen sowie durch regelmäßige Prüfungen durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die gesetzlichen Krankenkassen. Ziel der Klinik ist es, die Angebote stetig zu evaluieren und auszubauen, um den sich wandelnden Anforderungen der sozialpsychiatrischen Versorgung gerecht zu werden.

Die Versorgungslage in Niedersachsen und Oldenburg

In Niedersachsen leben rund 15 Millionen Kinder und Jugendliche, die für substanzbezogene Störungen bisher nur unzureichend spezialisierte Behandlungsangebote vorfinden. Bundesweit stehen für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen etwa 220 Betten in 20 Schwerpunktabteilungen zur Verfügung, während für Erwachsene rund 6.000 Plätze bereitgestellt werden. In Niedersachsen leben derzeitig circa 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche. Für sie stehen nur unzureichende Behandlungsangebote in der Region zur Verfügung. In der Kinderklinik Auf der Bult (Hannover) gibt es 18 stationäre Betten auf der Station Teen Spirit Island. In den kommenden Jahren sollen 10 weitere Betten für einen qualifizierten Entzug in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) Oldenburg geschaffen werden. Die Region Oldenburg ist besonders stark von langen, oftmals mehrmonatigen Wartezeiten auf einen Therapieplatz betroffen. Dies führt dazu, dass eine frühzeitige

Intervention häufig nicht möglich ist und sich Suchterkrankungen verschlimmern oder chronifizieren können.

Die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik trägt mit ihrer Spezialisierung auf jüngere Patientinnen und Patienten dazu bei, eine Versorgungslücke in der Region zu schließen. Mit der Erweiterung des Altersbereichs von 12 bis 18 (21) Jahren und der Indikationserweiterung auf medienbezogene Störungen, wird ein großer Schritt unternommen, um den Bedarf an qualifizierter Behandlung für diese gefährdete Altersgruppe zu decken. Es handelt sich deutschlandweit um die erste kinder- und jugendpsychiatrisch geleitet Klinik, die als Kinderrehabilitation anerkannt wurde.

Wichtigkeit der Behandlung für die Region

Die steigenden Zahlen von Jugendlichen mit Suchterkrankungen, insbesondere durch den Missbrauch von Cannabis und anderen Substanzen, erfordern spezialisierte therapeutische Angebote, die sowohl suchtmedizinische als auch psychosoziale Komponenten berücksichtigen. Oldenburg gehört zu den Regionen, in denen die Nachfrage nach solchen Angeboten besonders hoch ist, da bestehende Kliniken nicht ausreichend Kapazitäten bereitstellen können.

Die Erweiterung des Behandlungsangebots in der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik bedeutet nicht nur eine Verbesserung der Versorgung für suchtkranke Jugendliche, sondern entlastet auch andere Institutionen wie die umliegenden Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Region, in denen die stationäre Behandlung bis dato lediglich für kurze Zeit auf den ohnehin überlasteten Akutstationen möglich ist. Die Klinik plant, eng mit regionalen Partnern zusammenzuarbeiten, um eine nahtlose Versorgung von der Entgiftung über die Rehabilitation bis hin zur Wiedereingliederung in den Schul- oder Arbeitsalltag zu gewährleisten.

Anpassung an regionale Anforderungen und Bedarfe

Die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik legt einen starken Fokus auf die Individualisierung der Behandlungsangebote. Für die Region Oldenburg ist dies von besonderer Bedeutung, da hier eine signifikante Anzahl an Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen lebt, die häufig auch unter sozialen und psychischen Problemen leiden. Durch die Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds, die Einführung von telemedizinischen Angeboten sowie die Nutzung digitaler Medien in der Therapie, können passgenaue Lösungen entwickelt werden, um diese Jugendlichen nachhaltig zu unterstützen. Ab 2025 wird es für Kinder und Jugendliche aus der Region auch die Möglichkeit geben, das Behandlungsangebot ganztägig ambulant (tagesklinisch) wahrzunehmen.

Zukunftsperspektive und gesellschaftliche Bedeutung

Neben der unmittelbaren Versorgung suchtkranker Kinder und Jugendlicher trägt das neue Behandlungskonzept auch langfristig zur Verbesserung der sozialen und psychischen Stabilität dieser jungen Menschen bei. Langfristig gesehen kann die frühe Intervention und Behandlung durch spezialisierte Kliniken wie die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik dazu beitragen, die gesamtgesellschaftlichen Kosten, die durch unbehandelte Suchterkrankungen entstehen, zu senken.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass solche spezialisierten Angebote in der Region Oldenburg bestehenbleiben und ausgebaut werden. Insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie bieten sich hier viele Möglichkeiten zur Optimierung und Verbesserung der Versorgung.

Die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik steht trotz des nun anerkannten pädiatrischen Konzeptes weiterhin vor Herausforderungen einer auskömmlichen Finanzierung und befindet sich in laufender Insolvenz, vor dem Hintergrund unzureichender Budgetierungen eines derartigen Behandlungsangebotes. Festzustellen ist: suchtkranke Jugendliche sehen unsere Sozialsysteme nicht vor. Die

Rentenversicherung kennt keine adäquate Finanzierung, denn Leistungsansprüche wurden von Jugendlichen zumeist noch nicht erworben. Mit den Sätzen der sogenannten „Kinderrehabilitation“ (die inzwischen seitens der Deutschen Rentenversicherung für suchtkranke Kinder und Jugendliche vorgesehen wird[3]) ist eine suffiziente Suchtbehandlung nicht leistbar. Die Krankenkassen sehen sich nur bedingt für Langzeittherapien in der Verantwortung. Die Jugendhilfe, nach SGB IX originärer Rehabilitationsträger, sieht sich für medizinische Probleme nicht verantwortlich. Mischmodelle scheiterten bisher an unterschiedlichen Bewilligungs- und Qualitätssicherungsvorgaben. Hier ist eine gesetzliche Regelung zum Ausbau der Kapazitäten und zur Klärung der Finanzierung und vorab der sozialrechtlichen Zuständigkeiten dringend erforderlich – unter Berücksichtigung jugendspezifischer Anforderungen, das heißt von Bildung, Pädagogik mit Entwicklungsanreizen aber auch notwendiger Begrenzung und Aufsicht.

Nach Redaktionsschluss erreichte uns die sehr erfreuliche Nachricht, dass die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik zum 1. November 2024 von der diakonischen Leinerstift-Gruppe übernommen wird. Der Name der Klinik wird nicht geändert. Zudem plant die Leinerstift-Gruppe die Einrichtung zu sanieren, sowie die Bettenanzahl und das Personal aufzustocken.

Kontakt:
Dr. Angela Wenzel, Dietrich-Bonhoeffer-Klinik gGmbH,
Dr.-Eckener Straße 1 – 5, 26197 Großenkneten-Ahlhorn
Telefon: 04435 9314-0
E-Mail: dbk@diakonie-ol.de
https://www.dietrich-bonhoeffer-klinik.de/

3 für Kinder und Jugendliche ohne eigene Versicherungszeiten gem. SGB VI § 15a; Fachabteilungsschlüssel (FAS) 1030; bisher ohne einheitliche Strukturanforderungen und Qualitätsanforderungen – diese existieren auch nicht für den FAS 1040 für die jugendpsychiatrische Rehabilitation; in der Praxis findet suchtmedizinische Rehabilitation von Kindern oft gemeinsam mit Erwachsenen statt.

Interview mit David Köster – Leiter der Trauma-Ambulanz für Kinder- und Jugendliche am Klinikum Oldenburg

Elisabeth Janssen Sozialpsychiatrischer Dienst Stadt Oldenburg / David Köster, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Stadt Oldenburg

Das folgende Interview ist eine geglätte Version des Gesagten und wurde in Absprache mit Herrn Köster für den Abdruck freigegeben.

Elisabeth Janssen: Hallo erstmal Herr Köster, lassen Sie uns ganz locker starten. Vielleicht mögen Sie sich erstmal kurz vorstellen und etwas zu Ihrer Person erzählen?

David Köster: Nach meinem Studium der Sozialpädagogik und Sozialen Arbeit habe ich 2002 in der stationären Jugendhilfe angefangen. Dort arbeitete ich hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen im postpsychiatrischen Bereich. Ich habe dann früh entschieden, auch noch die psychotherapeutische Weiterbildung zu machen. Nach entsprechenden Ausbildungswegen über Wolfsburg und Hannover bin ich nun seit 2013 als Kinder- und Jugendpsychotherapeut in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Oldenburg tätig. Im Jahr 2020 übernahm ich sukzessiv mehr Leitungsaufgaben und bin nun seit circa zwei Jahren leitender Psychotherapeut des Hauses. Aktuell bin ich primär für die Institutsambulanz, damit auch für die Trauma-Ambulanz als Spezialambulanz, sowie für die Tagesklinik für Jugendliche zuständig.

Elisabeth Janssen: Okay, interessant.

David Köster: Ich bin Verhaltenstherapeut und in den vergangenen Jahren hier am Klinikum habe ich, außer im Akutbereich, eigentlich in jedem Bereich gearbeitet –- von der Ambulanz bis zum stationären Bereich.

Elisabeth Janssen: Und jetzt – neuerdings – gibt es die Kinder und Jugendlichen Trauma-Ambulanz?

David Köster: Ja, genau. Wobei ich nicht generell von einer neuen Trauma-Ambulanz sprechen möchte. In früheren Jahren war die Trauma-Ambulanz eng mit unserer damaligen Chefärztin Frau Dr. Paul verbunden.

Elisabeth Janssen: Ach so, hm.

David Köster: 2022 habe ich meine eigene Trauma-Fortbildung bei Herrn Kuznik in Hannover begonnen. Etwa zur selben Zeit entstand die Idee, das Thema „Trauma-Ambulanz“ aktiver zu gestalten. Wir haben im Herbst letzten Jahres begonnen, ein eigenes Konzept zu entwickeln, um die Trauma-Ambulanz zu reaktivieren. Unser Ziel war es, ein verlässliches Behandlungsangebot im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich aufzubauen. Hierzu erfolgte auch der Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen des „Trauma-Netzwerk Niedersachsen“. Obwohl wir zu Beginn unserer Arbeit noch nicht das volle Spektrum abdecken konnten, war es wichtig, ein „Startkonzept“ zu entwickeln, um erstmal anfangen zu können.

Elisabeth Janssen: Haben Sie zu dem Startkonzept ein paar Informationen, was Sie sich vorgenommen haben?

David Köster: Wir haben mit einem vierköpfigen Team begonnen, bestehend aus zwei Psychologinnen, einer Sozialarbeiterin und meiner Person. Wir haben uns vorgenommen, bei akuter Nachfrage innerhalb weniger Werktage Neuvorstellungstermine anbieten zu können. Dabei orientieren wir uns am Sozialen Entschädigungsrecht nach SGB XIV. Es ist uns wichtig, Kindern und Jugendlichen, aber auch ihren Familien oder Bezugspersonen, schnelle Hilfen anzubieten. Meine Kollegin Frau Rozanov und ich bieten wöchentliche Akutvorstellungstermine an, bei denen wir neben einer Beratung vor allem auch eine valide traumaspezifische Diagnostik und Termine zur weiteren Stabilisierung durchführen. Die Behandlung in der Trauma-Ambulanz erfolgt derzeit noch über reguläre Überweisungen, beispielsweise durch den Kinder- oder Hausarzt.

Elisabeth Janssen: Zum Thema Ressourcen habe ich das richtig verstanden, dass Sie aktuell also zu viert tätig sind in der Trauma-Ambulanz?

David Köster: Ja genau. Wir sind ein vierköpfiges Team, das neben anderen Tätigkeitsfeldern einen Schwerpunkt auf die Trauma-Ambulanz gesetzt hat. Die Erstkontakte der Patientinnen und Patienten sind dabei auf zwei Personen aufgeteilt, die neben der Fallvorstellung auch das weitere Fallmanagement

übernehmen. Eine weitere Kollegin hat sich in unserem Haus auf die primäre traumaspezifische Testdiagnostik spezialisiert. Des Weiteren haben wir eine Kollegin aus dem Sozialdienst mit traumapädagogischer Weiterbildung, die ebenfalls zur Beratung hinzugezogen werden kann. Wöchentlich stimmen wir in Fallbesprechungen das weitere Vorgehen in den Fällen, die in der Trauma-Ambulanz vorgestellt wurden oder bei denen ein Bedarf festgestellt wird, ab. Mittlerweile kontaktieren uns auch vermehrt Familien, Kolleginnen und Kollegen oder Institutionen, um einen Fall in der Spezialambulanz vorzustellen.

Elisabeth Janssen: Ist so auch der Bedarf für die Trauma-Ambulanz entstanden?

David Köster: Ja, definitiv. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Thema Trauma allgegenwärtig und es gibt noch immer zu wenig Unterstützung bei parallel hohem Bedarf. Familien berichten oft, dass es zu lange braucht, bis sie eine therapeutische Anbindung finden oder dass Diagnostiken und weiterführende Behandlungen nicht stattfinden. Zum Glück hat sich auch vor einigen Jahren die Gesetzeslage geändert, sodass Psychotherapien bei medizinisch und psychologisch indiziertem Bedarf früher begonnen werden können, selbst wenn Strafverfahren noch nicht abgeschlossen sind. Erst im Juli sprach ich mit einer Kollegin, die sich positiv überrascht zeigte, dass man die Strafprozesse nicht mehr vollständig abwarten muss, ehe eine Therapie begonnen werden kann. Denn bedenkt man, wieviel Zeit ein Strafprozess in Anspruch nimmt, dann ist es für mich richtig, dass Menschen, die Opfer von Gewalt geworden sind, bereits vorher die Möglichkeit erhalten an dieser Situation arbeiten zu können.

Diagnostik ist in der Behandlungsplanung ein wichtiger Baustein, denn nicht alle Menschen, die etwas Schlimmes erleben mussten, sind automatisch von Traumafolgestörungen betroffen. Weitere Institutionen machen da bereits eine gute Arbeit und klären über mögliche nächste Schritte auf – stellt man zum Beispiel eine Anzeige oder nicht. Wir versuchen in unserer Pro- und Contra-Arbeit die Optionen aufzuzeigen. Die Entscheidung im weiteren Vorgehen liegt dann bei den Betroffenen und ihren Angehörigen. Gerade bei Kindern und

Jugendlichen finde ich es auch ganz wichtig darauf hinzuweisen, dass sie noch viele Jahre Zeit haben, eine Straftat auch zur Anzeige zu bringen, denn die Verjährungsfrist beginnt erst mit der Volljährigkeit. Gerade Jugendliche werden dadurch doch etwas entlastet, da sie dann nicht den Entscheidungsdruck haben, unmittelbar eine Anzeige zu erstatten. Besonders, wenn es spezielle Loyalitätskonflikte in der Familie gibt oder die Eltern eine Anzeige wünschen, die Kinder aber noch nicht. Dann ist das Wissen, dass man auch später eine Strafanzeige stellen kann, entlastend.

Elisabeth Janssen: Wie alt sind Ihre Patienten und Patientinnen denn so im Durchschnitt?

David Köster: Wir behandeln in der Institutsambulanz Kinder und Jugendliche in der Regel ab Vollendung des 6. Lebensjahres bis zur Beendigung des 18. Lebensjahres. Für die Trauma-Ambulanz gilt die untere Altersgrenze so jedoch nicht. In der Altersgrenze nach oben müssen wir aktuell leider strenger sein. Wenn wir jedoch eine Person haben, die während des Behandlungsverlaufs 18 Jahre alt wird, ist das kein Problem.

Elisabeth Janssen: Welche Vorteile sehen Sie denn im Vergleich zur bisherigen Institutsambulanz?

David Köster: Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass ich von Beginn meiner psychotherapeutischen Tätigkeit an einen besonderen Respekt vor der Arbeit mit traumatisierten Menschen hatte und immer noch habe. Es hat zehn Jahre nach meiner Approbation gedauert, bis ich mich für eine traumaspezifische Ausbildung entschieden habe. Ein Vorteil ist sicherlich, dass die Kolleg:-innen sich ganz bewusst für die Arbeit mit traumatisierten Menschen entschieden haben. Durch spezifische Fortbildungen, traumaspezifische Fallbesprechungen und Supervision bringen Kolleginnen und Kollegen hier eine besondere Erfahrung und Fachlichkeit mit, die von der bewussten Entscheidung unterstrichen wird, mit dieser Patientengruppe zu arbeiten und nicht nur „zufällig“ in Berührung mit dem Thema „Trauma“ zu kommen. Die daraus

resultierende Handlungssicherheit kommt den Patientinnen und Patienten und ihren Familien direkt zu Gute.

Zudem erhalten Betroffene in unserer spezialisierten Ambulanz zügiger einen Termin. Während wir in der Institutsambulanz bei Neuvorstellungen regulär eine Wartezeit von drei bis vier Monaten haben, beträgt die Wartezeit in der Trauma-Ambulanz zwei bis drei Wochen. In akuten Fällen bieten wir innerhalb von fünf bis zehn Werktagen einen Termin an.

Elisabeth Janssen: Das klingt sportlich.

David Köster: Ja, aktuell schaffen wir es so, kurzfristige Termine für Neuvorstellungen anzubieten.

Elisabeth Janssen: Wie verläuft denn eigentlich so eine Vorstellung bei Ihnen in der Trauma-Ambulanz?

David Köster: In der Regel melden sich die Eltern und beschreiben die Symptomatik ihres Kindes. Im Rahmen der Neuvorstellungsplanung wird mit Hilfe eines Kurzscreeningbogen die zugrundeliegende Symptomatik exploriert. Zum einen, um bereits erste Informationen für die Vorstellung zu sammeln, aber auch um entscheiden zu können, ob es ein Fall für die reguläre Institutsambulanz oder für unsere spezialisierte Trauma-Ambulanz ist.

Bei der Neuvorstellung sprechen wir gemeinsam mit den Eltern und Kindern, bei Bedarf auch getrennt. Zum Ende des Gespräches entscheiden wir mit der Familie das weitere Procedere, etwa ob wir eine ambulante Diagnostik beginnen. Der diagnostische Prozess umfasst mehrere Termine, sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Bezugssystem. Am Ende der Diagnostik besprechen wir die Ergebnisse und planen das weitere Vorgehen.

Im Rahmen unserer wöchentlichen Fallbesprechungen betrachten wir jeden Fall zu individuellen Zeitpunkten im Diagnostikverlauf ganz genau. Hier wird beispielsweise entschieden, ob die bisherigen Schritte ausreichend sind oder der Prozess erweitert wird. Bei Bedarf wird die Kollegin aus dem Sozialdienst

für die Familie hinzugezogen, um beispielsweise über ambulante Jugendhilfsmaßnahmen zu beraten. Zudem nimmt unsere Klinikdirektorin wiederkehrend an den Fallbesprechungen teil.

Der gesamte Diagnostikprozess in unserer Trauma-Ambulanz erstreckt sich über einen Zeitraum von drei bis fünf Monaten. In dieser Zeit bieten wir natürlich auch Stabilisierungstermine an.

Ein besonderes Thema ist der Bereich Kindeswohlgefährdung, wenn beispielsweise weiterhin Kontakt zum Täter oder Täterin besteht oder die Patientinnen und Patienten in einer akut gefährdenden Situation leben. Hier greifen wir auf interne Prozesse zurück, die kurzfristig aktiviert werden können, um über ein weiteres Vorgehen entscheiden zu können. Gerade im ambulanten Bereich ist es notwendig, schnelle Entscheidungen treffen zu können.

Elisabeth Janssen: Dann heißt es, auch akut entscheiden zu müssen, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt?

David Köster: Genau, um dann auch weitere Schritte, bis hin zur Einbeziehung des zuständigen Jugendamtes gehen zu können.

Elisabeth Janssen: Das würde mich zu der Frage bringen, wie Sie damit umgehen, wenn Sie minderjährige Patienten und Patientinnen haben, die nicht möchten, dass ihre Eltern von der Therapie wissen oder nicht wünschen, dass ihre Eltern über die Vorstellung informiert werden? Zum Beispiel, weil es innerhalb der Familie Gründe gibt für eine Vorstellung bei Ihnen.

David Köster: Das ist ein großes Thema. Die Rahmenbedingungen in unserer Institutsambulanz sind etwas anders als bei der niedergelassenen psychiatrischen Versorgung. Mit Vollendung des 15. Lebensjahres können sich Patientinnen und Patienten bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen melden und auch ohne Zustimmung ihrer Eltern eine Therapie beginnen. Bei uns hingegen erfolgt die Neuvorstellung immer in Begleitung einer sorgeberechtigten Person. Es kann herausfordernd sein, über Themen zu sprechen, die Patientinnen und Patienten oder Eltern jeweils nicht vor dem anderen ansprechen mögen. Deshalb führen wir immer getrennte Gespräche ohne Eltern mit den

Kindern und Jugendlichen. Den Wunsch der Patientinnen und Patienten nehmen wir sehr ernst. Wir unterliegen zu allen Gesprächsinhalten der Schweigepflicht, welche lediglich dann ausgesetzt wird, wenn eine massive Eigen- oder Fremdgefährdung, beispielsweise im Sinne einer Suizidalität oder durch weiterbestehenden Täterkontakt vorliegt. Im letzteren Fall prüfen wir, inwiefern wir das zuständige Jugendamt hinzuziehen müssen.

Beispielsweise kann die Behandlung mit Hilfe der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie beinhalten, dass im Verlauf der Behandlung das Erlebte den Eltern erzählt wird. In solchen Fällen ist es unsere Aufgabe, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten in den Dialog zu gehen, ob beziehungsweise in welchem Rahmen sie sich diesen Schritt vorstellen können oder auch nicht.

Elisabeth Janssen: Können Sie das einmal kurz erklären?

David Köster: Also die Arbeit ist verhaltenstherapeutisch fundiert, wie man aus dem Namen ableiten kann. Am Anfang steht eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, gefolgt von einer Psychoedukation zum Thema Traumata, einschließlich der Entstehung und bisherigen Verarbeitung. Im Rahmen der Psychoedukation würde auch eine Aufklärung über den Ablauf der Traumatherapie erfolgen. So können Patientinnen und Patienten fundiert entscheiden. Ebenso wie der Patient oder die Patientin sich für oder gegen eine Therapie entscheidet, gibt es auch aus fachlicher Sicht Gründe, weshalb eine Therapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend ist. Gründe können beispielsweise anhaltende suizidale Tendenzen, ein bestehender Täterkontakt oder auch der fehlende stabile Lebensmittelpunkt sein. Wenn sich der Patient oder die Patientin für die Behandlung entscheiden, arbeiten wir zunächst an der Affektregulation sowie -benennung und führen Entspannungs- und Stabilisierungsübungen ein. Erst wenn hier eine ausreichende Sicherheit erreicht ist, beginnt die Traumaexposition im Rahmen der Narrativarbeit. Dabei erstellen wir eine Traumalandkarte, in die sowohl positive als auch negative Erlebnisse eingetragen werden. Das traumatische Ereignis wird miterfasst, was bereits ein erster Schritt der Exposition ist. Im Weiteren erstellen die Patientinnen und Patienten

ein Narrativ zum traumatischen Ereignis. Dies wird von den Patientinnen und Patienten mit Details wie Gefühlen, Gedanken oder Verhaltensweisen angereichert. Hier setzt sich die Exposition durch konkretes Hinterfragen und dem in der Situation bleiben fort. Nun wird die Geschichte schrittweise bis zu sogenannten „Hotspots“ vorgelesen. Hierbei wird immer wieder darauf geachtet, welche Gefühle, Gedanken und Körperreaktionen entstehen und wie hoch die damit verbundene innere Anspannung ist. Ziel der Exposition ist die Habituation, sodass die Patientinnen und Patienten die Geschichte schließlich ohne Anspannung, Gefühlsüberflutung oder anderen Symptomen vorlesen können.

Elisabeth Janssen: Ein tolles Verfahren.

David Köster: Bei multiplen Traumata schreibt man eine Geschichte zum ersten, schlimmsten und letzten Mal. So müssen bei langjährigen Missbrauchserfahrung nicht alle Situationen beschrieben werden, sondern nur diese ausgewählten, die dann auf andere Fälle übertragbar sind. Das Ziel der Traumatherapie ist nicht, dass das Trauma verschwindet – das ist leider nicht möglich, wir löschen keine Gedächtnisse. Vielmehr sollen die Patientinnen und Patienten lernen, das Erlebte zu verarbeiten, um die damit verbundenen Belastungen und Einschränkungen zu reduzieren.

Elisabeth Janssen: Ich finde das ganz spannend, mir ist das neu gewesen. Diese Sensibilisierung für bestimmte Therapieformen und dazugehörige Einstellungen sind sicherlich auch für viele Leser und Leserinnen dieses Sozialpsychiatrischen Plans interessant und möglicherweise auch je nach Bedarf übertragbar.

David Köster: Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie ist ein gut evaluiertes Verfahren, das leitlinienorientiert als Therapieform der Wahl angesehen werden kann.

Elisabeth Janssen: Das wäre auch noch eine weitere Frage: Wie geht es weiter, wenn die Patienten und Patientinnen hier die Ambulanz verlassen?

David Köster: Aktuell verfügen wir über keine ambulanten Therapieplätze, daher empfehlen wir den Patientinnen und Patienten und ihren Familien schon

frühzeitig, sich um einen möglichst wohnortnahen anschließenden Behandlungsplatz zu kümmern, falls eine weitere Behandlung indiziert ist.

Elisabeth Janssen: Haben Sie aktuell eine Zahl wie hoch die Therapiekapazitäten sind?

David Köster: Im stationären und teilstationären Bereich, haben wir über eine Warteliste die Möglichkeit elektiver Aufnahmen. Wie die Kapazitäten bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aussehen, kann ich Ihnen nicht sagen. Einer der nächsten Schritte ist sicherlich, den Austausch und die Vernetzung zu verbessern. Meines Wissens gibt es in Oldenburg noch kein „Trauma-Netzwerk“. Aber es wäre schön, wenn wir dahinkämen.

Elisabeth Janssen: Ist das Konzept der Trauma-Ambulanz also noch ganz neu in Oldenburg?

David Köster: Mit der aktuellen Trauma-Ambulanz haben wir Anfang des Jahres begonnen. Konzeptionell haben wir die ursprüngliche Trauma-Ambulanz erweitert, sowohl in Bezug auf das Leistungsspektrum als auch auf die personelle Ausstattung. Insofern würde ich sagen, dass wir mit einem neuen Konzept gestartet sind.

Elisabeth Janssen: Wenn Sie sich diese Entwicklung seit Januar angucken: Wo sehen Sie perspektivisch noch Bedarf für Traumapatienten und Patientinnen in der regionalen Psychiatrielandschaft?

David Köster: Ich denke, dass weiterhin ein Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen im Kinder- und Jugendbereich besteht. Es ist leider weiterhin so, dass lediglich etwa 30 Prozent der Kinder mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) eine traumafokussierte Psychotherapie erhalten. Es gibt in Oldenburg viel Expertise, sodass wir von einer erweiterten Kooperation und dem damit verbundenen fachlichen Austausch nur profitieren könnten. Für unsere Arbeit in der Klinik würde ich mir wünschen, den Bereich der Trauma-Ambulanz noch weiter auszubauen.

Elisabeth Janssen: Ich stelle mir das auch sehr anspruchsvoll vor, für sich selbst als Professionelle oder Professionellen einerseits empathisch mitschwingen zu können für eine authentische Beziehungsarbeit und andererseits klare Grenzen für sich selbst zu setzen.

David Köster: In Bezug auf die Psychohygiene ist ein wichtiger Teil der Arbeit neben der regelmäßigen Supervision und dem Austausch mit Kolleginnen und Kollegen auch die individuelle Selbstfürsorge. Es ist wichtig, sich von der Arbeit und damit auch von den Themen und Fällen abgrenzen zu können.

Elisabeth Janssen: Ich hätte damit alle Fragen gestellt.

David Köster: (lacht) Gut. Ich hoffe alles ausreichend beantwortet zu haben.

Elisabeth Janssen: (lacht) Absolut, vielen Dank – es war sehr spannend zuzuhören, vielen Dank Herr Köster.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

2. Schwerpunktthema „Bedarfsplanung“

Einführung zum Schwerpunktthema „Bedarfsplanung“

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

Seit dem letzten Sozialpsychiatrischen Forum, dem jährlichen Gesamttreffen des Sozialpsychiatrischen Verbundes im Februar 2024, lautet das neue Schwerpunktthema für die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund und für die weitere Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes: „Bedarfsplanung“.

Während Sie ab Seite 109 die Empfehlungen zum letzten Schwerpunktthema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“ lesen können, finden Sie in diesem Abschnitt der Ihnen vorliegenden Veröffentlichung diese Einführung und erste Artikel zum Thema. Direkt zum Thema Planung von Bedarfen durften wir mit freundlicher Genehmigung der Autoren und der NST-Nachrichten (die Verbandszeitschrift des Niedersächsischen Städtetages) einen Artikel abdrucken, dem Sie die wichtigsten Fakten zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen entnehmen können. Außerdem können Sie in drei weiteren Artikeln Hinweise auf Bedarfe lesen, die verschiedenen Autorinnen und Autoren aufgefallen sind. Diese Texte sollen die Grundlage für die weitere Arbeit an diesem neuen Schwerpunktthema in den Arbeitskreisen des Verbundes und im Sozialpsychiatrischen Forum bilden. Die gemeinsame Arbeit an diesem Thema wird dann zu Empfehlungen führen, die in der nächsten Ausgabe des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2025 veröffentlicht werden.

Das Thema „Bedarfsplanung“ schließt direkt am vorhergehenden Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung an“. Wenn wir in der praktischen Arbeit vor Ort feststellen, dass es nicht oder nur unzureichend gedeckte Bedarfe gibt, dann ist es notwendig, dass wir wissen, welche Institutionen, Strukturen oder Netzwerke zuständig beziehungsweise ansprechbar sind, um die Lücken zu schließen. Daher haben wir auch zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung angesprochen, um besser zu verstehen, wie die Anzahl und regionale Verteilung von „Kassenarztsitzen“ überhaupt geplant werden. Von Interesse werden unter anderem aber auch die

Krankenhausbetten- und Heimplatzplanungen sein. Viele Entscheidungen werden nicht von den Kommunen oder den Leistungsanbietern selbst getroffen. Und wenn wir vor Ort Bedarfe feststellen, ist es hilfreich, zu verstehen, wie Bedarfe an anderer Stelle geplant werden, um besser gegenüber Entscheidungstragenden die von uns festgestellten Bedarfe argumentieren zu können.

Wir hoffen, dass Sie einen guten Einstieg ins Thema finden und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg,
Telefon 0441 235-8662, E-Mail: fd324@stadt-oldenburg.de

Niederlassen in Niedersachsen. Ein Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Thorsten Schmidt und Dr. Eva Onnasch

NST-Nachrichten 3/2023 (S. 14-17)

https://www.nst.de/Aktuelles/NST-Nachrichten

Mit freundlicher Genehmigung des Niedersächsischen Städtetages

I. Einführung

Die Niederlassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten hängen in Deutschland entscheidend von der Bedarfsplanung ab. Diese ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Durch die Bedarfsplanung findet eine Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten im gesamten Bundesgebiet statt. Die Grundidee ist die Neuzulassungen von Ärzten zu begrenzen, wenn in einem fraglichen Gebiet eine festgelegte Relation von Anzahl der Ärzte im Verhältnis zu der Bevölkerungszahl überschritten wird[4]. Die bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung werden gemäß § 101 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)[5] in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt und fortlaufend angepasst. Zuletzt wurde die Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2019 umfassend überarbeitet.

Thorsten Schmidt, stellv. Vorstandsvorsitzender, und **Dr. Eva Onnasch**, stv. Unternehmensbereichsleiterin Vertragsärztliche Versorgung

Die Verhältniszahlen sind in der Bedarfsplanung das zentrale Steuerungselement. Sie beschreiben das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – für die jeweilige Arztgruppe[6]. Die Verhältniszahlen wurden vom Gesetzgeber bei der Einführung der Bedarfsplanung auf Grundlage eines historischen Stichtags festgelegt, zu dem

[4] Vgl. Schroeder-Printzen in: Ratzel/Lusenburger, Handbuch Medizinrecht, 4. A. 2021, Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

[5] Der G-BA ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. In dem Gremium arbeiten Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, Krankenhäusern und KVen sowie 3 unparteiische Mitglieder zusammen. Nähere Informationen dazu: https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/.

[6] Siehe dazu ausführlich: KBV, Die Bedarfsplanung, S. 6 ff.

das Versorgungsniveau als angemessen bewertet wurde. Für die meisten Arztgruppen ist dies der Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für die jeweilige Gruppe[7]. Seit der Bedarfsplanungsreform 2019 werden diese Verhältniszahlen nun alle zwei Jahre aufgrund der demografischen Entwicklung angepasst. Darüber hinaus wird das Versorgungsniveau pro Planungsbereich kontinuierlich anhand der jeweils aktuellen Einwohnerzahl fortgeschrieben und an die regionale Morbiditätsstruktur mittels Korrekturfaktoren angepasst[8].

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie gibt mit ihren verbindlichen Regelungen den bundesweiten Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vor.

Neben dem G-BA als Akteur in der Bedarfsplanung bilden die Kassenärztlichen Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen für den Bereich jedes Bundeslandes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V). Sowohl die oberste Landesbehörde als auch Patientenvertreter haben in diesem Gremium ein Mitberatungsrecht. Die Landesausschüsse treffen auf der Grundlage des regionalen Bedarfsplans Feststellungen zur Unter- und Überversorgung und ordnen im Fall von Überversorgung Zulassungsbeschränkungen an. Zweimal jährlich beschließt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Fortschreibung des Bedarfsplans, um diesen an die aktuellen Entwicklungen anzupassen. Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen erstellen die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen einen regionalen Bedarfsplan, der die aktuelle Versorgungssituation beschreibt, analysiert und die Umsetzung der bundesweiten Vorgaben dokumentiert (§ 99 SGB V).

[7] KBV, a. a. O.
[8] KBV, a. a. O.

II. Planungssystematik

Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind vier verschiedene Versorgungsebenen zu unterscheiden:

- die hausärztliche Versorgung,
- die allgemeine fachärztliche Versorgung,
- die spezialisierte fachärztliche Versorgung,
- gesonderte fachärztliche Versorgung.

Entsprechend zu diesen Versorgungsebenen sind vier unterschiedliche räumliche Bezugsgrößen festgelegt. Die Planungssystematik folgt dabei dem Grundsatz, dass grundlegende ärztliche Leistungen in möglichst kleinen/kleineren Bezugsräumen (sogenannten Planungsbereichen) geplant werden, damit eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet ist. Je spezieller die ärztliche Leistung ist, desto größer wird der Planungsbereich. Das bedeutet daher auch, dass per se Patientinnen und Patienten längere Fahrwege zuzumuten sind. Die Planungsbereiche sind dabei nach Definitionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) benannt. Die Planung orientiert sich daher immer an einem Planungsbereich und erfolgt nicht für einzelne Orte getrennt. Jede Arztgruppe ist dabei einer der vier Versorgungsebenen zugeordnet.

III. Versorgungsgrade[9]

Pro Versorgungsebene wird für jeden Planungsbereich der jeweilige Versorgungsgrad ermittelt. Dabei wird das Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem Soll-Niveau der Verhältniszahl verglichen. Der Versorgungsgrad wird in Prozent ausgedrückt und genutzt, um die Versorgung in einer Region zu bewerten.

Versorgungsebene	Arztgruppen der Versorgungsebene	Planungsbereich
Hausärztliche Versorgung	Hausärzte	Mittelbereich*
Allgemeine fachärztliche Versorgung	Augenärzte Chirurgen und Orthopäden Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Kinderärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Urologen	Landkreise, kreisfreie Stadt oder Kreisregion
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	Raumordnungsregion
Gesonderte fachärztliche Versorgung	PRM-Mediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner	Bezirk der KV=Niedersachsen

* In Niedersachsen wird der Mittelbereich Hausärztlicher Planungsbereich genannt

Der ermittelte Versorgungsgrad ist Grundlage dafür, ob in einem Planungsbereich noch Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte bestehen (offener Planungsbereich) oder nicht (gesperrter Planungsbereich).

Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 110 Prozent, spricht man von einem offenen Planungsbereich. In diesen Planungsbereichen können sich neue Ärztinnen und Ärzte niederlassen. Dagegen wird ein Planungsbereich für weitere Niederlassungen gesperrt, wenn das Soll-Versorgungsniveau um mindestens zehn Prozent überschritten wurde, das heißt, der Versorgungsgrad 110 Prozent oder höher ist (§ 101 SGB V). Zusätzliche Zulassungen sind dann nur unter besonderen Voraussetzungen möglich – zum Beispiel als Sonderbedarfszulassung, im Jobsharing oder im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren. Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 gelten bei der Nachbesetzung von bestehenden Praxen zusätzliche

[9] KBV, a. a. O.

Regelungen. So soll der Zulassungsausschuss bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent oder höher eine Praxisnachbesetzung ablehnen, falls die Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und die im Paragrafen 103 Absatz 3 a SGB V genannten Privilegierungstatbestände (Verwandter oder Praxispartner des Arztes etc.) nicht zum Tragen kommen. Die KV hat in diesem Falle jenen Vertragsarzt für seinen Sitz zu entschädigen. Ist ein Planungsbereich gesperrt, gilt er damit gleichzeitig als überversorgt.

Darüber hinaus zeigt der Versorgungsgrad den Versorgungszustand innerhalb eines Planungsbereiches an. Und zwar nicht nur im Hinblick auf eine mögliche Überversorgung, sondern auch im Hinblick auf eine Unterversorgung. Eine Unterversorgung ist bei Hausärzten dann anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 Prozent liegt. Bei den Fachärzten besteht eine Unterversorgung, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 50 Prozent fällt.

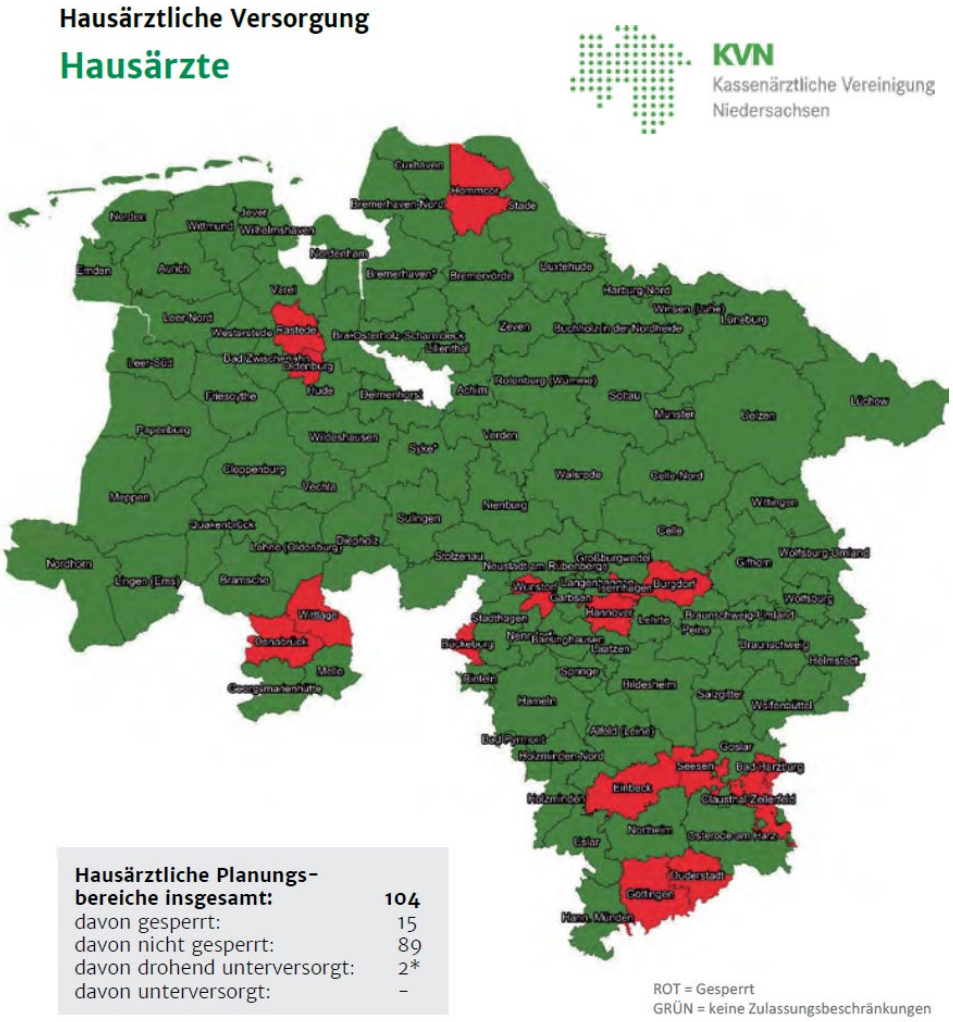
Zudem kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen für eine Region eine drohende Unterversorgung aussprechen, falls zwar noch keine manifeste Unterversorgung besteht, diese jedoch zum Beispiel aufgrund der Altersstruktur der dort tätigen Ärzte zukünftig zu erwarten ist.

IV. Aktuelle Versorgungssituation und Ausblick Arztzahlprognose 2035

Die Bedarfsplanung wurde in den 1990er-Jahren eingeführt als es zu viele Ärzte gab. Sie war ein Instrument, um Zulassungen letztlich zu begrenzen/zu verhindern. Die Lage hat sich mittlerweile gravierend geändert. Der Ärztemangel ist schon heute leider Teil der Versorgungsrealität. So fehlen derzeit niedersachsenweit 546 Hausärzte. Von insgesamt 104 hausärztlichen Planungsbereichen sind nur noch 15 Planungsbereiche gesperrt (siehe Karte). In 89 hausärztlichen Planungsbereichen gibt es Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte. Die hausärztlichen Planungsbereiche Bremerhaven und Syke sind sogar drohend unterversorgt.

Aber auch schon heute zeigt sich der Ärztemangel im fachärztlichen Bereich. So bestehen für Fachärzte 118,5 Niederlassungsmöglichkeiten und sieben für Psychotherapeuten.

Und ein Blick in die Zukunft bestätigt, dass die flächendeckende ambulante Versorgung in Gefahr ist. Die von der KVN in Auftrag gegebene und unter Leitung von Prof. Dr. Stephan L. Thomsen mit den Koautoren Kai Ingwersen und Insa Weilage von der Leibniz Universität Hannover durchgeführte Studie prognostiziert den Ärztinnen- und Ärztebedarf in Niedersachsen bis zum Jahr 2035. Kernaussagen der Studie sind: Die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte wird bis zum Jahr 2035 auf rund 3750 von jetzt 5044 sinken. In der fachärztlichen Versorgung wird es starke Tendenzen in Richtung Unterversorgung in den ländlichen Planungsbereichen geben. Betroffen sind die Fachgruppen der Augenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte und Urologen.



V. Aktuelle Fördermaßnahmen

Die KVN hat einen breiten Katalog erarbeitet, der die Attraktivität des Arztberufs erhöht. Spezifische Anrei ze sollen Ärztinnen und Ärzte dazu bewegen, sich in bedrohten Gebieten niederzulassen, um die Versorgung insbesondere der

Menschen in den ländlichen Räumen zu stabilisieren.

Diese Maßnahmen haben wir unter dem Motto KVNiederlassen zusammengefasst. Die KVN setzt mit KVNiederlassen bereits während des Medizinstudi-

HPB	Freie Sitze	HPB	Freie Sitze	HPB	Freie Sitze	HPB	Freie Sitze
Achim	5,0	Einbeck	0,0	Lilienthal	1,0	Seesen	0,0
Alfeld (Leine)	11,5	Emden	1,5	Lingen (Ems)	5,0	Soltau	10,5
Aurich	5,5	Friesoythe	7,0	Lohne (Oldenburg)	2,0	Springe	1,5
Bad Harzburg	0,0	Garbsen	6,0	Lüchow	4,0	Stade	11,5
Bad Pyrmont	2,5	Georgsmarienhütte	6,0	Lüneburg	5,0	Stadthagen	3,5
Bad Zwischenahn	0,5	Gifhorn	13,5	Melle	8,5	Stolzenau	9,0
Barsinghausen	1,0	Goslar	2,5	Meppen	16,5	Sulingen	7,5
Brake	1,5	Göttingen	0,0	Munster	1,5	Syke*	17,5
Bramsche	3,5	Großburgwedel	5,0	Nenndorf	2,0	Uelzen	7,0
Braunschweig	8,0	Hameln	9,0	Neustadt a. Rbg.	2,0	Uslar	0,5
Braunschweig-Umland	8,0	Hann. Münden	2,5	Nienburg	10,0	Varel	0,5
Bremerhaven*	14,5	Hannover	0,0	Norden	0,5	Vechta	0,5
Bremerhaven-Nord	7,5	Harburg-Nord	3,0	Nordenham	3,5	Verden	1,0
Bremervörde	9,0	Helmstedt	9,5	Nordhorn	14,5	Walsrode	8,5
Buchholz (Nordheide)	11,0	Hemmoor	0,0	Northeim	0,5	Westerstede	1,0
Bückeburg	0,0	Hildesheim	1,0	Oldenburg	0,0	Wildeshausen	5,0
Burgdorf	0,0	Holzminden	1,5	Osnabrück	0,0	Wilhelmshaven	1,5
Buxtehude	15,0	Holzminden-Nord	0,5	Osterholz-Scharmbeck	8,5	Winsen (Luhe)	7,5
Celle	2,5	Hude	1,0	Osterode am Harz	5,0	Wittingen	2,0
Celle-Nord	6,5	Isernhagen	0,0	Papenburg	14,0	Wittlage	0,0
Clausthal-Zellerfeld	4,0	Jever	1,0	Peine	9,5	Wittmund	5,5
Cloppenburg	16,5	Laatzen	2,0	Quakenbrück	2,5	Wolfenbüttel	10,0
Cuxhaven	7,5	Langenhagen	1,0	Rastede	0,0	Wolfsburg	13,5
Delmenhorst	18,0	Leer-Nord	4,5	Rinteln	3,0	Wolfsburg-Umland	6,5
Diepholz	9,5	Leer-Süd	14,5	Rotenburg (Wümme)	5,5	Wunstorf	0,0
Duderstadt	0,0	Lehrte	5,5	Salzgitter	19,5	Zeven	4,0
Gesamt: 546,00 Sitze							

ums erste Anreize und schafft Aufmerksamkeit für das Thema ambulante vertragsärztliche Tätigkeit. So finden zum Beispiel Austauschveranstaltungen mit Studierenden statt. Studierende können für praktische Abschnitte, die in den Praxen und Medizinischen Versorgungszentren absolviert werden, eine finanzielle Unterstützung erhalten. Während der Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin werden die Maßnahmen weiter intensiviert. So investiert die KVN massiv in die Weiterbildung. Ambulante Weiterbildungsabschnitte werden in allen niederlassungsfähigen Facharztgebieten gefördert. Eine zusätzliche Förderung ist in bestimmten Gebieten für angehende Allgemeinmediziner möglich.

Als Kooperationsprojekt der Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen, der KVN sowie der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft wurde 2017 ein Kompetenzzentrum gegründet. Die Angebote des Kompetenzzentrums umfassen dezentrale Begleitseminare, die für künftige Allgemeinmediziner:innen von besonderer Relevanz sind sowie ein Mentoringprogramm. Für ambulante Weiterbilder werden Train-the-Trainer-Seminare angeboten. Finanziert werden die Angebote durch Mittel der KVN sowie von GKV und PKV. Die KVN nimmt auch inhaltlich am Angebot des Kompetenzzentrums teil. Mit spezielle Niederlassungsseminare der KVN für Weiterbildungsassistenten rundet KVNiederlassen das Unterstützungsangebot ab.

Seit dem 01.04.2014 existiert für den Bereich der KVN ein Strukturfonds, aus dem Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung finanziert werden. Für verschiedene Fördermaßnahmen wird die Förderfähigkeit davon abhängig gemacht, dass ein Planungsbereich als förderfähig eingestuft wird. Ob ein Bereich förderfähig ist, wird wie folgt ermittelt: Grundlage der Ermittlung ist der jeweils gültige Bedarfsplan. Für jeden Planungsbereich wird jährlich ein fiktiver Versorgungsgrad errechnet. Hierbei werden die Ärzte, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, herausgerechnet, sodass sie fiktiv für die Versorgung nicht zur Verfügung stehen. Bei diesen Ärzten wird für die Berechnung eine Wiederbesetzungsquote von 30 Prozent angenommen. Sofern der auf diesem Weg ermittelte Versorgungsgrad bei Hausärzten unter 75 Prozent und bei Fachärzten unter 50 Prozent liegt, handelt es sich grundsätzlich um einen förderungsfähigen Planungsbereich.

In den über diesen Weg ermittelten Fördergebieten sind dann folgende Fördermaßnahmen möglich:

1. Investitionskostenzuschüsse

Niederlassungsförderung in Form eines Investitionskostenzuschusses i. H. v. 60 000 Euro für eine Neuniederlassung oder Anstellung im Umfang eines vollen Sitzes. Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ, die zur vertragsärztlichen

Versorgung zugelassen werden beziehungsweise Ärzte oder Psychotherapeuten in einem Anstellungsverhältnis erstmalig beschäftigen können die Förderung beantragen. Die Gewährung wird mit der Auflage verbunden, dass die Tätigkeit im Planungsbereich mindestens fünf Jahre ausübt.

2. Zweigpraxen

Die Gründung einer Zweigpraxis kann in Form eines Investitionskostenzuschusses i. v. H. 30 000 Euro gefördert werden. Die Zweigpraxis muss mindestens fünf Jahre ausgeübt werden. Während dieses Zeitraums ist ein Sprechstundenangebot von mindestens zehn Stunden verteilt, auf mind. zwei Tage, wöchentlich zu gewährleisten.

3. Umsatzgarantie

Sofern der ermittelte fiktive Versorgungsgrad bei Hausärzten unter 60 Prozent und bei Fachärzten unter 40 Prozent liegt wird zusätzlich eine Umsatzgarantie gewährt werden. Die Umsatzgarantie wird für die ersten Quartale der vertragsärztlichen Tätigkeit bewilligt.

4. Zusätzliche Förderung der ambulanten Weiterbildung

Einem Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin kann eine zusätzliche Förderung von 1000 Euro monatlich für die Zeit der ambulanten Weiterbildung gewährt werden, sofern der Weiterbildungsassistent sich verpflichtet, nach Abschluss der Weiterbildung mindestens fünf Jahre im maßgeblichen Gebiet vertragsärztlich tätig zu sein.

5. Förderung der Famulatur

Studierende der Humanmedizin, die Famulaturabschnitte in der Praxis eines zugelassenen Vertragsarztes oder MVZ absolvieren, können eine finanzielle Unterstützung in Höhe von einmalig 400 Euro erhalten.

Literatur:

Schroeder-Printzen in: Ratzel/Lusenburger, Handbuch Medizinrecht, 4. A. 2021, Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung werden gemäß § 101 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Das leise Leiden – Einsamkeit und ihre psychischen Folgen in allen Altersgruppen

Katja Nettelroth, Caritas Hannover

Das Thema Einsamkeit wird für die öffentliche Gesundheit und in der politischen Diskussion immer bedeutsamer und spätestens durch die Corona-Pandemie stärker in den Fokus gerückt.

Laut der Einsamkeitsforscherin Prof. Dr. Maike Luhmann macht Einsamkeit – insbesondere, wenn sie chronisch wird – unglücklich und ist mit einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Erkrankungen verbunden.[10] Schon an dieser Stelle wird deutlich, warum Einsamkeit auch ein bedeutsames Thema in der Psychiatrie ist. Chronische Einsamkeit verändert auch das Denken und Verhalten von Menschen: Sie entwickeln negative Denkmuster, werden misstrauischer und neigen dazu, sich politisch extremeren Positionen anzuschließen. Einsamkeit hat somit auch Auswirkungen auf die soziale Teilhabe, das Miteinander in der Gesellschaft und die Demokratie.[11] Folglich ist Einsamkeit nicht nur ein individuelles, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem, das alle angeht. Das haben auch Regierungen erkannt. Als erstes Land hat Großbritannien 2018 eine Strategie gegen Einsamkeit veröffentlicht und das Thema Einsamkeit erstmals in einem Ministerium verankert. In anderen Ländern gibt es ähnliche Initiativen. In Deutschland wurde 2022 das Projekt Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) gegründet, welches sich mit den Ursachen und Folgen von Einsamkeit beschäftigt und die Entwicklung und den Austausch von Präventions- und Interventionsmaßnahmen in Deutschland fördern soll. Weiterhin bündelt das KNE Wissen über konkrete Angebote und Orte gegen Einsamkeit. Mit der im Dezember 2023 beschlossenen „Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“, die 111 Maßnahmen umfasst, soll das Thema nun auch in Deutschland systematisch bearbeitet werden.

10 Vgl.: Kompetenznetz Einsamkeit. "Einsamkeit". Kompetenznetz Einsamkeit, https://kompetenznetz-einsamkeit.de/einsamkeit. Zugriff am 8. Juli 2024.
11 Vgl.: Kompetenznetz Einsamkeit (KNE). (2024): KNE Transfer, Einsamkeit – Einblicke in Theorie und Praxis, Fokus Kommunen

Begriffsdefinition

Einsamkeit ist ein äußerst komplexes und als subjektives Gefühl, schwer zu greifendes Phänomen mit vielen unterschiedlichen Ursachen und Dimensionen.

Einsamkeit wird von Prof. Dr. Luhmann – in Anlehnung an Peplau/Perlman – definiert als „eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Beziehungen“[12]. Diese kann sowohl die Qualität der sozialen Beziehungen als auch die Quantität betreffen. Einsamkeit beschreibt ein negatives Gefühl und wird von den betroffenen Menschen als schmerzhaft empfunden, da sie nie freiwillig gewählt ist. Dieses subjektive Gefühl der Einsamkeit ist abzugrenzen vom objektiven Zustand des Alleinseins und der „sozialen Isolation“.

Alleinsein kann bewusst gewählt und als positiv empfunden werden. Menschen, die häufig allein sind, fühlen sich nicht zwingend einsam. Umgekehrt kann auch jemand, der von Menschen umgeben ist, Einsamkeit empfinden.

Soziale Isolation beschreibt ebenfalls einen objektiv messbaren Zustand. Indikatoren sind hier beispielsweise die Häufigkeit und Länge sozialer Interaktionen sowie die Größe des sozialen Netzwerkes. Soziale Isolation und Einsamkeit können verbunden sein, bedingen sich aber nicht zwangsläufig. Dennoch steigt bei objektiver sozialer Isolation das Risiko, subjektive Einsamkeit zu empfinden.[13]

Einsamkeit: Verbreitung und Risikofaktoren

Die Daten des Einsamkeitsbarometers 2024[14] zeigen, dass die Einsamkeitsbelastungen in der Bevölkerung (ab 18 Jahre und älter) von ungefähr 8 Prozent im Jahr 2017 auf rund 28 Prozent im Pandemiejahr 2020 gestiegen sind

12 Kompetenznetz Einsamkeit. "Einsamkeit". Kompetenznetz Einsamkeit, https://kompetenznetz-einsamkeit.de/einsamkeit. Zugriff am 8. Juli 2024.
13 Vgl.: Luhmann, M. (2021): Einsamkeit - Erkennen, evaluieren und entschlossen entgegentreten. Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19. April 2021. Deutscher Bundestag: Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.bundestag.de/resource/blob/833358/0924ddceb95ab55db40277813ac84d12/19-13-1%2035b-data.pdf, Zugriff am 9. Juli 2024
14 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024). Einsamkeitsbarometer 2024.

und in 2021 bei etwa 11 Prozent lagen. Das bedeutet, Millionen Menschen in Deutschland fühlen sich mehr als „manchmal“ einsam. Dabei sind ältere (über 75 Jahre) und jüngere Menschen (zwischen 18 und 29 Jahren) am häufigsten von Einsamkeit betroffen. Auch bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Einsamkeitsbelastung, die Datenlage in diesem Bereich ist jedoch noch sehr begrenzt. Die Ergebnisse zeigen, dass es keinen signifikanten Stadt-Land-Unterschied gibt und Frauen häufiger von Einsamkeit betroffen sind als Männer.

Weiterhin sind Personen in vulnerablen Lebenssituationen einem erhöhten Einsamkeitsrisiko ausgesetzt. Dazu gehören Alleinerziehende, Erwerbslose, lesbische, schwule, bisexuelle, trans, queere und intergeschlechtliche-Menschen, Personen mit Flucht- und Migrationserfahrung, Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, schwerstkranke Menschen in der letzten Lebensphase, sowie Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Studien weisen immer wieder auf einen starken Zusammenhang zwischen Armut und Einsamkeit hin.[15]

Einsamkeit ist somit ein Phänomen, das in allen Lebensphasen auftreten kann, unabhängig vom Alter erlebt wird, oft durch Lebensumbrüche oder einschneidende Lebensereignisse ausgelöst wird und somit viele Gesichter hat. Daher wird empfohlen, dass Maßnahmen zur Prävention und Linderung von Einsamkeit alle Alters- und Bevölkerungsgruppen berücksichtigen.

Einsamkeit und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Einsamkeit ist weder eine psychische Krankheit noch eine medizinische Diagnose. Einsamkeit ist – wie oben beschrieben – ein subjektives Gefühl. Expertinnen und Experten sind sich einig, dass chronische Einsamkeit psychische und physische Erkrankungen begünstigt und sich negativ auf die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden auswirkt. Sie wird als negativ und schmerzhaft empfunden. Beim Erleben von Einsamkeit zeigen sich im Gehirn

15 Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024). Einsamkeitsbarometer 2024

ähnliche Areale aktiv wie bei körperlichen Schmerzen. Einsamkeit kann als Warnsignal der Psyche betrachtet werden, dass anfangs motiviert, soziale Kontakte zu suchen. Gelingt dies nicht, kann Einsamkeit chronisch werden und als dauerhafte Gefahr wahrgenommen werden, was Stress auslöst und gesundheitliche Probleme verursachen kann. Im körperlichen Bereich sind das beispielsweise koronare Herzerkrankungen, Schlaganfälle und eine höhere Mortalität.

Studien zeigen, dass Einsamkeit im psychischen Bereich mit einer höheren Anfälligkeit für depressive Störungen und Suizidalität einhergeht. Einsamkeit kann ein Wegbereiter für eine depressive Erkrankung sein. Dies gilt nicht nur für Depressionen, sondern auch für andere psychische Erkrankungen. Neben Depression und Suizidalität wurde Einsamkeit unter anderem auch mit Angststörungen, Schlafproblemen, Sucht- und Substanzstörungen, problematischer Internetnutzung und Demenzerkrankungen in Verbindung gebracht.[16]

Einsamkeit kann psychische Erkrankungen auslösen und verstärken. Gleichzeitig haben psychisch erkrankte Menschen ein höheres Risiko einsam zu werden, etwa durch Rückzugstendenzen, eingeschränkte soziale Teilhabe oder Stigmatisierung. Erschwerend kommt hinzu, dass Einsamkeit mit Scham verbunden ist, was Betroffene davon abhält, darüber zu sprechen und ihre Isolation verstärkt. Aus dieser Negativspirale kommen viele Betroffene nicht mehr ohne Hilfe heraus. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Einsamkeit wird als wechselseitig betrachtet. Weiterhin wurden keine Unterschiede hinsichtlich des Alters festgestellt, was bedeutet, dass Einsamkeit die psychische Gesundheit von Menschen aller Altersgruppen beeinträchtigt. Da Einsamkeit mit ihren verschiedensten Ursachen und Hintergründen Menschen jeden Alters und die psychische Gesundheit auf vielfältige Weise betreffen kann, ist es für alle Zweige der Psychiatrie ein relevantes Thema.

16 Vgl.: Kompetenznetz Einsamkeit (KNE). (2022). Expertise Oktober 2022: Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit, Dr. Susanne Bücker

Welche Bedarfe leiten sich aus diesen Erkenntnissen ab?

Da sich Einsamkeitsbelastungen negativ auf die Gesundheit auswirken, haben Maßnahmen zur Reduzierung von Einsamkeit immer auch gesundheitspolitische Aspekte.

Um ihr entgegenzuwirken, sind Prävention und Interventionen in unterschiedlichen Bereichen und sektorenübergreifend von großer Bedeutung – denn sie berührt sowohl die Gesundheits- als auch die Sozialpolitik.[17] Präventive Maßnahmen sollten frühzeitig ansetzen, um soziale Isolation zu verhindern oder zu reduzieren. Eine Thematisierung von Einsamkeit könnte schon in der Kindheit erfolgen zum Beispiel durch Schulprogramme, die soziale Kompetenzen fördern oder den Umgang mit Mobbing und Ausgrenzung thematisieren. Eine wichtige Basis bildet auch die Gestaltung des öffentlichen Raumes. Es braucht eine Infrastruktur mit sozialen Räumen und Begegnungsstätten im nahen Wohnumfeld, die für alle Menschen gut zugänglich sind. Barrierefreie Begegnungsorte schaffen Gelegenheitsstrukturen für Kommunikation und Austausch. Hier sind beispielsweise ausreichend Sitzbänke, Parks, Sport- und Freizeitangebote zu nennen, besonders kostenlose Angebote, die auch von Menschen mit geringem Einkommen, erwerbslosen Menschen oder Jugendlichen genutzt werden können.[18]

Auf individueller Ebene gibt es verschiedene Möglichkeiten, um Einsamkeit zu reduzieren und soziale Bindungen zu stärken. Psychologische Interventionen zeigen laut der Psychologin Susanne Bücker die besten Ergebnisse, gefolgt von der sozialen Unterstützung für Betroffene. Es gibt keine eindeutige Überlegenheit zwischen den beiden Interventionstypen. Psychologische Interventionen können beispielsweise in psychosozialen Beratungsstellen, Eltern-Kind-Zentren, Familienzentren oder Seniorenbüros angeboten werden.[19]

17 Vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024). Einsamkeitsbarometer 2024
18 Vgl.: Kompetenznetz Einsamkeit (KNE). (2024): KNE Transfer, Einsamkeit – Einblicke in Theorie und Praxis, Fokus Kommunen
19 Vgl.: Einsamkeit: In der Therapie adressieren, Petra Bühring, Deutsches Ärzteblatt, Heft 4, April 2023, Deutscher Ärzteverlag GmbH

Eine wichtige Maßnahme gegen Einsamkeit ist die Veränderung kognitiver Muster mittels psychotherapeutischer Methoden, zum Beispiel aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie, um bei den Betroffenen negative Denkmuster zu erkennen und zu verändern. Weiterhin könnten Betroffene im Rahmen einer Psychoedukation über Einsamkeit und ihre Ursachen und Folgen aufgeklärt werden und soziale Fähigkeiten verbessern, um Beziehungen zu knüpfen beziehungsweise zu stärken.

Einsamkeit „allein“ ist zwar keine Krankheit, die eine Therapie „rechtfertigt“, dennoch zeigen Untersuchungen, dass psychotherapeutische Elemente dazu beitragen können, Einsamkeit zu reduzieren und das Wohlbefinden zu steigern. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung einer gezielten Unterstützung und Intervention für Menschen, die unter Einsamkeit leiden. Zudem kann Einsamkeit psychische Störungen begleiten oder verschlimmern, was in einer Therapie erkannt und adressiert werden muss. In der therapeutischen Begleitung kann es wichtig sein, soziale Fähigkeiten zu entwickeln, um Beziehungen zu knüpfen oder zu stärken, was erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg haben kann.

Für die Umsetzung der beispielhaft genannten Maßnahmen gibt es viele Herausforderungen. So ist es schwer, einsame Menschen zu identifizieren und auf entsprechende Angebote aufmerksam zu machen. Erfahrungsberichte zeigen auch, dass eine positive Benennung der Angebote ohne den Begriff „Einsamkeit“ eine bessere Akzeptanz bei der Zielgruppe bewirkt. Insbesondere für ältere und chronisch kranke Menschen oder Menschen, die sich schon sehr lange zurückgezogen haben, braucht es aufsuchende Angebote, die zu ihnen kommen.[20] Um Einsamkeit zu erkennen und ihr zu begegnen, wäre auch ein stärkerer Einbezug der Hausärztinnen/Hausärzte bedeutsam. Diese könnten ihre Klientel aktiv ansprechen und an Kontakt- oder Beratungsstellen weitervermitteln. Ein „Social Prescribing“-Modell wie in Großbritannien, bei dem

20 Vgl.: Kompetenznetz Einsamkeit (KNE). (2022). Expertise Oktober 2022: Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit, Dr. Susanne Bücker

soziale Aktivitäten auf Rezept verschrieben werden, ist in Deutschland bisher nicht implementiert oder geplant.

Das Gegenteil von Einsamkeit ist die Gemeinschaft, inklusive stabiler und vertrauensvoller Beziehungen, die zur psychischen Gesundheit beitragen und wichtige Ressourcen darstellen. Aus diesem Grund sollten sie im Gesundheitssystem stärkere Berücksichtigung finden.

… und wie geht Niedersachen damit um?

Auch in Niedersachsen sind die Einsamkeitsbelastungen gestiegen. Um das Thema anzugehen, hat das Land Niedersachsen im April 2024 die Kampagne „GEMEINSAM - nicht einsam“ gestartet. Initiativen und Projekte in Niedersachsen, die Menschen aus der Einsamkeit heraushelfen, sollen durch die Kampagne sichtbar gemacht und gewürdigt werden.[21]

Gute Beispiele in Oldenburg

Auch in der Stadt Oldenburg gibt es Bestrebungen, einsame Menschen durch zahlreiche Initiativen und Angebote (zum Beispiel Mehrgenerationenhäuser, Seniorentreffs, Förderung des Ehrenamts et cetera) zu erreichen. Um die Solidarität in den Stadtteilen zu stärken und Einsamkeit vorzubeugen, werden zum Beispiel Nachbarschaftstreffpunkte, sogenannte „Orte für Alle“, gefördert. Dort können sich die Besucherinnen und Besucher generationsübergreifend austauschen und an vielfältigen Aktivitäten teilnehmen. Der „ViertelRaum“ in Eversten, Bodenburgallee 48/Ecke Von-Thünen-Straße, besteht seit Sommer 2023.[22] Ein weiteres Angebot ist die Sendung „Best Age in Oldenburg“ auf dem Sender oeins, die aus einer Idee bei #MehrÄlterBunter entstand. Ideengeberin der Sendung ist Rita Giese, die mit Gästen Themen bespricht, die für die Lebenswelt Älterer wichtig sind. Laut Giese gibt es in Oldenburg viele Angebote, die den Betroffenen jedoch oft nicht bekannt sind. Die Sendung

21 https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/jugend_familie_senioren/senioren_generationen/gemeinsam_nicht_einsam/gemeinsam-nicht-einsam-231501.html , Zugriff am 9.Juli 2024

22 Vgl.: Stadt Oldenburg. https://www.oldenburg.de/startseite/leben-umwelt/soziales/sozialplanung/orte-fuer-alle.html, Zugriff am 18. Juli 2024

zielt auch darauf ab, generationenübergreifend zu informieren, zu vernetzen und Mut zu machen, um Einsamkeit gar nicht erst zu erleben.

Die Zahl der Älteren wird aufgrund des demografischen Wandels weiter steigen, wodurch auch die Einsamkeitsbelastungen in dieser Altersgruppe ansteigen. Laut Pflegereport-Bericht (04/2024) der Stadt Oldenburg ist die Zahl der Pflegebedürftigen seit Jahren steigend. Sowohl pflegebedürftige Menschen als auch pflegende Angehörige gehören zu den Risikogruppen für Einsamkeitsbelastungen. Die spezifischen Bedürfnisse dieser Risikogruppen werden unter anderem durch das „Bündnis Pflege“ und verschiedene Arbeitsgruppen berücksichtigt. Die Einbeziehung und Berücksichtigung dieser vulnerablen Personengruppen können dazu beitragen, Einsamkeit entgegenzuwirken, ohne sie zum alleinigen Schwerpunkt zu machen.

Die Prävention von Einsamkeit kann in allen Altersgruppen zu einer Prävention von körperlichen und vor allem psychischen Erkrankungen beitragen und hat folglich Auswirkungen auf die Gerontopsychiatrie und andere Zweige der Psychiatrie.

Kontakt:
Katja Nettelroth, Caritas Forum Demenz,
E-Mail: katja.nettelroth@caritas-hannover.de
www.caritasforumdemenz.de

Jung an Demenz erkrankt: Aufzeigen fehlender Unterstützungsangebote für Menschen die „Jung-Erkrankt“ sind

Dorothea Starker, Kathrin Kroppach, Alzheimer-Gesellschaft Oldenburg e. V.

Schauen wir im Kontext der jung an einer Demenz erkrankten Menschen auf die Zahlen der Stadt Oldenburg (2022) sind per Statistik circa 200 Menschen in einem Alter zwischen 40 bis 65 Jahren betroffen. Wird insgesamt in Oldenburg von 3.300 Menschen mit einer Demenz ausgegangen, so betrifft eine Erkrankung im jungen Lebensalter jeden 17. Krankheitsfall. (Die Berechnung erfolgte über die Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e. V. aufgrund der bundesweit üblichen Prävalenzraten in den jeweiligen Altersgruppen. Es handelt sich um eine Schätzung auf Basis wissenschaftlicher Studien.)

Erkranken Menschen in jüngeren Lebensjahren (40 bis 65 Jahre) an einer Demenz, stehen andere Bedarfe im Vordergrund, als dieses bei älteren Patientinnen und Patienten der Fall ist. Gleiches gilt für jung an Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall oder Herzinfarkt mit gravierenden bleibenden Beeinträchtigungen erkrankten Menschen.

Jung erkrankte Menschen stehen oftmals im Berufsleben, haben kleine Kinder, ein Haus, das abbezahlt werden möchte. Belastungen bestehen entsprechend der Mitte des Lebens – die eigene Existenz wird aufgebaut oder gefestigt.

Heute leben zunehmend mehr Menschen in Single-Haushalten und pflegende Angehörige fallen oftmals unter die Rubrik Distanz-Carers oder noch gravierender in die Sparte der Young Carers (unter anderem Zentrum für Qualität in der Pflege ZQP 2022). In diesen Fällen können Begleitung und Unterstützung im Krankheitsfall oft nur begrenzt geleistet werden. Anrufe aus Hamburg, Düsseldorf, Bayern oder dem Ausland sind in Oldenburger Beratungs- und Informationsstellen bei weitem keine Seltenheit mehr.

Es ist unabdingbar, dass diese Fakten und Lebensumstände eine Beachtung im Versorgungskontext finden müssen. Ein Aufbau von notwendigen begleitenden Dienstleistungen wie zum Beispiel Coaching und Case Management scheint ebenso unabdingbar zu sein, wie eine Anpassung unterstützender

Angebote an die Bedarfe dieser Altersgruppe. Bestehende Konzepte und Angebote der häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung lassen sich kaum übertragen. Wie passt eine noch so nette, ehrenamtlich tätige Begleitung, die auf einen Rollator angewiesen ist für eine jung erkrankte Person, die motorisch und sportlich fit unterwegs sein möchte? Wer möchte als jung betroffener Mensch in einer Tagespflege oder stationären Einrichtung die Zeit im Kreis alter und hochbetagter Menschen verbringen?

Häufig auftretende Probleme am Beispiel Demenz in jungem Alter

Betroffene und Zugehörige bemerken Änderungen erst allmählich, können diese nicht zuordnen oder verdrängen sie zunächst. Aufgrund erlebter Einschränkungen und/oder Veränderungen der Persönlichkeit treten Störungen im Beziehungsgefüge auf. Es fällt schwer Hilfe zu suchen.

Der Arztbesuch: aufgrund des jungen Alters ist Demenz nicht die Diagnose der ersten Wahl. Die Symptomatik ähnelt anderen Krankheitsbildern zum Beispiel Burn-out, depressiven Episoden.

Diagnose und medizinische Begutachtung sind existenziell für den Verlauf der gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Sicherung des betroffenen Menschen.

Die Berufswelt: Krankheit/Fehlzeiten bergen ein hohes Risiko der Gefährdung des Arbeitsplatzes. Die genannte Altersgruppe lebt in der Regel von Erwerbsarbeit. Im Erwerbsleben ist neben fachlichen Fähigkeiten Belastbarkeit, Zuverlässigkeit und Planbarkeit für den Betrieb wichtig.

Notwendige Veränderungen (Ausstattung des Arbeitsplatzes, Schulung, Umstieg, Ausstieg) im Arbeitsbereich können im freien Fall bis sozial abgesichert erfolgen. Die Arbeitswelt ist vielfältig. Es ist wichtig zu klären, wie die Situation des Betroffenen ist.

Das Sozialsystem stellt verschiedene Hilfen zur gesundheitlichen, wirtschaftlichen und beruflichen Absicherung zur Verfügung. Das Hilfesystem ist komplex

und verzweigt. Leistungen erfolgen nach Antragstellung. Ärztliche und sozialmedizinische Begutachtung sind als Nachweis der Notwendigkeit zwingend erforderlich.

Schlussfolgerungen

Eine Plattform auf kommunaler Ebene für einen konzertierten Fachaustausch bezüglich der Gruppe der jung Erkrankten wäre wünschenswert.

Engmaschig greifende Coaching und Case-Management-Angebote sind dringend erforderlich und als hauptamtlich auszuführende Stellen unabdingbar. Eine ausschließlich verweisende Beratung (oft auch noch in ehrenamtlicher Leistung) ist für diese Personengruppe nicht ausreichend.

Einbeziehung der Eingliederungshilfe im Bereich persönlicher Assistenz zum Erhalt der Eigenständigkeit ist für diese Personengruppe mehr als hilfreich.

Abschließend ein aktuelles Beispiel aus der Beratungspraxis

Fallbeschreibung – mit Fokus auf wirtschaftliche und berufliche Sicherung

Lebenssituation: Klient, 51 Jahre alt, verheiratet, drei Kinder (28/19/17 Jahre alt), berufstätig, getrenntlebend. Das familiäre Miteinander sei ausgeglichen und gut. Man wolle sich nicht scheiden lassen. Er habe das Familienhaus verlassen und sei in die bislang vermietete Doppelhaushälfte gezogen. Die andere Hälfte sei von der Tochter bewohnt. Er habe sich von Freunden und Bekanntenkreis zurückgezogen. Er gehe viel mit dem Hund spazieren, gehe auch in die Sauna.

Grund der Kontaktaufnahme: der Arbeitsplatz sei gefährdet.

Berufliche Situation: Er arbeite seit mehr als 30 Jahren im selben Betrieb. Er habe sich hochgearbeitet, sei im gewerblichen Bereich in mittlerer Leitungsfunktion, Vollzeit beschäftigt. Es handele sich um einen mittelständischen Betrieb mit tariflicher Bindung. Während langem Krankenstand sei seine Position neu besetzt worden. Aktuell sei er in einen Bereich „gesetzt“ worden, den er nicht beherrsche. Man habe ihn nicht eingearbeitet. Er habe keine Schulung

erhalten. Er würde aufgefordert, zu kündigen. Das wolle er auf keinen Fall. „Ich unterschreibe nichts.“ „Ich will arbeiten.“ Der Druck sei für ihn enorm.

Gesundheitliche Situation: Er sei nach langem Krankenstand mit Krankengeldbezug an den Arbeitsplatz zurückgekehrt. Nach abgeschlossener medizinischer Rehabilitation wegen mittelgradig depressiver Episode (November 2023) sei er ohne Einschränkung arbeitsfähig entlassen worden. Seit 2020 sei – in fachärztlich neurologischer Untersuchung – eine Demenz vom Alzheimertyp diagnostiziert worden. Empfohlene ambulante psychologische Therapie habe er nicht beginnen können. Er habe mit der Alzheimer-Diagnose keine behandelnde Praxis gefunden. Er gehe regelmäßig zur Ergotherapie. Das helfe ihm spürbar.

Sozialmedizinische Situation: Anerkennung der Schwerbehinderung habe er beantragt. Der Antragseingang liege schriftlich bestätigt vor (August 2023). Er habe den Arbeitgeber darüber informiert.

Erneut sei er zu einem Gespräch im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) geladen worden. Er fürchte, aufgefordert zu werden, zu kündigen. Das stresse ihn sehr. Unterstützung durch Hinzuziehung des Integrationsamtes könne er sich vorstellen. Die notwendigen Schritte wie Kontaktaufnahme, formlose Beantragung, Information des Arbeitgebers vor dem Eingliederungsgespräch (nachfolgend BEM genannt) überfordern.

Assistenz wird angeboten und angenommen.

Am BEM Gespräch nehmen teil: Mitarbeiter, Betriebsrat, Betriebsarzt, Abteilungsleiter, Integrationsamt, Integrationsfachdienst und Beratungsstelle, kaufmännische Leitung ist verhindert. Im Gespräch sind Themen wie Leistungserwartung, Leistungsvermögen und Krankheitsverlauf, Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung. Mögliche Hilfen und Abläufe werden besprochen. Planbarkeit ist wichtig. Die Atmosphäre ist freundlich, doch angemessen klar.

Der oberste Chef fordert auf, erneut in medizinische Rehabilitation zu gehen.

Der Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung kann nicht bearbeitet werden. Ärztliche Unterlagen fehlen. Zusammenstellen aller ärztlichen Unterlagen. Eilige Weiterleitung zum Versorgungsamt (Niedersächsisches Landesamt).

Daten und Unterlagen zusammenstellen für den Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Rentenversicherung (RV). Assistenz beim Ausfüllen und Versenden der Unterlagen an die RV.

Integrationsfachdienst beantragt Jobcoaching am Arbeitsplatz (01/2024), hierzu muss die Schwerbehinderung oder Gleichstellung anerkannt sein.

Die Rentenversicherung gewährt eine medizinische Rehabilitation und stellt vier Kliniken zur Auswahl. Recherche erforderlich – eine der genannten Kliniken ist fachlich geeignet. Auswahl Entscheidung wird an die RV gesandt. Einladung zu weiterem BEM.

Kurzfristige Aufnahme in der gewählten Reha-Klinik ist möglich. Der Termin wird angenommen.

Aus der medizinischen Reha wird ein geprüftes Leistungsbild erhofft. Darum Absage des neuen BEM Termins.

Ende der Reha Mitte Januar 2024, arbeitsfähig. Begutachtetes Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt und sozialmedizinische Epikrise sind nicht deckungsgleich.

Termin bei der Rentenversicherung mit der zur Niederschrift gegebenen Bitte um Klärung gegebenenfalls Korrektur läuft ins Leere. Es bleiben offene Fragen. Feststellungsbescheid anerkannte Schwerbehinderung (31.Januar 2024) trifft ein. Die Anträge beim Integrationsamt können bearbeitet werden.

Juni 2024 Betrieb reduziert Personal.

Bewilligung Integrationsamt (24. Juli 2024) Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten in Form eines Jobcoachings.

Jobcoaching startet vom 12. bis 15. August 2024

Fazit der Beraterin

Der Klient möchte arbeiten. Aus gesundheitlicher Sicht kann die alte Funktion nicht mehr ausgefüllt werden. Besitzstandswahrung besteht nicht. Aus wirtschaftlicher Sicht wäre die Frühberentung der kleinste mögliche Schaden.

Der Kontakt ist vertrauensvoll und offen. Fragen werden gestellt, Wünsche und Ziele werden genannt. Der Wunsch der Beraterin, er möge eine Person seines Vertrauens mit in die Beratung bringen, wird vom Klienten abgelehnt. Der Klient wiederholt Inhalte der Beratung und notiert sich besprochene Arbeitsschritte/-aufträge in eigenen Worten.

Zusammenhänge werden nicht immer erfasst. Aufgaben werden kleinteilig notiert. Kommunikation per Handy wird als zuverlässig und hilfreich erlebt (beidseitig). Demenzielle Einschränkungen progredient.

Das notwenige Zeitfenster für diese Begleitung betrug circa 43 Stunden und ist in einem ehrenamtlichen Bereich nicht leistbar!

Kontakt:
Alzheimer-Gesellschaft Oldenburg e. V., Telefon 0441 9266939

Die Entwicklung der Bedarfe in der Selbsthilfeunterstützung

Ele Herschelmann, Geschäftsführende Leitung Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen e. V. (BeKoS)

Die BeKoS, Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfezentrum, ist die Anlauf-, Unterstützungs- und Fachberatungsstelle für die gesundheitliche, psychische und soziale Selbsthilfe in Oldenburg. Dieser Beitrag möchte Einblick in die aktuellen Bedarfe der Selbsthilfeunterstützung geben.

Zahlen – Daten – Fakten

Für das Jahr 2023 lassen sich folgende Bedarfe in der BeKoS anhand von Zahlen darstellen:

Im Jahr 2023 wurden bei der Selbsthilfekontaktstelle BeKoS insgesamt 3.121 Kontaktaufnahmen registriert. Dabei handelte es sich um persönliche oder telefonische Kontakte sowie Anfragen per E-Mail, Videokonferenz und per Briefpost. Die häufigste Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch (62 Prozent).

Die direkten Zugriffe auf das Selbsthilfegruppenportal auf der BeKoS-Homepage mit der Übersicht der Selbsthilfegruppen von A bis Z (www.bekos-oldenburg.de/selbsthilfegruppen) belaufen sich auch weiterhin auf eine hohe Anzahl von Zugriffen: 110.517 Zugriffe im Jahr 2023 (110.000 im Jahr 2022).

Derzeit sind in Oldenburg 222 Selbsthilfegruppen bei BeKoS erfasst. Im Selbsthilfezentrum, das über sieben Gruppenräume verfügt und von der Stadt Oldenburg zur Verfügung gestellt wird, fanden insgesamt 3.274 Gruppentreffen statt. Im Vergleich zum Vorjahr (2022) ist die Anzahl der Treffen um fast 500 gestiegen. Dies ist auf eine hohe Anzahl von Gruppengründungen im Bereich der psychischen Erkrankungen, inklusive Suchterkrankungen, zurückzuführen, die sich in der Regel häufiger im Monat treffen.

Der Anteil der Anfragen von ratsuchenden Personen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen sowie von Selbsthilfegruppen aus diesem Bereich liegt mit 35 Prozent weiterhin auf hohem Niveau (1.036 Anfragen).

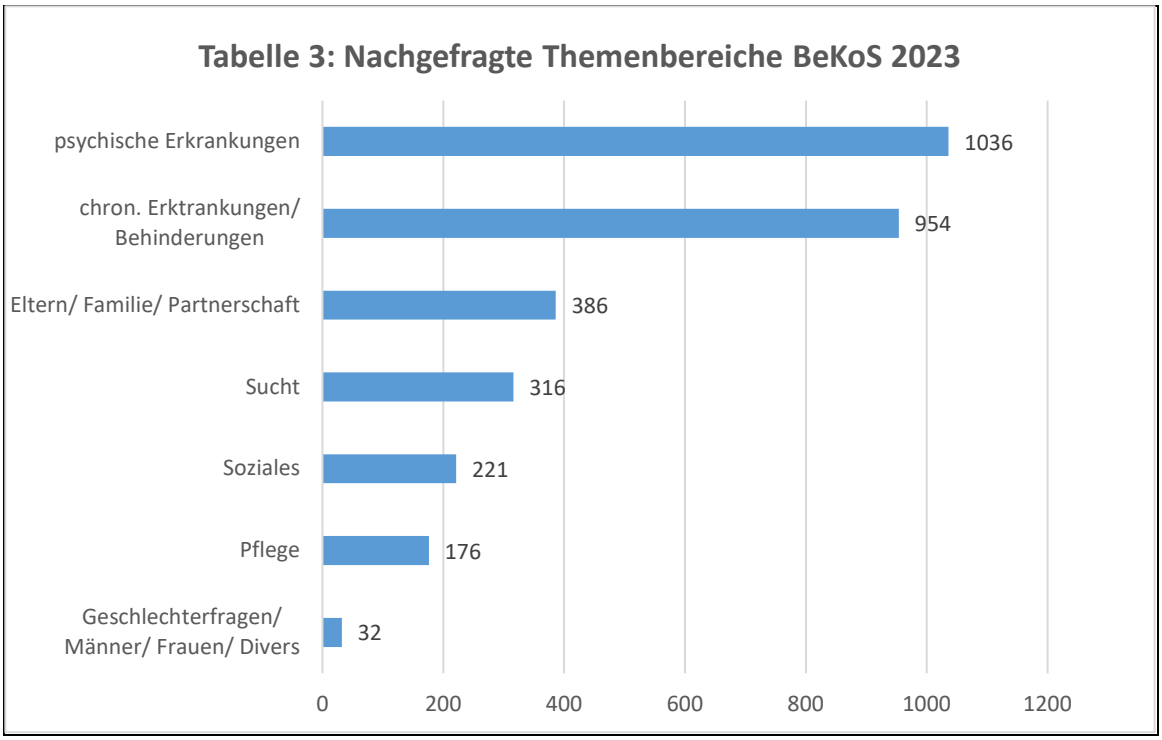


Bild: 3 Tabelle der nachgefragten Themenbereiche der BeKos

Aus dem Jahresbericht der BeKoS 2023 (www.bekos-oldenburg.de)

Die Mehrheit der Ratsuchenden (69 Prozent), wurde an bestehende Selbsthilfegruppen vermittelt. 13 Prozent der Ratsuchenden wurden über professionelle Beratungsstellen informiert, 18 Prozent über andere Institutionen im professionellen Hilfesystem. In „Clearinggesprächen“ wird der Unterschied zwischen Selbsthilfe und Therapie beziehungsweise professioneller Unterstützung erläutert, was einen hohen zeitlichen Einsatz für die Beratungsarbeit erfordert. Zum Teil stellt sich dann heraus, dass das Ziel der Ratsuchenden nicht immer die Selbsthilfegruppe ist.

Die BeKoS bietet daher auch eine umfassende Information über das professionelle Hilfesystem in der Stadt Oldenburg – bei Bedarf auch landes- beziehungsweise bundesweit. Die BeKoS hat sich als niedrigschwellige Anlaufstelle etabliert, unabhängig davon, ob die Ratsuchenden Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe oder zum professionellen Hilfesystem suchen.

Die durchschnittliche Gesprächslänge sowie die Komplexität der Fälle haben sich insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen erhöht. Die Beraterinnen der BeKoS beobachten eine Zunahme des Drucks auf der Seite

der Ratsuchenden. Dies ist insbesondere auf den Mangel an Therapieplätzen zurückzuführen. Infolgedessen werden Selbsthilfegruppen als Zwischen- oder Notlösung angefragt. Diese Entwicklung wird auch von anderen professionellen Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten befördert. Dies stellt die Selbsthilfe vor eine große Herausforderung, sowohl auf Seiten der betroffenen Ratsuchenden, der bestehenden Selbsthilfegruppen als auch auf Seiten der Kontaktstellenmitarbeitenden.

Selbsthilfe ist kein Ersatz für eine Therapie, sondern ermöglicht es, unterschiedliche Erfahrungen in den Alltag zu integrieren und mit anderen Betroffenen zu reflektieren. Zudem kann sie Struktur und Halt im Alltag bieten.

Selbsthilfegruppen geben Einzelpersonen die Möglichkeit, neue Perspektiven zu entwickeln und wieder handlungsfähig zu werden. Häufig werden Selbsthilfegruppen nach einer Therapie oder einem Klinikaufenthalt besucht oder begleitend zur Therapie genutzt. Manchmal entstehen Selbsthilfegruppen auch aus abgeschlossenen Therapiegruppen in einer Klinik oder Reha-Einrichtung. Allerdings kann zum Beispiel eine akute Krisensituation, in der professionelle Hilfe erforderlich ist, den/die Hilfesuchenden zusätzlich belasten. Dies liegt unter anderem daran, dass wichtige Prinzipien wie Abgrenzung und Selbstverantwortung in solchen Fällen schwer einzuhalten sind. Umgekehrt kann der akute Unterstützungsbedarf eines Einzelnen die Gruppe überfordern.

Die Clearinggespräche der BeKoS dienen hier als Filter, um beide Seiten – den/die Hilfesuchende/n und die Selbsthilfegruppe – zusammenzubringen oder den/die Hilfesuchende/n an das professionelle Hilfesystem zu verweisen.

Auch im landesweiten Austausch im Arbeitskreis der niedersächsischen Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich wurde deutlich, dass auf Seiten der Hilfesuchenden ein höherer Druck besteht. Dies bestätigt die oben beschriebenen Erfahrungen in Oldenburg.

Zunahme von neuen Selbsthilfegruppen

Ein weiterer wichtiger Bereich der BeKoS umfasst die Unterstützung rund um die Gründung von neuen Selbsthilfegruppen. Dies beinhaltet das erste

Gespräch mit den Initiatorinnen und Initiatoren, die Unterstützung bei der Entwicklung eines Handzettels, der an entsprechende Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Stadtteiltreffs et cetera verschickt wird, die Pressearbeit (zum Beispiel in der Nordwest Zeitung) bis zur Begleitung der ersten Gruppentreffen. Die steigende Anzahl von Gruppengründungen belegt den deutlichen Anstieg des Bedarfs an Selbsthilfe.

Im Jahr 2023 wurden aus 42 Initiativen zur Gruppengründung letztendlich 28 neue Selbsthilfegruppen mit Unterstützung der BeKoS gegründet. Die meisten davon widmen sich dem Thema psychische Erkrankungen, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Borderline, Zwänge, sozialen Ängste sowie Kaufsucht, Alkoholsucht und Mediensucht.

In der folgenden Grafik ist die steigende Entwicklung der Anzahl von Gruppeninitiativen und Gruppengründungen über die Jahre 2019 bis 2023 in der BeKoS veranschaulicht:

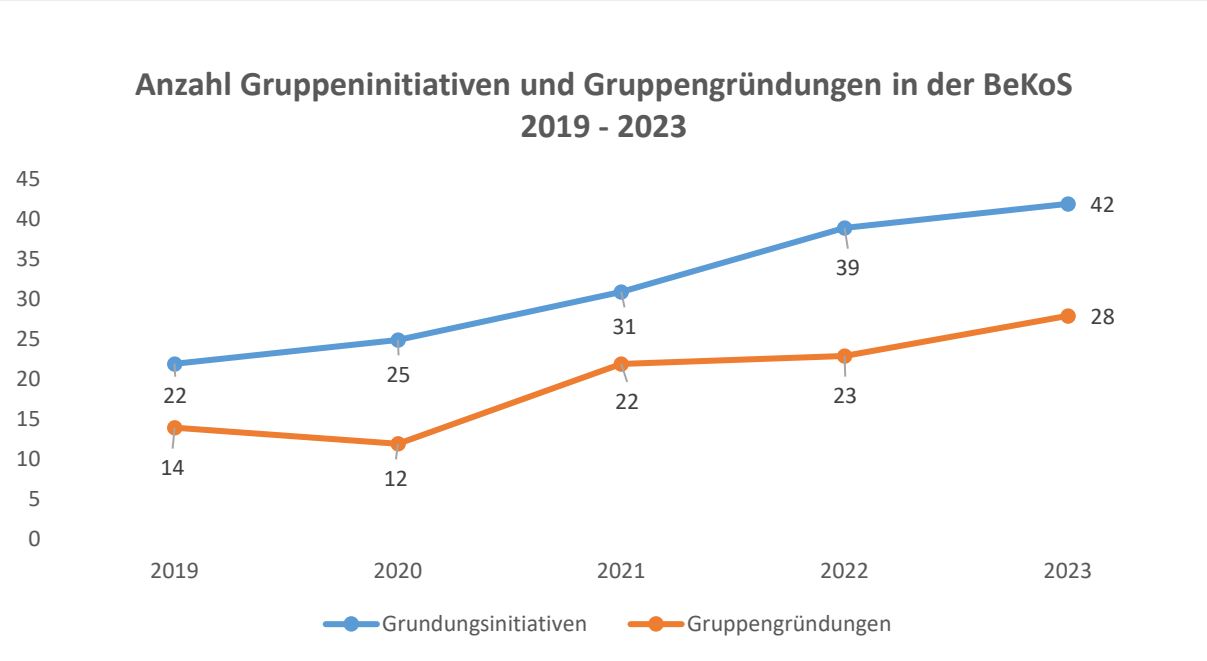


Bild: 4 Punktdiagramm mit Verlaufskurven der Gruppengründungen zwischen 2019-2023

Aus dem Jahresbericht der BeKoS 2023 (www.bekos-oldenburg.de)

Diese Entwicklung ist auch in Niedersachsen zu beobachten, wie die Befragung „Gründungen und Auflösungen von Selbsthilfegruppen in Niedersachsen 2023“ zeigt:

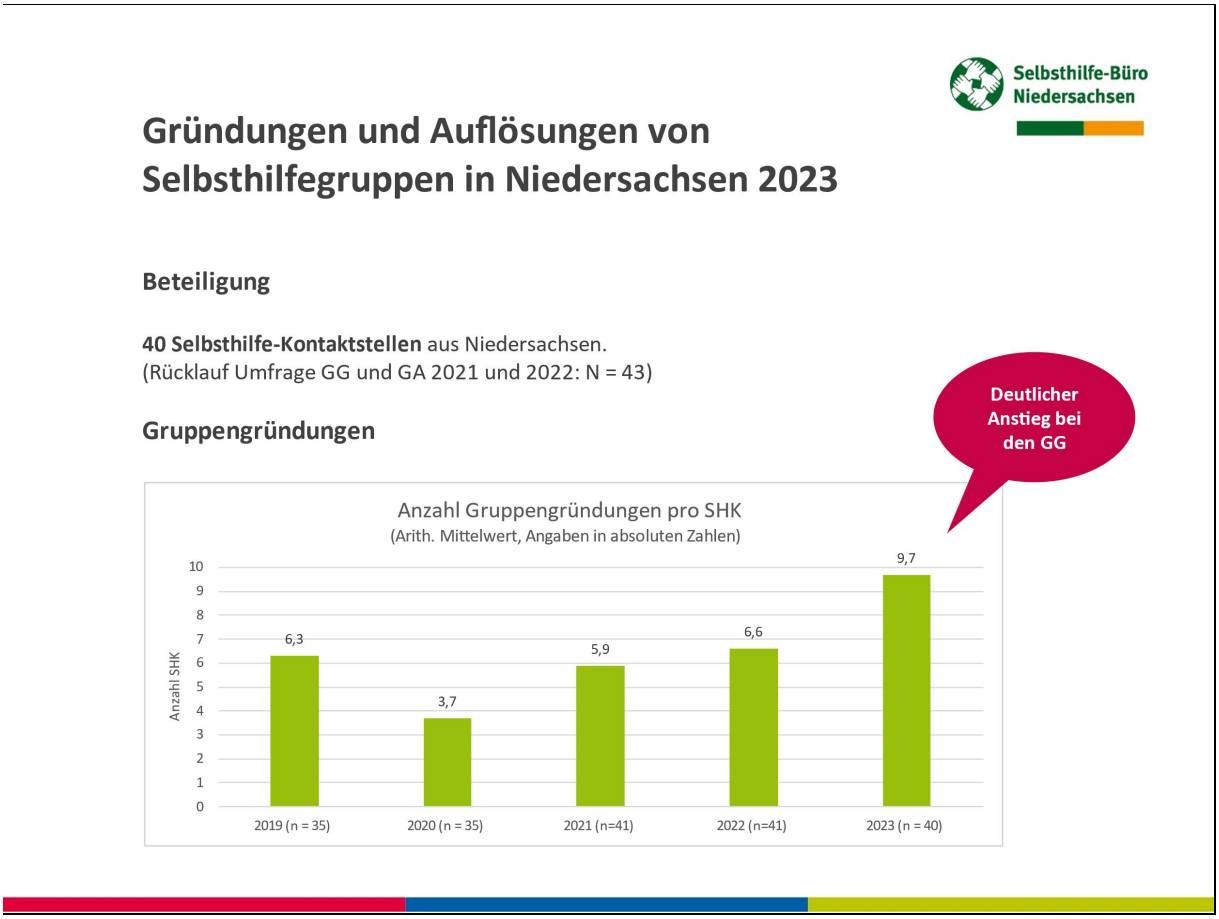


Bild: 5 Säulendiagramm aus dem Rücklauf der Umfrage des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen aus: Befragung „Gründungen und Auflösungen von Selbsthilfegruppen in Niedersachsen 2023“, durchgeführt vom Selbsthilfe-Büro Niedersachsen, Elke Tackmann

Nicht zuletzt spiegelt sich die allgemeine Verunsicherung durch die anhaltenden gesellschaftlichen Krisen (Corona, Krieg in Europa, Inflation, Klimakrise et cetera) auch in den Unsicherheiten bezüglich der Gruppenprozesse und der Kommunikation in den Selbsthilfegruppen wider.

Die Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen, ein weiteres wichtiges Standbein der Arbeit von BeKoS, hat ebenfalls zugenommen und ist komplexer geworden. So steht das BeKoS-Team für die Moderation von „Gruppenin-

venturen“, die Begleitung von Gruppen in Krisensituationen sowie die Unterstützung bei der Neuausrichtung von Zielen und Regeln in Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

Darüber hinaus bietet die BeKoS für Mitglieder von Selbsthilfegruppen Austauschtreffen an, in denen sich die Teilnehmenden gruppenübergreifend austauschen und unterstützen können. Des Weiteren lädt die BeKoS auch externe Referentinnen und Referenten ein, um beispielsweise Themen wie gewaltfreie Kommunikation, Phasen der Gruppenarbeit oder auch erste Hilfe in psychischen Krisen als Fortbildungen für Selbsthilfeaktive durchzuführen. Eine externe Supervisorin unterstützt viermal jährlich gruppenübergreifend Teilnehmende aus Selbsthilfegruppen bei der Bearbeitung konkreter Konflikte innerhalb der Gruppen.

Selbsthilfe hält und trägt!

Selbsthilfe stärkt die Selbstkompetenz und ist damit eine wichtige Säule im Gesundheitssystem sowie eine Ergänzung zum Sozialsystem. In Zeiten der sozialen Verunsicherung ist Selbsthilfe wichtiger denn je. Selbsthilfegruppen sind eine Form des bürgerschaftlichen Engagements und stärken die Zivilgesellschaft. Sie tragen zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts bei und fördern ein solidarisches Miteinander. Kontaktstellen fördern diese wertvollen Ressourcen der Zivilgesellschaft. Die Unterstützung durch Selbsthilfe-Kontaktstellen wie BeKoS zeigt, dass Selbsthilfe flexibel auf verschiedene Bedarfe reagieren kann. Sie bietet entsprechende Unterstützung und hilft dabei, auf die gestiegenen Anforderungen in Zeiten sozialer Unsicherheit einzugehen.

„Selbsthilfe tut gut!“ war das Motto des Tages der Offenen Tür 2024 im Selbsthilfezentrum BeKoS Oldenburg.

Das Motto fasst diese positiven Effekte prägnant zusammen und macht deutlich, dass die Selbsthilfe auf vielen Ebenen einen wertvollen Beitrag leistet.

Kontakt:
Ele Herschelmann, BeKoS Oldenburg, Lindenstraße 12 a, 26123 Oldenburg,
Telefon 0441 884848

3. Empfehlungen zum Schwerpunktthema

Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“

Dr. phil. Peter Orzessek und Elisabeth Janssen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

In der vorherigen Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2023/2024 haben wir den Hintergrund für die Wahl des Schwerpunktthemas skizziert und verschiedene Artikel zu diesem Thema abgedruckt.

Die am Ende dieses Textes zu findende Empfehlung soll dazu beitragen, mehr Orientierung in unserem fraktionierten Hilfesystem zu finden. Nur wenn wir uns in dem komplexen Feld der psychiatrischen Versorgung problemlos orientieren können, werden wir dem einzelnen Menschen und seinem individuellen Bedarf an Unterstützung und Therapie gerecht werden können. Und wenn wir in der praktischen Arbeit vor Ort feststellen, dass es nicht oder unzureichend gedeckte Bedarfe gibt, dann ist es notwendig, dass wir wissen, welche Institutionen, Strukturen oder Netzwerke zuständig beziehungsweise ansprechbar sind, um die Lücken zu schließen.

Erwähnt werden muss an dieser Stelle noch, dass die Adressaten der Empfehlung 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.

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 2023 wurde das Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“ festgelegt. In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2023 wurden durch Brainstorming Institutionen und Netzwerke gesammelt, die für die Teilnehmenden des Sozialpsy-

chiatrischen Verbundes in ihrer Arbeit von Bedeutung sind. Artikel und Schaubilder zum Thema wurden in der Fortschreibung 2023/2024 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2023 veröffentlicht.

Auf dem Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2024 wurde das Thema „Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung“ arbeitskreisübergreifend intensiv diskutiert. Verschiedene – auch von anderer Seite publizierte Schaubilder – wurden in Kleingruppen daraufhin überprüft, ob die im Brainstorming in den Arbeitskreisen genannten Institutionen und Nerzwerke in den Schaubildern Berücksichtigung finden.

In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2024 wurden – basierend auf den vorhergehenden Schritten – drei Grafiken als geeignet befunden, Strukturen, Institutionen und Netzwerke psychiatrischer Versorgung darzustellen. Anschließend wurde diese Auswahl mit der Delegiertenversammlung diskutiert und kann jetzt hier veröffentlicht werden.

Die Graphik „Unser Gesundheitssystem“ (Seite 110) vom Bundesgesundheitsministerium (2022) ist nicht speziell auf das psychiatrische Feld zugeschnitten, aber stellt die umfassendste Übersicht da. Es fehlen allerdings besondere Aspekte, die es in Niedersachsen zu berücksichtigen gibt.

Daher stellt die Graphik „Ebenen der Psychiatriepolitik in Niedersachsen“ (Seite 111) eine notwendige Ergänzung für die Arbeit in unserem Bundesland dar.

Für einen schnellen ersten Überblick über den Aufbau des psychiatrischen Hilfesystems ist das Schaubild „Die drei Subsysteme der psychiatrischen Versorgung“ (Seite 111) gut geeignet.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg
Telefon 0441 235-8662, E-Mail: fd324@stadt-oldenburg.de

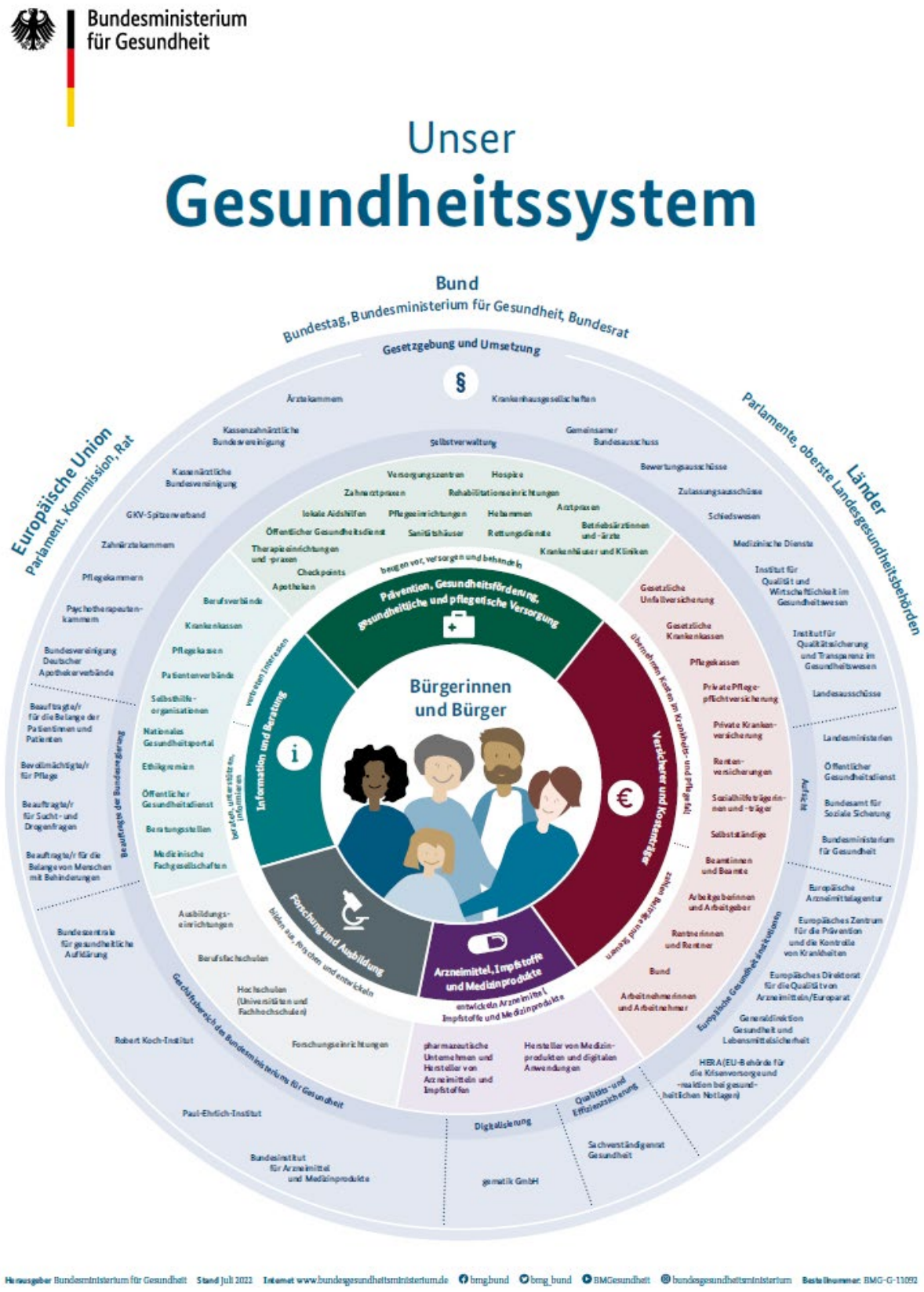


Abbildung 1: Unser Gesundheitssystem (Bundesministerium für Gesundheit, 2022 Abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Flyer_Poster_Etc/231123_BMG_Infografik_Gesundheitssystem_382x520_bf.pdf)

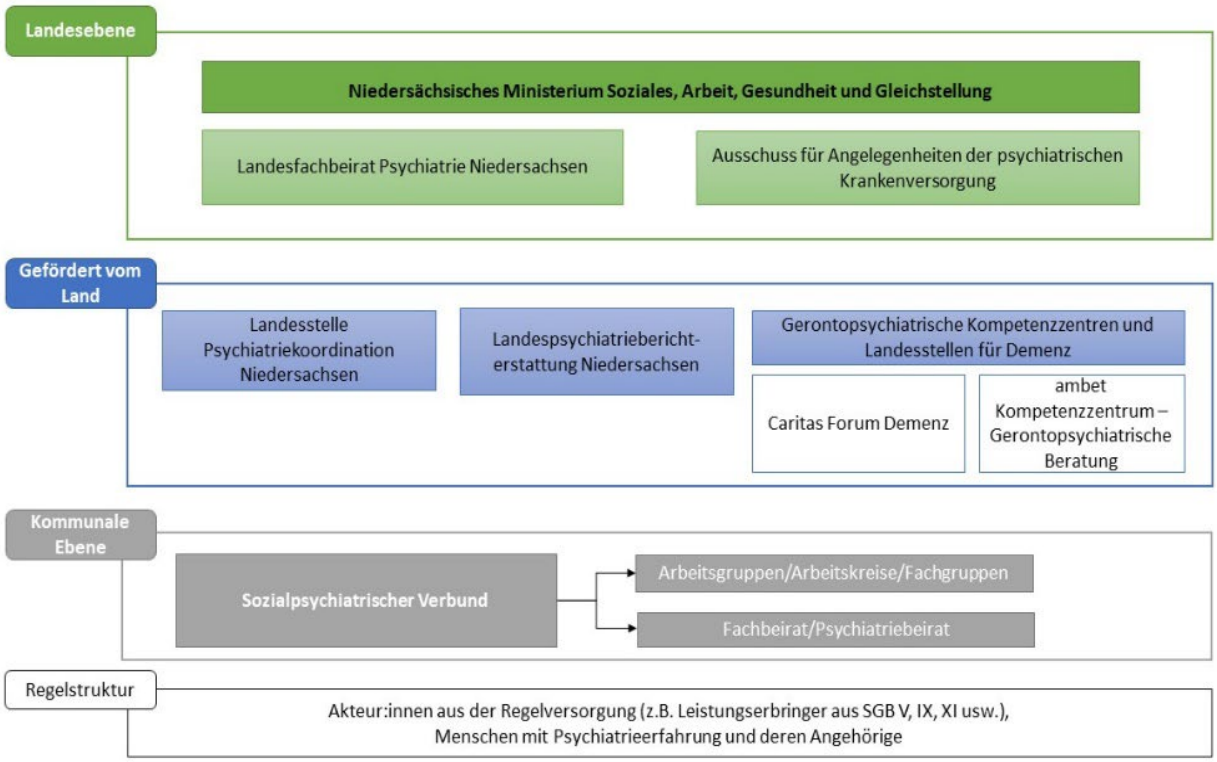


Abbildung 2: Ebenen der Psychiatriepolitik in Niedersachsen (Darstellung der Landesstelle Psychiatriekoordination).

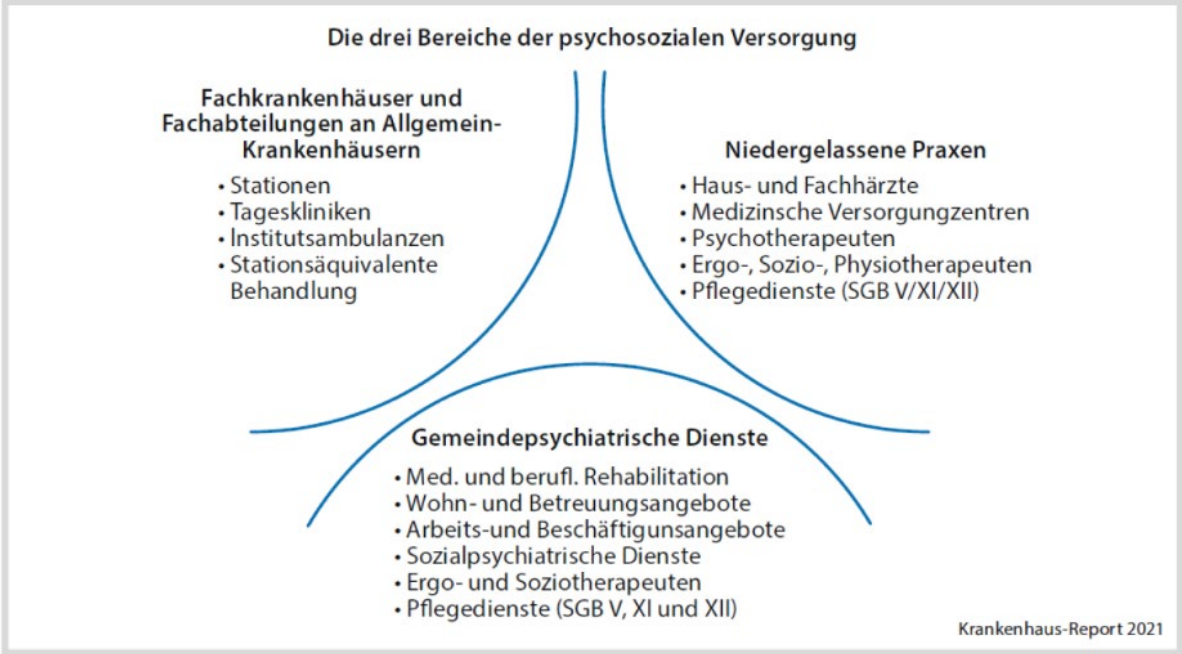


Abbildung 3: Die drei Subsysteme der psychosozialen Versorgung, CC BY 4.0.

Greve, N., Bomke, P., Kurzewitsch, E., Becker, T. (2021). Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (eds) Krankenhaus-Report 2021. *Springer, Berlin, Heidelberg.* *https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_9*

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg,
Telefon 0441 235-8662, E-Mail: fd324@stadt-oldenburg.de

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 dem Niedersächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz (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. In den zurückliegenden Jahren haben Sie an dieser Stelle immer eine tabellarische Übersicht gefunden, die auf den von uns erhobenen Daten basierte. Wir haben damit schon sehr früh auf kommunaler Ebene eine Empfehlung des Landespsychiatrieplans umgesetzt. Im Austausch mit dem Amtsgericht und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MS), die auch Daten erheben, hat sich gezeigt, dass die Datengrundlagen leicht voneinander abweichen. So erhebt zum Beispiel das MS seine Daten bei den vom Land beliehenen Kliniken und erfasst so auch Oldenburger Bürgerinnen und Bürger, die an anderen Orten in Niedersachsen nach NPsychKG untergebracht wurden. Im Dezember 2021 hat das MS zum ersten Mal im Rahmen der Landespsychiatrieberichterstattung den „Bericht zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen 2020“ vorgelegt, dem auch die Unterbringungszahlen für die Kreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen zu entnehmen war. Im Februar 2024 erschien der Bericht für die Jahre 2021 und 2022. Die Berichterstattung wird in einem Zweijahreszyklus fortgeführt. Die Berichte sind frei zugänglich unter www.psychiatrieberichterstattung.de. Wir haben uns entschieden, dass wir wegen der besseren Vergleichbarkeit der Daten ab diesem Jahr an dieser Stelle die vom MS erhobenen Daten veröf-

fentlichen. Die nachfolgende Tabelle ist dem vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung im Februar 2024 herausgegebenen „Bericht zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen 2021, 2022“ entnommen.

Tabelle 13: Einweisungen nach §§ 17, 18 NPsychKG pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) für die niedersächsischen Kreise und kreisfreien Städte

Kreis bzw. kreisfreie Stadt	Einweisungen nach §§ 17, 18 NPsychKG je 100.000 EW		Kreis bzw. kreisfreie Stadt	Einweisungen nach §§ 17, 18 NPsychKG je 100.000 EW	
	2021	2022		2021	2022
Ammerland	98,83	129,43	Lüchow-Dannenberg	115,53	122,01
Aurich	95,58	80,18	Lüneburg	139,36	150,89
Braunschweig, Stadt	131,82	115,17	Nienburg (Weser)	58,31	54,26
Celle	107,27	69,23	Northeim	64,51	69,04
Cloppenburg	87,94	87,79	Oldenburg, Kreis	107,50	126,95
Cuxhaven	81,66	80,43	Oldenburg, Stadt	196,61	204,25
Delmenhorst, Stadt	118,68	119,92	Osnabrück, Kreis	99,57	112,23
Diepholz	64,43	42,64	Osnabrück, Stadt	273,88	281,42
Emden, Stadt	165,58	116,75	Osterholz	47,80	56,63
Emsland	102,29	122,76	Peine	79,59	102,21
Friesland	80,83	113,69	Rotenburg (Wümme)	43,64	43,56
Gifhorn	110,72	102,65	Salzgitter, Stadt	211,20	159,74
Goslar	173,82	185,64	Schaumburg	118,27	88,15
Göttingen	117,41	106,25	Stade	31,48	33,76
Grafschaft Bentheim	43,97	43,18	Uelzen	95,81	84,78
Hameln-Pyrmont	27,52	42,49	Vechta	58,01	74,87
Hannover, Region	81,47	81,69	Verden	62,09	55,35
Harburg	71,44	72,55	Wesermarsch	151,53	164,12
Heidekreis	39,88	46,77	Wilhelmshaven, Stadt	197,26	222,11
Helmstedt	170,72	179,52	Wittmund	90,51	104,53
Hildesheim	35,30	91,96	Wolfenbüttel	126,65	160,12
Holzminden	27,20	98,72	Wolfsburg, Stadt	125,05	157,99
Leer	92,80	99,80			

Bild 6: zeigt Tabelle nach Einweisungen nach NPsychKG

Es zeigt sich, dass Oldenburg zu den Kommunen mit den höchsten Unterbringungszahlen gehört bezogen auf 100.000 Einwohner beziehungsweise Einwohnerinnen.

Eine einfache Erklärung, warum die Unterbringungszahlen auf hohem Niveau verharren, lässt sich nicht finden. Der Sozialpsychiatrische Dienst bleibt diesbezüglich im Austausch mit den an Unterbringungen beteiligten Institutionen.

Da in den letzten Jahren ein erheblicher Anteil der Unterbringungen Menschen betrifft, die innerhalb eines Jahres mehrfach untergebracht werden, ist es wichtig, dass dieser Personenkreis besonders beachtet wird, um in jedem Einzelfall zu prüfen, ob durch andere oder intensivere Hilfen beziehungsweise Therapien, weitere Unterbringungen vermieden werden können.

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

Auf der Ebene des Bundes ist in 2023 der Bericht der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) erschienen: „Maßnahmen zum Schutz von Menschen im psychiatrischen Hilfesystem vor und bei Grundrechtseingriffen (www.gmkonline.de/documents/top-142--bericht-der-ag-psychiatrie_1695722513.pdf) Darin wird unter anderem gefordert, dass eine transparente Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen erfolgen soll, die auch die Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch umfasst, die auf bundesrechtlicher Grundlage durchgeführt werden. Diese Daten sind bislang nicht wie die Unterbringungszahlen nach NPsychKG frei verfügbar.

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg
Telefon 0441 235-8662, E-Mail: fd324@stadt-oldenburg.de

Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung

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.

Die Veränderungen im Vergleich zur letzten Fortschreibung sollen jetzt hier kurz skizziert werden.

In 2024 wurde in Zeile 2 im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) von grün auf gelb umgestellt, da die Wartezeit bei der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie so lang ist, dass es nicht zufriedenstellend ist. Der Suchtbereich ist in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie nicht vertreten.

Zeile 4: Konform mit dem NPsychKG wird der Sozialpsychiatrische Dienst durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin geleitet.

Im Bereich der Eingliederungshilfe (SGB IX, Zeilen 12 und 13) werden die Wartezeiten (auch durch Fachkräftemangel) im Bereich Allgemeinpsychiatrie als zu lang beurteilt, daher wurde die Einschätzung von grün auf gelb verändert.

Zeile 15: Menschen in Altersrente können in einer WfbM nicht weiter beschäftigt werden. Hier kann gegebenenfalls über eine Seniorentagesstätte Tagesstruktur und Beschäftigung ermöglicht werden.

Da es auch für die Angehörigenselbsthilfe im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie zufriedenstellende Angebote gibt, wurde das Bild des Smileys in der Zeile 19 von gelb auf grün gesetzt.

Zeile 23: für die Aufnahme in der Klinik besteht zum Teil Wartezeit und die Bettenzahl im Bereich Gerontopsychiatrie ist verringert.

Die Wartezeit für einen Platz in einer besonderen Wohnform („Wohnheim“) im Bereich Allgemeinpsychiatrie ist so lang, dass in Zeile 24 das Feld von grün auf gelb verändert wurde.

Im Bereich Gerontopsychiatrie gibt es im Heimbereich (Zeile 25) zu wenig Plätze für Menschen mit dementiellen Erkrankungen, insbesondere wenn es eine „Lauftendenz“ gibt.

Einige Bemerkungen wurden in der ganz rechten Spalte angepasst.

Die orientierende übersichtliche Ampel-Darstellung muss vereinfachen und so können nicht alle positiven wie negativen Aspekte abgebildet werden. Einzelne Aspekte von Versorgungsproblemen können in der Ampel schlecht dargestellt werden. Nichtsdestotrotz werden sie in den Arbeitskreisen des Sozialpsychiatrischen Verbundes diskutiert.

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

Kontakt:
Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg
Telefon 0441 235-8662, E-Mail: fd324@stadt-oldenburg.de

Stadt
Oldenburg

AMPEL-Übersicht regionaler Angebote zur psychiatrischen Versorgung

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

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

Nr.	Versorgungsangebot	KJP	Allgemein-psychiatrie	Geronto-psychiatrie	Sucht	bei Bedarf: Bemerkungen
1	Psychiater/Nervenärzte in Praxis oder MVZ (SGB V)	😐	😐	😐	😐	teils Aufnahmestopp, jedoch nicht bei substituierten Patienten; KJP: teils Wartezeit
2	Psychiatrische Institutsambulanz	😐	☺	☺	☺	KJP – Suchtambulanz vorhanden
3	Psychotherapeuten in Praxis oder MVZ (SGB V)	😐	😐	😐	😐	unzumutbar lange Wartezeit, KJP: teils Wartezeit
4	Fachärztlich geleiteter Sozialpsychiatrischer Dienst	😐	☺	☺	☺	Leitung durch Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin, 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	☹	😐	😐	😐	lange Wartezeit
10	Soziotherapie		☹	☹	☹	
11	Ambulante Ergotherapie	☺	☺	☺		teils Wartezeit
12	Assistenzleistungen gemäß SGB IX		😐	☺	☺	vereinzelt Wartezeit; auch unter 18 Jahren vorhanden
13	Tagesstätte		😐	☺	☺	
14	Kontaktstelle	😐	☺	☺	☺	
15	Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung		☺			Menschen in Altersrente können nicht beschäftigt bleiben, teils Wartezeit
16	Zuverdienstmöglichkeiten (zum Beispiel Sozialer Betrieb)		☺	☺	☺	
17	Integrationsfachdienst		☺		☺	
18	Betroffenenselbsthilfe		☺	☹	☺	Gerontopsychiatrie: im Aufbau
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	☺	☺	☺	😐	Wohnungslose Menschen mit Suchterkrankungen erleben erschwerte Zugänge zur fachärztlichen und stationären Behandlung
24	Besondere Wohnform gemäß SGB IX		😐	☺	☺	Sucht: in der Nähe von OL; Allgemeinpsychiatrie: lange Wartezeit
25	Pflegeheim mit speziellem psychiatrischen Angebot SGB XI		☺	☺	☹	Gerontopsychiatrie: nicht ausschließlich für Demenz
26	Spezielle Angebote für Arbeitssuchende		☺		😐	
27	Reha-Einrichtung / RPK		☺			Ambulante und stationäre Angebote der Suchtrehabilitation sind vorhanden
28	Niedrigschwellige Beratungs- und Informationsstellen	☺	☺	☺	☺	

Stadt Oldenburg 2025