



Sozialpsychiatrischer Plan für die Stadt Oldenburg

Fortschreibung 2019/2020



Foto: Stadt Oldenburg





Impressum

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

Stand: September 2019

Bildnachweise: Titelbild Brunhild Oeltjenbruns, Stadt Oldenburg

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

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote	
2.1	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Niedersächsische Aktionstage für seelische Gesundheit	9
2.2	<i>A. Weber</i> Das Projekt „Verrückt? Na und!“ und erste Erfahrungen damit	13
2.3	<i>A. Schober/T. Streit</i> Kommunale Gesundheitskonferenz: Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Oldenburg	20
2.4	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Das Sozialpsychiatrische Curriculum	23
2.5	<i>Dr. C. Bajorat</i> Die Psychiatrische Institutsambulanz der Karl-Jaspers-Klinik	25
2.6	<i>Dr. S. Kleinschmidt</i> Neu im Psychiatrieverbund der Karl-Jaspers-Klinik Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellt sich vor	30
2.7	<i>A. Heyer/B. Voß</i> Die neue Pflegeausbildung in Oldenburg	36
2.8	<i>S. Brinkmann-Gerdes</i> Wohnkonzepte der GSG Oldenburg	40
3	Schwerpunktthema „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“	
3.1	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Einführung zum Schwerpunktthema „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“	47
3.2	<i>M. Brandis</i> S3-Leitlinie Schizophrenie	50
3.3	Presseinformation Weniger Zwang, mehr Hilfe – Niedersachsen prüft neue Wege in der Psychiatrie	53
3.4	<i>C. Enneper</i> Unterbringungsähnliche Maßnahmen – ein Beispiel	55
3.5	<i>A. Kretschmar</i> Artikel aus dem Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2018: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindern	63

4	Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“	
4.1	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema „Funktionales Basismodell“	65
4.2	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Was wurde aus den alten Empfehlungen?	68
5	Übersicht	
5.1	<i>Dr. P. Orzessek</i> Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern	78
5.2	<i>A. Döpke/Dr. P. Orzessek</i> Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung	81

Tabellarische Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung
siehe dritte Umschlagseite

1. Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den Händen halten Sie die Fortschreibung 2019/2020 des Sozialpsychiatrischen Planes für die Stadt Oldenburg. Er soll, wie in den vorangegangenen Jahren auch, über aktuelle Entwicklungen informieren, Raum für Diskussionen geben, aber auch Bestand und Bedarf im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung der Oldenburger Bürgerinnen und Bürger beschreiben und damit eine Grundlage für die Psychiatrieplanung in der Stadt Oldenburg sein.

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

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

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

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

orientierenden Überblick über den Bestand und den Bedarf an Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg verschaffen.

Das NPsychKG legt in § 2 fest: „Hilfen sollen insbesondere der Anordnung von Schutzmaßnahmen vorbeugen“. Sogenannte „Zwangseinweisungen“ sollen also möglichst durch angemessene Hilfen vermieden werden. Dafür ist es notwendig, dass überhaupt bekannt ist, wie viele Menschen gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik müssen und wie sich die Zahlen entwickeln. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen empfiehlt die Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieerberichterstattung. Auf kommunaler Ebene erfolgt dies in Oldenburg durch den Sozialpsychiatrischen Plan. Auf Seite 78 finden sich die Zahlen zu Unterbringungen nach NPsychKG seit 2015.

In Zukunft soll die Datenerhebung für diesen Sozialpsychiatrischen Plan stärker an die Landespsychiatrieerberichterstattung angelehnt werden.

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

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

Für die gesetzlich vorgegebene laufende Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes im Benehmen mit dem Verbund wurde für die Stadt Oldenburg das in der Einleitung der Fortschreibung 2014 beschriebene Vorgehen gewählt

(siehe zur Verdeutlichung auch die farbige Grafik auf der zweiten Umschlagseite).

In dieser Ihnen jetzt vorliegenden Fortschreibung 2019/2020 finden Sie Artikel zum neuen Schwerpunktthema „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“ auf den Seiten 47 bis 64. Die Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“ stehen auf den Seiten 65 bis 67.

Neben der Bearbeitung der Schwerpunktthemen soll der Sozialpsychiatrische Plan für die Stadt Oldenburg auch über aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie beziehungsweise über Veränderungen des Angebotes von Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Stadt Oldenburg informieren. Entsprechende Beiträge zu Ihrer Information finden Sie in einem eigenen Teil dieses Planes auf den Seiten 9 bis 46.

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

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

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

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



Dr. phil. Peter Orzessek
Diplom-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut
Leiter des
Sozialpsychiatrischen Dienstes



Alexandra Döpke
Sozialarbeiterin M. A.
Geschäftsführung des
Sozialpsychiatrischen Verbundes

2. Berichte, Stellungnahmen und neue Angebote

2.1 Niedersächsische Aktionstage für seelische Gesundheit in Oldenburg vom 15. bis 21. Oktober 2018

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

In der Fortschreibung 2018/2019 des Sozialpsychiatrischen Planes haben wir darauf hingewiesen, dass die Aktionstage für seelische Gesundheit vom 15. bis 21. Oktober 2018 in Oldenburg stattfinden werden. Die Ausrichtung dieser Woche, die schon zum 11. Mal in Niedersachsen stattgefunden hat, wurde vom Sozialpsychiatrischen Verbund der Stadt Oldenburg organisiert. Der Schwerpunkt war dem Thema „Inklusion und Psychiatrie“ gewidmet.



Nachfolgend möchten wir gerne einen Rückblick auf die Aktionstage halten und über die stattgefundenen Veranstaltungen berichten. Ziel der Veranstal-

tungen war es, über psychische Erkrankungen aufzuklären, Hilfs- und Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen, Berührungängste abzubauen, Betroffene und Angehörige einzubinden und zu Diskussionen anzuregen.

Die Aktionswoche startete mit einem Tag der offenen Tür der Demenz-Informations- und Koordinierungsstelle Oldenburg (DIKO) und einer musikalischen Veranstaltung mit Sybille Gimon im Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN). Außerdem konnte eine Stadtführung zur Medizingeschichte in Oldenburg „Heilsam: Vom Pestbader zur Stroke Unit“ besucht werden.

Die offizielle Eröffnung der Aktionstage fand im Casablanca-Kino statt. Gezeigt wurde der Dokumentarfilm „Blender“, in dem die Filmemacherin Susanne S. Reck über den Zeitraum eines Jahres das Leben von sechs Bewohnern in einem von ihren Eltern gegründeten Heim für psychisch kranke Menschen auf einem Berg im Allgäuer Voralpenland, dem Blender, porträtiert. Die Filmemacherin Susanne S. Reck konnte für die Eröffnungsveranstaltung gewonnen werden. So bot sich den Besucherinnen und Besuchern im Anschluss der Filmvorführung die Möglichkeit, ihr und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg Fragen zu stellen und über den Film zu diskutieren.

Am Folgetag fand in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit im Kulturzentrum PFL eine landesweite Fachtagung mit dem Titel „Psychiatrie und Inklusion – Na, wie geht’s?“ statt. In Vorträgen und Workshops wurden Themen der Inklusion aus verschiedenen Sichtweisen diskutiert. Die abschließende Tagungsbeobachtung erfolgte aus dem Blickwinkel „Inklusion: Vision oder Illusion?“.

Während der Fachtagung stellten Arbeitgeber aus der Stadt Oldenburg und der Region in einer sozialpsychiatrischen Jobmesse ihre Institutionen vor und gaben einen Einblick in psychiatrische und psychosoziale Arbeitsfelder.

Am Donnerstag konnten sich Besucherinnen und Besucher beim „kreativen Kaffeetrinken“ im Café Farbwechsel über die Gemeinnützigen Werkstätten Oldenburg e. V. informieren und sich kreativ betätigen.

Die vico Tagesstätte lud zum Thema „Mit „Laib & Seele“ – Essen hält Leib und Seele zusammen“ zum gemeinsamen Essen und Erfahrungsaustausch ein.

Am Ende des Tages konnte das Psychose-Seminar besucht werden, das zum 20-jährigen Jubiläum alle interessierten Menschen zum Thema „Erste Hilfe bei seelischen Krisen“ zum „Trialog“ mit psychoseerfahrenen Menschen, Angehörigen und Mitarbeitenden aus psychiatrischen Arbeitsfeldern einlud.

Außerdem begeisterte Tobi Katze am Abend mit der Buchvorstellung „Morgen ist leider auch noch ein Tag – Irgendwie habe ich von meiner Depression mehr erwartet“ ein großes Publikum im Forum St. Peter. Mit viel Humor erzählte Tobi Katze Geschichten über sein Leben mit einer psychischen Erkrankung.

Der nächste Tag startete mit dem Tag der Offenen Tür der AWO Trialog und einem Fachvortrag zum Thema Angst- und Zwangsstörungen von Herrn Dr. Wolter.

Die Integrative Jugendhilfe bot für Kinder, deren Eltern und Begleitungen ein trialogisches Bastelangebot. Außerdem konnten in einer kleinen Ausstellung Arbeiten der in der Einrichtung betreuten Kinder und deren Familien angeschaut werden.

„Mit allen Sinnen auf Entdeckungsreise gehen“ konnten Besucherinnen und Besucher bei einem von der Karl-Jaspers-Klinik angebotenen Achtsamkeitsspaziergang. Hierbei wurden gemeinsam die Gartenanlage der Karl-Jaspers-Klinik erkundet und Übungen zur Achtsamkeit durchgeführt. Am Abend wurde in der Karl-Jaspers-Klinik der Dokumentarfilm „Die Mitte in der Nacht ist der Anfang vom Tag“ mit anschließender Möglichkeit des Austau-

sches zum Film und der Erkrankung Depression sowie dem Umgang mit dieser gezeigt.

Am Samstag fand die „Begegnung am Suppentopf“ im Propeller/zentegra gGmbH statt. Interessierte konnten beim Essen mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und fachlich Erfahrenen in einen dialogischen Austausch gehen.

Das Theaterstück „ELLING – Ausblick auf das Paradies“, das durch die Karl-Jaspers-Klinik organisiert und im Wilhelm 13 aufgeführt wurde, trug zu einem gelungenen Abschluss der Aktionstage für seelische Gesundheit bei. Das Stück von Ingvar Ambjörnsen macht Andersartigkeit nachvollziehbar.

Bewohnerinnen und Bewohner des Wohn- und Pflegeheimes Bloherfelde sowie Klientinnen und Klienten und deren Angehörige des ambulanten Dienstes Solandis berichteten die gesamte Woche als „Reporterinnen und Reporter“ im Rahmen des gemeinsamen Projektes des Bezirksverbandes und der NWZ „Lesen und Schreiben verbindet“ über die Veranstaltungen der Aktionstage für seelische Gesundheit in Oldenburg.

Wir danken allen Institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Oldenburg, die ein abwechslungsreiches Programm zusammengestellt haben.

Durch die Vorträge, Workshops, Lesungen, Einladungen zum Essen, Kino- und Theatervorführungen, Musik zum Mitsingen, Tage der offenen Tür und weiteren Aktionen zum Mitmachen, Reden und Informieren konnte ein Einblick in das psychiatrische Versorgungssystem geschaffen werden und zu einem weiteren Verständnis für Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen.

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

2.2 Das Projekt „Verrückt? Na und!“ und die ersten Erfahrungen damit

Anna Weber, Mitarbeiterin der zentegra gGmbH

Die zentegra gGmbH (nachfolgend zentegra) ist seit Herbst 2018 Kooperationspartner des Vereins „Irrsinnig Menschlich e. V.“, der Träger des Präventionsprogramms „Verrückt? Na und!“ ist. Nächstes Jahr besteht das Projekt 20 Jahre.

Bei der zentegra sind in einer dreitägigen Schulung 18 Interessierte für die Durchführung des Projekts qualifiziert worden. Ziel des Projekts ist es, „seelische Krisen“ in Schulen besprechbar zu machen. Barrieren und Hemmungen sollen überwunden werden, um so präventiv wirksam zu werden.

Die Schulen können mit der zentegra Kontakt aufnehmen und uns, die das Programm durchführen, einladen. Das Programm ist für Schulklassen ab der achten Klasse geeignet. Die Ansprechpartnerin vor Ort ist Frau Ina Vogelpohl und sie koordiniert die Termine. In unserer Regionalgruppe sind vier fachliche Expertinnen, also Mitarbeitende, die sich beruflich mit dem Thema befassen und vierzehn persönliche Expertinnen und Experten, die selbst Erfahrung mit psychischen Krisen haben und so ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen einbringen. Es ist vorgesehen, einen „Verrückt? Na und!“-Tag zu zweit oder zu dritt durchzuführen (ein oder zwei persönliche und eine fachliche Expertin oder Experte).

Der Verein Irrsinnig menschlich e. V. wurde im Jahr 2000 in Leipzig gegründet. Das „Verrückt? Na und!“-Projekt findet sich mittlerweile an über 80 Standorten in Deutschland, aber auch in Österreich, Tschechien und der Slowakei. Es wurden bereits über 30.000 Menschen in Schulen und Ausbildung erreicht. Es gibt noch viel mehr Zahlen, die die Wirksamkeit belegen und uns Hoffnung geben. Durch den persönlichen Kontakt entsteht noch mehr Begeisterung als durch die einfachen Zahlen, die zwar beeindruckend, aber eben nur theoretisch sind. Durch das emotionale Feedback und den direkten Kontakt be-

kommt das Ganze aber noch mehr Bedeutung, daher besteht unsere Regionalgruppe aus hochmotivierten Teilnehmenden.

Für die Schulung im Oktober 2018 kam die Mitarbeiterin Frau Cora Spahn aus Leipzig zu uns. Diese hat uns an zwei Tagen die theoretischen Aspekte vermittelt und Materialien vorgestellt und mit uns ausprobiert. Am dritten Tag haben wir direkt eine Schulklasse besucht und das Projekt durchgeführt. Als persönliche Expertin durfte ich mit Frau Spahn diesen Tag gestalten und moderieren. Hierzu habe ich Frau Spahn vorher meine Geschichte erzählt und das, was ich daraus erzählen möchte, verschriftlicht. Diese Art von Text – die eigene persönliche Geschichte oder einzelne Episoden aus dem Leben – haben später in der Regionalgruppe noch alle persönlichen Expertinnen und Experten erstellt. Ich glaube, es ist wichtig, da man so darüber nachdenkt, was man bereit ist zu erzählen und auch, was man nicht erzählen möchte. Es vereinfacht später die Arbeit, wenn man sich vorbereitet hat und nicht spontan gucken muss, ob es sich gut anfühlt, manches zu erzählen oder Grenzen zu setzen.

Ich möchte nun den Ablauf eines solchen Tages beschreiben:

Ein Schultag besteht aus drei Teilen. Der erste Teil nennt sich „**Wachmachen für das Thema „psychische Gesundheit und Wohlbefinden“**“.

In diesem Teil geht es darum, die Schülerinnen und Schüler auf das Thema einzustimmen, sich kennenzulernen und zu gucken, wie sie sich zu dem Thema und einzelnen Aspekten oder Begriffen positionieren. Manche Kennenlernübungen können die Teilnehmenden dort abholen, wo sie sich befinden. Und die Durchführungen machen Spaß. Ich war in einer Runde, in der man seinen eigenen Namen nennen sollte und mit dem Anfangsbuchstaben einen Begriff gebildet hat, wie man schon immer sein wollte oder wie man eben ist. Es kann hilfreich sein, sich schon ganz am Anfang mit sich selbst auseinander zu setzen. Ich hatte den Eindruck, die Schülerinnen und Schüler bringen gleich sich

selbst und ihre Persönlichkeit mit ein. Bei mir hieß es dann „Ich bin **A**nna und wäre gern **A**usnahmslos **A**ufmerksam“. Es kamen witzige Dinge dabei zustande, wenn **S**ascha **S**uperkräfte will und **O**tto findet, dass er auch **O**hne **O**kay ist.

Weitere Übungen und Aufgaben tragen dazu bei, dass das Potential der Schülerinnen und Schüler sichtbar wird und wir schon einiges über ihre Ansichten und Erfahrungen kennenlernen. In diesem Teil gibt es viele verschiedene Übungen. So vielfältig, dass es manchmal schade ist, wenn man sich für eine oder zwei entscheiden muss. Auch Übungen, die die Wahrnehmung füreinander schärfen, machen Spaß. Einmal haben wir einen Schüler einen Arzt darstellen lassen, der herausfinden sollte, welche Erkrankung der Patient (ein anderer Schüler) hat. Der „Patient“ hatte natürlich „Symptome“ (Kärtchen, wo sie notiert waren) bekommen. Der Arzt (Schüler) ist dermaßen in seiner Rolle aufgegangen, dass er den Rest des Tages außergewöhnlich hohen Respekt von allen erhalten hat. Schließlich war er der Doktor, der seinen Patienten nicht nur ausgefragt, sondern auch gleich betont hat, wie wichtig es ist, sich zu öffnen. Ich glaube, dass gerade so humorvoll gemachte Erkenntnisse (Reden ist wichtig) im Gedächtnis bleiben und an anderer Stelle helfen.

Der zweite Teil nennt sich **„Glück und Krisen“**.

Hier geht es darum, mit verschiedenen Methoden und Aufgaben die Schülerinnen und Schüler an die Krankheiten und Schwierigkeiten seelischer Art heranzuführen. Die Teilnehmenden sollen selbst erarbeiten, was das bedeuten kann. Somit steigen sie tiefer in das Thema ein. Der Verein Irrsinnig Menschlich e. V. stellt sehr gute Materialien zur Verfügung, die wir nutzen. Es gibt sehr liebevoll gestaltete Bilder zu Symptomen oder Gruppenarbeiten und Rollenspielen. Meiner Erfahrung nach macht es den Schülerinnen und Schülern wirklich Spaß, mit uns zu arbeiten. Gerade bei den Rollenspielen blühen einige richtig auf, versetzen sich in die Lage einer/eines Angehörigen oder zeigen spielerisch, wie schlimm zum Beispiel Mobbing sein kann und wie man alternativ reagieren kann. Die ganze Klasse kann dabei zusammenwachsen und

über Dinge sprechen, die sonst eher im Verborgenen bleiben. Einige Schülerinnen und Schüler und Lehrerinnen und Lehrer haben schon geäußert, dass sie sich noch nie „so“ kennengelernt haben. Viele haben auch die Zuversicht geäußert, dass sie sich vorstellen könnten, dass die Atmosphäre in der Klasse in Zukunft eine bessere sein wird.

Es kommen verschiedene Medien zum Einsatz. Unsere Regionalgruppe hat einen großen Koffer, den wir mit in die Klassen nehmen. In diesem Koffer befinden sich unter anderem Scherzartikel, Verkleidungen und Kärtchen, die liebevoll Emotionen darstellen. Auch Smileys, mit denen die Schülerinnen und Schüler auf einer Ebene kommunizieren können, die ihnen bereits vertraut ist. Auch uns machen diese Dinge Spaß, wenn wir einen Schultag vorbereiten und unsere Materialien „wiederentdecken“ und überlegen, wie sie diesmal zum Einsatz kommen können.

Und dann kommt auch schon der dritte Teil. Mittlerweile sind vier bis fünf Schulstunden vergangen. Wir haben Pausen dort gesetzt, wo man den Eindruck hatte, dass sie gebraucht wurden. Man hat sich inzwischen kennengelernt und amüsiert. Wir haben Erfahrungen gemacht, wie die Schulklasse sich bei intensiven Themen gibt und ob es Schwächen oder Stärken gibt und welche Emotionen die Teilnehmenden gezeigt haben.

Das Konzept sieht vor, dass sich die beiden Expertinnen und Experten bis dahin nur als Mitarbeitende des Projektes vorstellen, ohne aufzuklären, wer welchen Part vertritt.

Der dritte Teil ist eine „**Gesprächsrunde mit Expertinnen und Experten in eigener Sache**“.

An dieser Stelle outet sich die persönliche Expertin oder der persönliche Experte. An diesem Punkt sage ich „Ich bin psychisch krank und möchte mit euch darüber sprechen“.

Im dritten Teil geht es also darum, dass ich meine eigenen und ganz persönlichen Erfahrungen einbringe. In allen Klassen und auch beim Vorstellen des Projektes an anderer Stelle kam nach meinem „Outing“ erst mal Erstaunen. Dass ich doch ganz normal wirken würde und dass man sich jemand psychisch Kranken doch meistens anders vorstellt. Die Schülerinnen und Schüler sind bei so einem Thema auch ehrlicher und spontaner in ihren Aussagen als die Erwachsenen. Dieses Erstaunen hat eine Wirkung, die wir ganz bewusst einsetzen, um zu zeigen, dass eben auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung ganz normale Menschen sind. Ich glaube, dass wir persönlichen Expertinnen und Experten auch ernster genommen werden, wenn die Schulklasse uns vorher als „normal“ eingeordnet hat.

Ich habe in den Klassen, in denen ich bisher war, nicht immer dasselbe erzählt. Ich mache unterschiedliche Erzählungen, weil auch die, die mir zuhören unterschiedlich sind. Bei der Frage, wie weit ich ins Detail gehe, gucke ich, wie ich die Anwesenden einschätze. Manches wirkt fremd, damit muss man vorsichtiger sein. Ich schaue, wie weit sie in ihrer Entwicklung sind und ob sie gut mit den Informationen umgehen können, die nicht so leicht sind. Ich erzähle meistens ganz grob vom Ablauf der Erkrankung. Wann es angefangen hat und wie ich an Hilfe kam. Ich berichte von Klinikerfahrungen und Hilfsangeboten ambulanter Art. Aber auch von den Dingen, die dazu beigetragen haben, dass ich krank wurde. Ich versuche, ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie man mit Menschen mit psychischen Problemen umgehen kann. Das, was ich mir selbst wünsche und die Erfahrungen mit anderen Betroffenen, sind dabei mein Leitfaden. Ich ermutige die Schülerinnen und Schüler darüber zu sprechen und wenn sie sich mal schlecht fühlen und verzweifelt sind, sich Hilfe zu holen. Wir möchten ja neben Prävention auch erreichen, dass Betroffene schneller in Behandlung gehen und somit eine größere Chance auf Genesung besteht. Und ich glaube, dass die Ermutigung sich selbst ernst zu nehmen oder sich selbst wertzuschätzen, dabei rüberkommt.

Die Schülerinnen und Schüler, denen ich bisher begegnet bin, haben ausnahmslos sehr gut zugehört. Sie haben sich alle darauf einlassen können. Während des Erzählens oder spätestens danach war Raum, um Fragen zu stellen. Sie fragten sehr respektvoll, wie man sich gefühlt hat oder was Angehörige gemacht haben. Ob man Freundinnen und Freunde verliert und was man tun soll, wenn man jemanden kennt, der Probleme hat.

Wenn die Fragen mal zu weit gehen, was selten der Fall ist, war es bisher auch nie ein Problem, eine Grenze zu setzen und offen zu sagen, wenn man etwas nicht beantworten möchte. Auch formulieren die Schülerinnen und Schüler von sich aus, dass man die Frage nur beantworten soll, wenn man es möchte.

Empathie, Einfühlungsvermögen, Behutsamkeit und Vertraulichkeit sind alles Herangehensweisen, die ich bisher erlebt habe. Nur einmal hatte ich einen Schüler, der versucht hat, mir zu signalisieren, dass ihn das alles ja gar nicht interessiert, aber auch der hat nach einiger Zeit gut zugehört. Es wäre auch nicht schlimm, wenn mal jemand dabei ist, die oder der nicht so positiv reagiert, weil man genug andere Erfahrungen macht. Die Erzählung der eigenen Erfahrungen kann von zehn Minuten bis über eine Stunde dauern. Am Ende der Gesprächsrunde bedanken sich die Schülerinnen und Schüler. Sie danken dafür, dass man ihnen dieses Vertrauen entgegengebracht hat und dass sie es toll fanden, dass man sich das traut und dass sie den Eindruck haben, dass der Tag auf jeden Fall weiterhelfen würde. Manchmal berichten auch welche, dass sie selbst Probleme haben oder Freundinnen/Freunde und Angehörige haben, die erkrankt sind. Auch ganz konkrete Fragen, was sie tun sollen, kommen. Natürlich kann man alles nur so weit beantworten, wie man selbst denkt, wie es vielleicht gut sein könnte. Ich füge gerne hinzu, dass ich ja auch „nur“ eine Betroffene bin und nur davon ausgehen kann, wie es eben bei mir war.

Danach gibt es noch etwas Feedback. Eigentlich wäre das aber gar nicht nötig, weil ja alle Beteiligten schon längst gemerkt haben, dass man zusammen etwas erarbeitet hat, was bleibt und hoffentlich auch helfen wird.

Ich bin absolut überzeugt, dass dieses Programm etwas bewirken kann.

Kontakt zur Autorin:
zentegra gGmbH, Pfauenstr. 4, 26135 Oldenburg

2.3 Kommunale Gesundheitskonferenz – Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Oldenburg Anke Schober und Tim Streit, Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Stadt Oldenburg

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) bezeichnet einen guten Gesundheitszustand als einen wesentlichen Bestandteil für die soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und die Lebensqualität.

Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können entweder der Gesundheit zuträglich sein oder sie auch schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen (vgl. Ottawa-Charta, 1986)¹.

Seit dem 01.01.2007 gilt für Niedersachsen das NGöGD (Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst). Durch dieses Gesetz wurde der öffentliche Gesundheitsdienst in Niedersachsen auf ein neues rechtliches Fundament gestellt. Die Zusammenarbeit mit Trägern, Einrichtungen und Vereinigungen, die in für die Gesundheit vor Ort bedeutsamen Bereichen tätig sind, wird explizit als eine Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte formuliert.

Inzwischen wird in vielen deutschen Kommunen hierzu das Instrument der Kommunalen Gesundheitskonferenz genutzt. In diesem Gremium arbeiten die Vertreterinnen und Vertreter aus den unterschiedlichen Organisationen und Institutionen mit Bezug zum Thema Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta zusammen. Ziel ist es, vorhandene und neue Angebote besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abzustimmen. Als fachkundiges Gremium bearbeitet die Gesundheitskonferenz Fragen der gesundheitlichen Versorgung und unterstützt bei Bedarf die kommunale Politik durch Stellungnahmen bei gesundheitspolitischen Entscheidungen.

¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Bereits seit dem Jahr 2009 treffen sich daher in Oldenburg die Mitglieder der Gesundheitskonferenz, darunter unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der Oldenburger Krankenhäuser, der Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn, der Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassen, des Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg, der Ärztekammer Niedersachsen (Bezirksstelle Oldenburg), der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (Bezirksstelle Oldenburg), der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg, der Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen e. V. (BeKoS) sowie der Fraktionen des Rates der Stadt Oldenburg.

Der Rat der Stadt Oldenburg stimmte am 04.07.2011 dem Beitritt Oldenburgs zum Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland zu und erkennt das 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde Städte-Netzwerk als verbindliche Grundlage der Mitgliedschaft an.² Als Kommunalen Koordinator der Gesunde Städte-Arbeit für Oldenburg ist Tim Streit aus dem Gesundheitsamt benannt.

Im Jahr 2010 wurde das Projekt „Zukunftsregionen Gesundheit“ vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, der AOK Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen gestartet.

Hintergrund dieses Projektes war es, den negativen Entwicklungen in der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung entgegenzuwirken. Gemeinsam mit drei niedersächsischen Modellregionen (Emsland, Heidekreis, Wolfenbüttel) entstanden hierfür erste Ansätze.

Das Nachfolgeprojekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ unterstützt nun seit dem 01.01.2014 weitere niedersächsische Landkreise und kreisfreie Städte beim Aufbau entsprechender kommunaler Strukturen. Dadurch soll eine träger- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung von Akteurin-

² <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=2>

nen und Akteuren des Gesundheitswesens vor Ort sowie aus anderen Bereichen der regionalen Daseinsvorsorge ermöglicht werden (vgl. Leitfaden Gesundheitsregionen Niedersachsen, 2014).³

Auf Beschluss der Kommunalen Gesundheitskonferenz wurde im Jahr 2015 die Teilnahme an dem Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ beantragt und vom Land Niedersachsen bewilligt. Die Gesundheitsregionen Niedersachsen ermöglichen den weiteren Strukturaufbau sowie die Förderung von Projekten der Gesundheitsförderung und –versorgung.

Thematische Schwerpunkte der Kommunalen Gesundheitskonferenz waren in den vergangenen Jahren unter anderem die Einrichtung eines Seniorenservicebüros, die Organisation der 3. Oldenburger Thementage „Gesund in die Zukunft“, Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung, Urbane Epidemiologie, Diabetes mellitus und „Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen?“.

Für die Kommunale Gesundheitskonferenz im Herbst 2020 ist als Schwerpunkt der Themenbereich Depressionen/Bündnis gegen Depressionen geplant.

Kontakt zur Autorin/zum Autor:

Anke Schober/Tim Streit, Gesundheitsamt, Industriestr. 1 b, 26121 Oldenburg

3

https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html

2.4 Das Sozialpsychiatrische Curriculum

Alexandra Döpke und Dr. Peter Orzessek
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

In Zusammenarbeit mit der Karl-Jaspers-Klinik (KJK) und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oldenburg fand 2018/2019 zum ersten Mal ein berufsgruppen- und institutionsübergreifendes „Sozialpsychiatrisches Curriculum“ statt, das in das ärztliche Weiterbildungsprogramm der Karl-Jaspers-Klinik integriert wurde.

Zielgruppe des Fortbildungscurriculums waren Teilnehmende der ärztlichen Weiterbildung, Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger sowie Interessierte aus den Bereichen Sozialarbeit, Pflege, Psychologie und Medizin. Es wurden vier Termine à zwei Doppelstunden von 45 Minuten in der Karl-Jaspers-Klinik angeboten.

Das Sozialpsychiatrische Curriculum begann mit einer Einführung in das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) und der Beschreibung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes. In der Einführung wurde zunächst die Frage „Was ist Sozialpsychiatrie?“ erörtert. Außerdem wurde das Thema Krisenintervention bearbeitet. Hierbei wurden die Begriffe „Krise“ und „Notfall“ definiert, Ziele, Handlungsmöglichkeiten und der Ablauf von Kriseninterventionen beschrieben.

Der zweite Termin beschäftigte sich mit den Themen Suizidalität und den Schutzmaßnahmen nach dem NPsychKG. Neben der Begriffsbestimmung der Suizidalität wurden unter anderem Suizidmethoden, Epidemiologie, Risikofaktoren, psychologische, soziologische, neurobiologische und integrative Erklärungsmodelle, Suizidprävention, Handlungsmöglichkeiten und Krisenintervention erläutert.

Der dritte Termin wurde mit den Themen „Der untergebrachte Patient in der Klinik“ und „Entlassungsmanagement nach Unterbringungen“ gefüllt.

Im letzten Termin des Fortbildungscurriculums wurden der Sozialpsychiatrische Verbund, der Sozialpsychiatrische Plan und der Landespsychiatrieplan Niedersachsen vorgestellt. Dazu wurden die gesetzlichen Grundlagen benannt und die Umsetzung in der Stadt Oldenburg dargelegt.

Das Sozialpsychiatrische Curriculum wurde von Seiten der Karl-Jaspers-Klinik, von anderen Institutionen im Einzugsgebiet und den Sozialpsychiatrischen Diensten Weser-Ems gut besucht. Alle Berufsgruppen waren vertreten. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden wünschen eine Fortsetzung des Sozialpsychiatrischen Curriculums im ärztlichen Weiterbildungsprogramm.

Wir bedanken uns bei der Karl-Jaspers-Klinik für die gute Zusammenarbeit und hoffen, dass das Sozialpsychiatrische Curriculum fester Bestandteil des ärztlichen Weiterbildungsprogramms bleibt.

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

2.5 Die Psychiatrische Institutsambulanz der Karl-Jaspers-Klinik Dr. Claus Bajorat, Leiter der Tageskliniken, Karl-Jaspers-Klinik

Was macht eigentlich die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)?

Aufgrund von Nachfragen zu möglichen Behandlungen und zu Zuständigkeiten der Psychiatrischen Ambulanz wird im Folgenden kurz das Ambulanzkonzept der Karl-Jaspers-Klinik vorgestellt:

Nach dem SGB⁴ V, § 118 Abs. 1, sind psychiatrische Fachkrankenhäuser über den örtlichen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung zu ermächtigen, eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) für die Behandlung von schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen einzurichten, die bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten kein ausreichendes Behandlungsangebot finden.

Durch ein multiprofessionelles Therapeutenteam (Medizinische Fachangestellte, Fachärztinnen/Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Fachkrankenpflege, Co-Therapeutinnen/Co-Therapeuten) ist eine differenzierte und störungsspezifische Behandlung möglich. Wichtige Ziele der Behandlung sind eine Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und eine bessere Teilhabe der Betroffenen am Leben.

Die Vergütung für die Ambulanzbehandlung erfolgt niedersachsenweit einheitlich gegliedert in drei Pauschalen gestaffelt nach der Kontaktanzahl. Aufgrund der Budgetdeckelung (höchste Pauschale liegt bei circa 380,00 €/Quartal) sind dem Personaleinsatz bei schwersterkrankten Patientinnen und Patienten auch Grenzen gesetzt. Besonders wichtig ist die Netzwerkarbeit mit den sozialpsychiatrischen Institutionen wie den sozialpsychiatrischen Diensten, Leistungsanbietern von Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP), Soziotherapie, Familienberatungsstellen, der Suchthilfe, Reha-Einrichtungen, Betreuerinnen und Betreuern et cetera. Für die Behandlung in der Ambulanz ist in jedem Quartal

⁴ Sozialgesetzbuch

wieder eine hausärztliche Überweisung erforderlich. Parallelbehandlungen mit Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Psychiaterinnen/Psychiatern sollten möglichst nicht erfolgen.

In unserer Klinik wurde seit 1996 zunächst die allgemeinspsychiatrische Ambulanz mit zunehmend mehr versorgten Patientinnen und Patienten (und entsprechend mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) aufgebaut. Nach Überleitung des Landeskrankenhauses auf den Psychiatrieverbund 2008 nahm die Dynamik in der Entwicklung der Ambulanzen der Karl-Jaspers-Klinik zu, unter anderem durch die Gründung kleiner Außenstellen in den externen Tageskliniken (Delmenhorst, Cloppenburg und Brake). Ferner wurden neben der allgemeinspsychiatrischen Institutsambulanz mehrere große Spezialambulanzen der klinischen Bereiche aufgebaut, die unten mit ihrem Spektrum kurz beschrieben werden. Aktuell werden in allen Ambulanzen der Karl-Jaspers-Klinik circa 3300 Patientinnen und Patienten pro Quartal behandelt. Die Zahl der dauerhaft in Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten ist allerdings kleiner, da diese – falls möglich – wieder in die Behandlung durch die kassenärztliche Versorgung übergeleitet werden beziehungsweise aus anderen Gründen keine PIA-Behandlung mehr erforderlich ist. Gelegentlich erfolgt auch ein Therapieabbruch durch die Patientinnen und Patienten selbst, insbesondere wenn trotz intensiver therapeutischer Bemühungen keine Behandlungseinsicht erreicht wird.

Schwerpunktmäßig werden Menschen mit folgenden psychischen Störungen in der allgemeinspsychiatrischen Institutsambulanz (mit den externen PIAs in Tageskliniken circa 1500 Patientinnen und Patienten) behandelt:

- schwere und chronifizierte Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizoaffektive Störungen und andere psychotische Störungen;
- schwere Depressionen, manische und bipolare Störungen;
- schwere Persönlichkeitsstörungen;

- komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und weitere schwerwiegende Traumafolgestörungen;
- schwere und chronische Angst- und Zwangserkrankungen, Essstörungen und psychosomatische Störungen;
- psychiatrische Doppel- und Mehrfacherkrankungen (zum Beispiel Psychose oder Persönlichkeitsstörung und Sucht, affektive Störung und Sucht) sowie
- schwere psychische Störungen und Krankheiten bei Intelligenzminderung.

Das multiprofessionelle Team der allgemeinpsychiatrischen Institutsambulanz ermöglicht ein auf die Bedürfnisse und medizinischen Notwendigkeiten abgestimmtes integriertes Behandlungsangebot mit folgenden Schwerpunkten:

- psychiatrische und psychologische Diagnostik, im Bedarfsfall auch spezifische neuropsychologische Diagnostik, fachärztliche psychiatrische und psychopharmakologische Therapie;
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und unterstützende psychotherapeutische Maßnahmen (einzeln und in der Gruppe);
- psychoedukative Gesprächs- und Informationsgruppen zu verschiedenen Themen;
- tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie, Skillsgruppen;
- metakognitives Training;
- fachpsychiatrische krankenpflegerische Betreuung einzeln und in der Gruppe;
- Aktivitäten-, Kontakt-, Schwimm-, Walking- und Ernährungsgruppe, Progressive Muskelentspannung, Ohrakupunkturgruppe;
- tages- und wochenstrukturierende Hilfen;
- umfassende psychosoziale Beratung und Unterstützung;
- Einbeziehung von Familienangehörigen, Betreuerinnen/Betreuern und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern aus anderen sozialpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen, regelmäßige Gesprächsgruppe für Angehörige;

- Hausbesuche, auch in Wohn- und Pflegeeinrichtungen sowie
- seit 2018 Spezialsprechstunde für psychisch traumatisierte Flüchtlinge in Zusammenarbeit mit IBIS Oldenburg.

Für jede Patientin und jeden Patienten wird ein individueller Gesamtbehandlungsplan erstellt, der die medizinisch notwendigen Leistungsbausteine umfasst, eine persönliche und wenn nötig langfristige Behandlungskontinuität ermöglicht und eine Krisenversorgung sicherstellt.

Im Folgenden werden die Spezialambulanzen an der Karl-Jaspers-Klinik kurz vorgestellt:

- Gerontopsychiatrische Institutsambulanz (GIA)
(Herr Dreyer, Telefon: 0441 9615-500)
In der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz werden alle schweren psychischen Erkrankungen im Alter behandelt (ab circa 65 Jahren). Besondere Schwerpunkte dabei bilden die Gedächtnissprechstunde (Differenzialdiagnostik bei Demenzverdacht) und Versorgung psychisch schwer Erkrankter in Seniorenheimen sowie die Angehörigenarbeit.
- Ambulanz für Autismusspektrumstörungen einschließlich einer Spezialambulanz für Opfer von Straftaten
(Dr. Figge, Telefon: 0441 9615-685)
- Suchtmedizinische Institutsambulanz (SIA)
(Dr. Westhausen, Telefon: 0441 9615-260)
Abhängigkeitserkrankungen und Doppeldiagnosen
- Mutter-Kind-Ambulanz
(Frau Schmidt, Telefon: 0441 9615-685)
Psychische Erkrankungen von Müttern in Schwangerschaft, Wochenbett und Säuglingszeit

- Universitätsklinik-Ambulanz
(Frau Lambrecht, Telefon: 0441 9615-9536)
Emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Studienambulanz

- Regional zuständige allgemeinpsychiatrische Ambulanzen an der
 - Tagesklinik Delmenhorst (Frau Guemues, Telefon: 04221 916499-20)
 - Tagesklinik Cloppenburg (Frau Brack, Telefon: 0441 9615-1310)
 - Tagesklinik Brake (Dr. Winterscheidt, Telefon: 04401 829531-11)

- Forensische Institutsambulanz (FIA)
(Herr Wübben, Frau Hornik, Telefon: 0441 9615-415)
Für psychisch erkrankte Straftäter mit einer Behandlungsaufgabe nach dem Strafgesetzbuch §§ 63, 64

Ich hoffe, dass Sie durch diesen Artikel etwas Klarheit über das ambulante Angebot der Karl-Jaspers-Klinik gewonnen haben. Bei Rückfragen Ihrerseits zu einzelnen Patientinnen und Patienten, die schon in Ambulanz-Behandlung sind, wenden Sie sich bitte an die jeweils zuständige Ambulanzärztin/den jeweils zuständigen Ambulanzarzt. Auch wenn der Ärztemangel schon lange in den Ambulanzen angekommen ist und wir daher keine explizite Notfallsprechstunde anbieten können, bemühen wir uns weiterhin, akut und schwer erkrankte Patientinnen und Patienten nach telefonischer hausärztlicher Anmeldung sehr kurzfristig zu sichten. Ich stehe für Rückfragen hierzu gern telefonisch zur Verfügung.

Dr. Bajorat

Ärztlicher Leiter der Tageskliniken, PIA

Telefon: 0441 9615-540, Fax: 0441 9615-553

Kontakt zum Autor:

Dr. Claus Bajorat, Psychiatrische Institutsambulanz, Karl-Jaspers-Klinik,
Hermann-Ehlers-Str. 7, 26160 Bad Zwischenahn, E-Mail: claus.bajorat@kjk.de

2.6 Neu im Psychiatrieverbund der Karl-Jaspers-Klinik: Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Westerstede stellt sich vor

Dr. med. Silke Kleinschmidt, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Als weiterer **Standort** der Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn (KJK) wurde 2017 die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM) in Westerstede eröffnet.

40 Behandlungsplätze (und 5 Plätze für privat Versicherte) stehen für Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in der neuen Klinik, die in der Nähe zur Ammerland Klinik errichtet wurde und in Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus betrieben wird, zur Verfügung. Konkret bedeutet das, dass 10 Behandlungsplätze für Bundeswehrsoldatinnen/Bundeswehrsoldaten reserviert sind und dass einige Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Team Bundeswehrangehörige aus dem Sanitätsdienst sind. Neu und einzigartig in der Bundesrepublik ist dabei, dass Ärztinnen und Ärzte der Bundeswehr im Rahmen der Weiterbildung die Facharztqualifikation „Psychosomatische Medizin“ erwerben und dann zukünftig in den Bundeswehrkrankenhäusern und Fachärztlichen Untersuchungsstellen arbeiten werden.

In der neuen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Standort Westerstede stehen in einem neuen, ansprechenden und funktionellen Gebäude optimal gestaltete Räumlichkeiten zur Verfügung, die dazu beitragen, die psychosomatischen Behandlungsprozesse im Einzel- und Gruppenpsychotherapeutischen Setting nutzbringend zu gestalten. Architektonisches Gestaltungsprinzip war dabei der Ansatz der „empathischen Architektur“, der die Bedürfnisse der zukünftigen Nutzerinnen und Nutzer (Patientinnen/Patienten sowie Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter) antizipiert und baulich umsetzt.

Die **epidemiologischen Daten** zeigen, dass psychosomatische Erkrankungen häufig sind (Bundesgesundheitsurvey: 17,2 Prozent affektive, vorwiegend depressive Störungen, 7,5 Prozent somatoforme Störungen und 9 Prozent Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung). Dennoch zeigte sich bei der Einweihung der Klinik und im Kontakt zu den einweisenden Ärztinnen und Ärzten rasch, dass die Unterscheidung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Syndromen und Behandlungsindikationen den Patientinnen und Patienten sowie den Zuweisenden nicht immer leicht fällt, so dass Erläuterungen und Informationen erforderlich sind.

Psychosomatische Erkrankungen sind Leiden, bei denen psychische und körperliche Beschwerden zusammenwirken. Sie zeigen sich beispielsweise durch körperliche Symptome, die aber nicht oder nicht nur durch körperliche Schäden erklärbar sind, sondern auch psychische Ursachen haben. Zudem gibt es körperliche, also somatische, Erkrankungen, die auch seelische Folgen nach sich ziehen – etwa chronische Schmerzerkrankungen oder Herzinsuffizienz. Dann führt die körperliche Ursache zu einer psychischen Symptomatik. Die Psychosomatik beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen dieser Faktoren aber auch mit den sozialen Bedingungen, die Erkrankungen begünstigen.

Dementsprechend verfolgte die Psychosomatik ein bio-psycho-soziales **Krankheitsmodell**, das die Einflüsse aller drei Bereiche, ihr Zusammenwirken und Widerstreiten, im individuellen Fall ergründet und bearbeitet. Daraus ergibt sich in der Therapie die Notwendigkeit einer multidisziplinären und multimethodalen Zusammenarbeit, bei der die Patientinnen und Patienten das Zentrum bilden.

Ein typisches Behandlungsfeld in der Psychosomatik sind beispielsweise chronische Schmerzen. Betroffene Patientinnen und Patienten begeben sich häufig erst mehrere Jahre nach Auftreten der Beschwerden in eine psychosomatische Behandlung, da sie zunächst den körperlichen Symptomen nachgehen. Zu Beginn ihres Leidensweges werden Beschwerden (oft Schmerzen)

häufig durch Medikamente behandelt, die aber nicht dauerhaft helfen können. Im schlimmsten Fall kommt es zu vermeidbaren Operationen, weil zu den körperlichen Beschwerden eine vermeintlich körperliche Ursache gefunden wird. Chronische Beschwerden fördern dann weitere psychische Veränderungen: Es entstehen Ängste, Unsicherheiten und Depressionen. Man spricht von einer Wechselwirkung zwischen Körper (Soma) und Psyche, einem psychosomatischen Prozess.

Patientinnen und Patienten öffnen sich häufig erst nach längerem Verlauf für den Gedanken, dass den Beschwerden eine psychosomatische Ursache zugrunde liegt. Unterstützt werden sie in diesem Prozess häufig von der begleitenden Hausärztin/vom begleitenden Hausarzt.

Die psychosomatische Medizin kennt allerdings auch den umgekehrten Vorgang: Wiederholte oder anhaltende schwere psychische Belastungen oder traumatisierende Erlebnisse hinterlassen nicht nur Spuren in der Psyche, sondern können körperliche Symptome und Krankheiten auslösen. Schwindel, Bluthochdruck, Kopf- oder Rückenschmerzen oder Atemnot sind typische Beispiele derartiger Prozesse. Auch hier hilft es nicht, alleine das körperliche Symptom zu behandeln. Neben einer gründlichen körperbezogenen Diagnostik, die oft bereits im Vorfeld einer stationären Aufnahme durchgeführt werden kann, ist es ganz wesentlich, auch den zugrunde liegenden intrapsychischen Prozess zu ergründen und zu bearbeiten.

Behandlungsspektrum

Patientinnen und Patienten mit folgenden Indikationen kommen für eine psychosomatische Behandlung in Betracht:

- körperliche Erkrankungen mit besonderen psychosozialen Aspekten (zum Beispiel Unfälle oder Krebskrankheiten und deren Bewältigung);

- funktionelle Störungen (zum Beispiel als direkte oder indirekte Reaktion auf psychische oder physische Belastungen beziehungsweise Traumata), die alle Organsysteme oder auch die Sexualität betreffen können;
- somatoforme, hypochondrische und Konversionsstörungen, bei denen die Klagen der Patientinnen und Patienten über körperliche Symptome (zum Beispiel Schmerzen oder Ängste) im Vordergrund stehen, wo aber bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome seelische Konflikte überwiegen und eine bedeutsame Rolle spielen;
- seelische Erkrankungen, die mit körperlichen Beschwerden einhergehen (somatisches Syndrom bei Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen);
- seelische Erkrankungen, die körperliche Auswirkungen haben oder somatische Erkrankungen nach sich ziehen (zum Beispiel Essstörungen) sowie
- seelische Erkrankungen in Folge von Problemen mit der körperlichen Identität, dem Körperbild und der Krankheitsbewältigung.

Am Anfang der **psychosomatischen Behandlung** gilt es meist, die Patientinnen und Patienten, die sehr von ihren körperlichen Symptomen beeinflusst sind, für den Gedanken zu öffnen, dass ihre Probleme psychische Ursachen haben könnten. Die psychosomatische Medizin setzt in einer solchen Situation an mehreren Stellen an: Sie behandelt die psychischen Begleitsymptome der Schmerzen wie Ängste und Depressionen, verbessert und normalisiert die veränderte Wahrnehmung des eigenen Körpers und übt einen neuen Umgang mit chronischen Beschwerden und Schmerzen ein. Dazu ist ein ganzheitliches (bio-psycho-soziales) Vorgehen unabdingbar. Neben psychotherapeutischen Ansätzen finden sich körperbezogene Therapien und kreative Therapien in Form von Kunst und Musik in den Behandlungsplänen. Das Konzept der Klinik beinhaltet darüber hinaus psychoedukative, störungsspezifische Angebote für Betroffene und vor dem Hintergrund systemischer Konzepte auch Familiengespräche. Sofern Patientinnen und Patienten und Angehörige das wollen, werden zum Beispiel alle Mitglieder einer Familie oder auch die Partnerin/der Partner zu gemeinsamen Gesprächen eingeladen. Diese zeitlich und organi-

satorisch aufwendigen Gespräche sind nicht nur für den Verlauf der unmittelbaren Klinikbehandlung, sondern sehr oft auch für die Zeit nach der Entlassung beziehungsweise den gesamten Genesungsprozess von großer Bedeutung. Dies gilt insbesondere für Jugendliche, die noch im Elternhaus wohnen. Auch den Kindern von psychisch erkrankten Eltern gilt besondere Aufmerksamkeit, da Kinder sich zumeist unmittelbar und oft unbewusst mit den leidenden Vätern und Müttern identifizieren, Schuldgefühle entwickeln und sich für deren Gesundheit nicht selten auch persönlich verantwortlich fühlen. Um diese kleinen Heldinnen und Helden wieder zu entlasten, muss durch die behandelnde Klinik oder auch durch ambulante Therapeutinnen/Therapeuten ein trag- und leistungsfähiges Hilfesystem etabliert werden. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass alle Mitglieder eines Familiensystems Freiräume und Entwicklungsmöglichkeiten und damit auch eine Chance auf psychische Gesundheit behalten oder wiedergewinnen.

Behandlungskonzept

Wissenschaftlich fundiert, neurobiologisch orientiert und therapieschulenübergreifend werden indikationsbezogen und zum Teil störungsspezifisch unterschiedliche Therapien angeboten:

- Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting, zum Beispiel interaktionelle und verhaltenstherapeutische Gesprächsgruppentherapie, spezielle Gruppen zur Angst, Schmerz- und Stressbewältigung sowie Depression;
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Biofeedbacktherapie, Yoga);
- Sport-, Physio- und Bewegungstherapie, Spiegeltherapie;
- Musiktherapie,
- Ergotherapie,
- unterstützende pflegerische Maßnahmen,
- Sozialberatung und vieles mehr sowie
- internistische, ärztlich-medizinische Versorgung.

Aufnahme

- Aufnahmevoraussetzung: Indikation im genannten Behandlungsspektrum
- Einweisung von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt und Vorgespräch in der Klinik
- Aufenthaltsdauer: circa 6 Wochen
- Kostenübernahme (im Regelfall) durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen beziehungsweise Beihilfestellen

Aufnahmekoordination/Fragen rund um die PSM:

Dr. med. Sabine Casper, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dr. med. Silke Kleinschmidt, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Telefon 0441 9615-1610

Weitere Infos finden Sie auch unter www.karl-jaspers-klinik.de

Kontakt zur Autorin:

Dr. Silke Kleinschmidt, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
An der Hössen 23, 26655 Westerstede

2.7 Die neue Pflegeausbildung in Oldenburg

Angela Heyer und Birgit Voß, Ev. Altenpflegeschule e. V. in Oldenburg

Ab dem 01.01.2020 werden die bisherig getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer gemeinsamen Pflegeberufsausbildung zusammengefasst und damit zu einem einheitlichen Berufsbild zusammengeführt. Inhaltlich werden fachbereichsübergreifende pflegerische Qualifikationen vermittelt, die zur Pflege von Menschen in allen Altersgruppen und Versorgungssettings befähigen.

Im Folgenden finden Sie die wichtigsten Punkte des Pflegeberufegesetzes:

Organisation und Berufsbezeichnung

Alle Auszubildenden in der Pflege absolvieren zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Auszubildende, die im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ beziehungsweise „Pflegefachmann“. Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen und diesen im dritten Ausbildungsjahr wählen, tragen die Berufsbezeichnung „Altenpflegerin/Altenpfleger“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“.

Vorbehaltsaufgaben

Erstmals werden ausschließlich dem Pflegeberuf vorbehaltene Tätigkeiten definiert, Aufgaben, die nur Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ausführen dürfen. Diese beinhalten im Wesentlichen die Erhebung und Feststellung von Pflegebedarfen, die Erhebung von pflegerischen Diagnosen, die Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Pflege in ihren qualitativen Dimensionen.

Ziele der Ausbildung

Die Ausbildung soll zur selbstständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege von Menschen in unterschiedlichsten Lebenssituationen in akuten und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen befähigen. Die Ziele sind kompetenzorientiert beschrieben und mit Blick auf präventive, rehabilitative und palliative Anteile benannt.

Dauer und Struktur

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung konkretisiert die Ausbildungsstruktur. Der Umfang der Ausbildung liegt bei mindestens 4.600 Stunden, die sich aus 2.100 theoretischen und 2.500 praktischen Stunden an den Lernorten zusammensetzen. 1.300 Stunden der praktischen Ausbildung werden beim Träger der praktischen Ausbildung absolviert, weitere 400 Stunden werden jeweils in den Bereichen „Stationäre Akutpflege“, „Stationäre Langzeitpflege“, „Ambulante Akut- und Langzeitpflege“ absolviert, je 120 Stunden in den Bereichen „Pädiatrische Versorgung“ und „Psychiatrische Versorgung“.

Recht auf Praxisanleitung

Erstmals wird die Praxisanleitung in einem Ausbildungsgesetz geregelt. Sie hat einen Umfang von 10 Prozent der praktischen Ausbildungszeit (250 Stunden) und wird von den Einrichtungen erbracht. Die Schulen unterstützen die praktische Ausbildung durch Praxisbegleitung.

Eingangsvoraussetzungen

Voraussetzend für den Zugang zur Ausbildung ist der mittlere Schulabschluss oder der Hauptschulabschluss, zusammen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Umfang von mindestens zwei Jahren oder eine einjährige Helferinnen-/Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege.

Schulgeldfreiheit

Die Schulgeldfreiheit wird bundesweit festgeschrieben.

Finanzierung der Ausbildung

Die Finanzierung erfolgt über einen Ausgleichsfond auf Landesebene mit einem geregelten Umlageverfahren. In den Fond zahlen Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, das jeweilige Bundesland, die soziale und die private Pflegeversicherung ein. Die auf die stationären und ambulanten Einrichtungen entfallenen Umlagebeträge sind in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig.

Mit der gesetzlichen Novellierung reagiert der Bund auf die sich veränderten Anforderungen an die Versorgungsszenarien und an die Pflege. Eine Ausbildung für nur einen Versorgungsbereich gilt als nicht mehr zeitgemäß. Nicht zuletzt auch darin begründet, dass der Anteil sehr alter, multimorbider Menschen und solcher mit demenziellen Erkrankungen steigt. Diese Menschen werden sowohl in Krankenhäusern als auch in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Pflegefachpersonal mit einer hohen Flexibilität zum Wechsel der Arbeitsbereiche wird benötigt.

Seit 2011 arbeiten die Pflegeschulen des Klinikum Oldenburg AöR und die Evangelische Altenpflegeschule e. V. in Oldenburg eng zusammen, seit 2013 vertraglich vereinbart. So finden einmal jährlich mit den Teams der Schulen gemeinsame Lehrkräftefortbildungen statt, werden Unterrichte und Projekte gemeinsam geplant und schulübergreifend durchgeführt, wird die novellierte Pflegeausbildung systematisch vorbereitet und angebahnt.

Damit verfolgen wir das Ziel, die Pflegeausbildung mit Blick auf die sich veränderten Herausforderungen an den Pflegeberuf zukunftsorientiert und qualitativ hochwertig auszugestalten. An beiden Schulstandorten werden alle Pflegeausbildungen angeboten und durch hochqualifizierte Lehrkräfteteams realisiert.

Der erste Kurs nach dem neuen Pflegeberufegesetz startet in der Evangelischen Altenpflegeschule e. V. am 15.08.2020, in den Pflegeschulen des Klinikum Oldenburg AöR am 01.09.2020.

Bis dahin gilt es, die Zeit zur weiteren Konkretisierung mit Blick auf die Curricula und praktischen Ausbildungspläne zu nutzen.

Wir sind gespannt, wie das neue Gesetz den Pflegeberuf weiterentwickeln und damit auch möglicherweise die ganze Pflegelandschaft verändern wird!

Kontakt zu den Autorinnen:

Ev. Altenpflegeschule e. V., Artillerieweg 37, 26129 Oldenburg

2.8 Wohnkonzepte der GSG Oldenburg

Stefanie Brinkmann-Gerdes, GSG Oldenburg

Das Initiieren und Schaffen von Wohnangeboten für Menschen in besonderen Lebenslagen ist eine der Hauptaufgaben der GSG, wobei sie sich den jeweiligen Bedürfnissen und Anforderungen über die Jahre kontinuierlich angepasst hat. Eine kurze Darstellung der Entwicklungsgeschichte der GSG soll dies verdeutlichen, bevor im Anschluss die aktuellen Wohnangebote und -konzepte vorgestellt werden.

Kurzer Steckbrief der GSG

Die GSG OLDENBURG wurde Anfang der 1920er Jahre gegründet, um die kriegsbedingte große Wohnungsnot zu lindern. Bereits in ihrem Gründungsauftrag ist verankert, dass sie sich insbesondere um „... die adäquate Wohnungsversorgung breiter Schichten der Oldenburger Bevölkerung ...“ kümmern soll. Dieser Grundsatz gilt bis heute und auch der Anspruch des gemeinnützigen Wirtschaftens besteht – selbst nach Abschaffung der Gemeinnützigkeit für Wohnungsunternehmen – bei der GSG fort.

In nahezu allen Stadtteilen – und auch im Landkreis Oldenburg – hat sie Wohnquartiere in unterschiedlichen Größen errichtet und sich in beträchtlichem Umfang an der Weiterentwicklung Oldenburgs beteiligt. Mit fast 8.000 Wohnungen ist die GSG die größte Anbieterin von Mietwohnraum in der Stadt.

Das Wohnen an sich ist ein Grundrecht und soll jedem Menschen die Möglichkeit für Rückzug, Privatheit und Regeneration bieten. Deshalb geht es neben dem Errichten von Wohngebäuden auch immer darum, sich mit den gesellschaftlichen Entwicklungen und damit einhergehenden Ansprüchen und Bedürfnissen an das Wohnen auseinanderzusetzen und das Wohnangebot entsprechend daran auszurichten. Bedingt durch verschiedene gesellschaftliche Trends und deren Folgen, wie die zunehmende Individualisierung, dem Aufbrechen einst gewohnter familiärer Wohn- und Lebensstrukturen sowie den

Entwicklungen durch den demografischen Wandel, gibt es deshalb heute ein erhebliches breiteres und vielseitigeres Wohnangebot.

Beispiele von Wohn- und Versorgungsangeboten der GSG

Ein besonderes Kennzeichen vieler neu entstandener Wohnangebote der GSG besteht in einer gelungenen Kooperation mit verschiedenen Vereinen, Institutionen und anderen Trägern. Diese weitreichende vernetzte Arbeit ist bei der GSG unter anderem aus der Einrichtung des Sozialen Dienstes hervorgegangen. Er besteht aus zwei Personen und versteht sich unter anderem als vermittelnde Instanz zwischen dem regulären Vermietungsgeschäft der GSG und unbegleiteten sowie durch verschiedene Institutionen begleiteten Personen, die sich nicht ohne Weiteres auf dem freien Wohnungsmarkt versorgen können.

Daneben ist der Soziale Dienst Ansprechpartner für viele Einrichtungen und Institutionen oder Personen, die aus unterschiedlichen Gründen Interesse an einer speziellen Wohnform haben.

Wohnen im Alter

Für einen ausgewogenen Generationen-Mix plant die GSG ihre Wohnquartiere schon seit langem mit einem Angebot von unterschiedlichen Wohnungen für einen möglichst großen und breitgefächerten Interessentenkreis. Bereits ab den 60er Jahren, verstärkt in den 80er und 90er Jahren, hat die GSG deshalb neben dem regulären Wohnungsbau angefangen, Seniorenwohnungen zu errichten. Sie bestehen in der Mehrzahl aus zwei Zimmern, Küche, Bad, Balkon und haben – je nach Baujahr – einen entsprechenden Standard an Barrierefreiheit. Die meisten dieser Wohnungen haben eine gute Anbindung zu Versorgungsangeboten und bieten zum Beispiel langjährigen Mieterinnen und Mietern oft eine kleinere, kostengünstige Alternative zur ehemals großen Familienwohnung im vertrauten Wohnquartier.

Um den Bewohnerinnen und Bewohnern auch im Falle von vorübergehender Erkrankung oder geringem Unterstützungsbedarf Hilfen anzubieten, wurde im Rahmen einer Kooperation mit der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (JUH) das „Service-Wohnen“ entwickelt. Idee ist hier, insbesondere alleinstehenden Personen in einer Notsituation im gewissen Umfang entlastende und versorgende Angebote zu bieten. Dies betrifft einerseits die Installation eines Hausnotrufgerätes, aber vor allem auch die Organisation von individuellen Hilfen.

Als weitere Ergänzung wurde für die älteren Mieterinnen und Mieter der GSG ein niedrigschwelliges Angebot für kleine Alltagshilfen durch – vorwiegend – junge Menschen geschaffen, die im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes bei der JUH arbeiten. Nachgefragt werden zum Beispiel Begleitung beim Einkauf, Gardinen aufhängen oder ein bisschen Gesellschaft am Nachmittag oder beim Spaziergang, also Angebote, die dazu beitragen, die Selbstständigkeit in den eigenen vier Wänden möglichst lange zu erhalten und mögliche Einsamkeit zu mindern.

Gerade auch zur Verhinderung von Einsamkeit und Isolation hat die GSG in einzelnen Seniorenwohnanlagen Gemeinschaftsräume eingerichtet, die die Bewohnerinnen und Bewohner in eigener Verantwortung nutzen können. Daneben gibt es zum Beispiel das von der GSG zur Verfügung gestellte Mehrgenerationenhaus, das von der JUH geführt wird. Hier finden verschiedene Veranstaltungsformate vom gemeinsamen Essen, über Spiele, Beratungen, Sportangebote, Sprachkurse und vieles mehr statt. Diese werden zum Teil zunächst durch die JUH initiiert, aber generell durch das Engagement der Mitstreiterinnen und Mitstreiter ausgeführt.

Ebenfalls im Rahmen von Kooperation hat die GSG für die JUH eine Tagespflegeeinrichtung am Scheideweg gebaut und in der Kennedystraße wurde durch umfangreiche Umbauarbeiten Raum für eine neunköpfige Demenzwohngemeinschaft geschaffen, in der die JUH für die Betreuung und Pflege ausgewählt wurde.

Am Klingenbergplatz in Kreyenbrück entsteht zurzeit ein Gebäudekomplex, der ein breit gefächertes Wohnangebot mit Tagespflege, Demenz-WG, Betreutem Wohnen sowie Seniorenwohnungen und Schwesternappartements enthalten wird. Auch hier werden die Betreuungsleistungen für die verschiedenen Wohnformen durch die JUH angeboten. In der anderen Hälfte des Gebäudes werden im Zuge von Dezentralisierung verschiedene städtische Einrichtungen, nämlich die Stadtteilbibliothek, die Gemeinwesenarbeit und die Sozialen Dienste einziehen. Somit entsteht ein Zentrum, das vielen Kreyenbrückerinnen und Kreyenbrückern kurze Wege für diverse Anliegen bereiten wird.

Insgesamt ist durch die Kombination dieser Wohn-, Begleitungs- und Betreuungsangebote ein Unterstützungssystem entstanden, das dem immer größer werdenden Anteil älterer Menschen innerhalb der Mieterschaft der GSG ein längeres Wohnen und Leben in der vertrauten Umgebung bei weitestgehender Selbstständigkeit ermöglichen soll.

Wohnen mit Unterstützung

Neben der Gruppe der Seniorinnen und Senioren gibt es weitere Personengruppen, die aus unterschiedlichen Gründen heraus einen gewissen Unterstützungs- und/oder Betreuungsbedarf haben. Dies betrifft zum Beispiel Menschen mit physischen oder psychischen Erkrankungen. Auch hier bestehen Kooperationen zu unterschiedlichen betreuenden Einrichtungen und Vereinen.

Physische und psychische Erkrankungen

Im Zuge von Gebäudesanierungen oder auch im Wohnungsneubau hat die GSG für die Gemeinnützigen Werkstätten e. V. bereits eine Vielzahl von Wohnangeboten geschaffen. Diese umfassen einerseits reguläre Wohnheime, aber mittlerweile in der Mehrzahl Wohngebäude mit kleinen Einzelappartements oder Wohnungen für Wohngemeinschaften, die die Bewohnerinnen und Bewohner eigenständig anmieten. Zur Organisation des Alltags ist in diesen Häusern jeweils zusätzlich eine kleine Wohnung für ein stundenweises Betreuungsangebot eingerichtet.

Vergleichbare Wohnangebote sind auch im Rahmen einer Kooperation mit der zentegra gGmbH entstanden. Intention beider Träger ist, Menschen mit körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen ein weitestgehend eigenständiges und inklusives Leben zu ermöglichen.

Ein weiteres Angebot – gerade auch im Zuge von Rehabilitation und Wiedereingliederung – stellen jeweils die drei GSG-Wohnungen dar, die von der Karl-Jaspers-Klinik und der Rose 12 als Außenstellen angemietet sind. Deren ehemalige Patientinnen und Patienten können hier aus einem relativ geschützten Rahmen heraus und mit dem notwendigen Maß an Begleitung, den Weg zurück in die Selbstständigkeit unternehmen.

Ein ganz neues Bauvorhaben plant die GSG auf dem Gelände des ehemaligen Fliegerhorsts für den Verein der Autisten. Hier soll ein Wohngebäude für Menschen mit dem Asperger-Syndrom entstehen, das entsprechend deren besonderer Bedürfnisse – nämlich möglichst ruhig – an einer eher randständigen Lage eines neu erschlossenen Quartiers liegen wird. Zusätzlich wird es in diesem Haus auch einen Therapiebereich für die Bewohnerinnen und Bewohner geben. Somit wird hier Begleitung im gewissen Umfang angeboten, um die Selbstständigkeit zu fördern beziehungsweise zu erhalten.

Mutter-und-Kind-Wohnen

Weitere Wohngebäude für eine besondere Personengruppe gibt es in der Eupener Straße. In insgesamt zehn Wohnungen erhalten hier junge Frauen mit ihren Kindern eine Möglichkeit, ihre neue Aufgabe und Rolle als Mutter zu erlernen und anzunehmen. Zusammen mit ihren Kindern leben sie in eigenen kleinen Wohnungen, haben jedoch im Erdgeschoss einen großen Gemeinschaftsbereich und vor allem ausgebildete Fachfrauen, die sie darin begleiten, die Verantwortung für sich und ihr Kind zu übernehmen. Der Aufenthalt in diesen Häusern ist freiwillig und zeitlich unbegrenzt.

Wohnen für Jugendliche und junge Erwachsene

Verschiedene Wohnangebote hält die GSG für die LebensWerkSTATT Oldenburg gGmbH bereit: Zunächst gibt es eine Wohngemeinschaft für Jugendliche, die durch ein Team von Pädagoginnen und Pädagogen begleitet und in ihren Fähigkeiten gestärkt werden. Dies geschieht im Rahmen einer familienähnlichen Wohnsituation, mit dem Ziel, Alltagsroutinen zu entwickeln und schulische und berufliche Abschlüsse zu erlangen.

Um die erworbene Selbstständigkeit und Verantwortung weiter zu trainieren, haben die jungen Menschen weiterhin die Möglichkeit, eine eigene kleine Wohnung anzumieten und ambulante Unterstützung und flexible Hilfen durch die LebensWerkSTATT zu erhalten. Auch hier bietet die GSG oft kleinere, passende Wohnungen an.

Jugendhilfezentrum der Stadt Oldenburg

Ebenfalls im Rahmen einer Kooperation hat die GSG für die Stadt Oldenburg Wohngebäude mit verschiedenen Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche hergerichtet, die eine Unterbringung außerhalb der Familie brauchen. Begleitet und betreut durch entsprechende Fachleute, finden Kinder und Jugendliche hier entsprechend ihres Alters und ihrer individuellen Situation die passende Wohnsituation.

Im Verlauf der weiteren Wohndauer werden dann ganz nach dem individuellen Entwicklungsstand die nächsten Schritte zur Verselbstständigung für die jungen Bewohnerinnen und Bewohner geregelt und organisiert und auch durch unterschiedliche Wohnangebote – Wohngemeinschaft, Zweiergruppe, Einzelappartement – der GSG unterstützt.

Zusammenfassung und Ausblick

Mit dieser Aufstellung sollte ein Überblick gegeben werden, in welchem Umfang die GSG Wohnraum für Menschen in ihren je unterschiedlichen Lebenslagen zur Verfügung stellt. Die Kooperation mit den verschiedenen Institutio-

nen besteht vielfach bereits seit längerer Zeit und hat sich im Rahmen der vertrauensvollen Zusammenarbeit bewährt. Nicht aufgeführt wurden hier die vielen Mietverhältnisse, bei denen Personen durch hauptberufliche oder ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer begleitet werden und ebenfalls adäquate Wohnangebote erhalten.

Festzuhalten ist, dass für die GSG nicht zuerst die jeweilige Problemlage entscheidend ist, viel eher geht es darum, zu wissen und dazu beitragen zu können, dass Menschen in ihrer Individualität respektiert werden und auch im Falle einer Krisensituation die Möglichkeit für eine geordnete, eigenständige Lebensführung erhalten. In diesem Zusammenhang sind auch die verschiedenen Einrichtungen wie Gemeinwesenarbeit und weitere Beratungs- und Anlaufstellen, die oft auch in Häusern und Wohngebieten der GSG Räume haben, von Bedeutung, denn auch sie tragen dazu bei, ein solidarisches und friedliches Wohnen und Leben in Nachbarschaften zu fördern.

Auch zukünftig wird es wichtig sein, diese Ressourcen zu bewahren und die Ausgestaltung der Wohnquartiere in Hinblick auf ihre versorgende und Sicherheit gebende Funktion gut und sensibel im Blick zu behalten und wenn nötig weiter auszubauen oder anzupassen.

Kontakt zur Autorin:

Stefanie Brinkmann-Gerdes, GSG Oldenburg, Straßburger Str. 8, 26123 Oldenburg

Telefon 0441 9708-154, Fax 0441 9708-182

Ansprechpartner zu allen Wohnangeboten:

Rolf Ottjes, Telefon 0441 9708-159, E-Mail: rolfottjes@gsg-oldenburg.de

3. Schwerpunktthema „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“

3.1 Einführung zum Schwerpunktthema „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“

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

Seit dem letzten Sozialpsychiatrischen Forum, dem jährlichen Gesamttreffen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, ist „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“ das neue Schwerpunktthema für die Arbeit im Verbund und an der weiteren Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes.

Während Sie ab Seite 65 die Empfehlungen zum letzten Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“ lesen können, finden Sie in diesem Abschnitt der Ihnen vorliegenden Veröffentlichung verschiedene Artikel, die sich mit der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen befassen. Diese Artikel sollen die Grundlage bilden für die Diskussion in den Arbeitskreisen des Verbundes zur Frage, wie Zwangsmaßnahmen in der Stadt Oldenburg vermieden werden können. Die gemeinsame Arbeit an diesem Thema wird dann zu Empfehlungen führen, die in der nächsten Ausgabe des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2020 veröffentlicht werden.

Der Hintergrund für die Wahl des Schwerpunktthemas ist auch, dass das Bundesministerium für Gesundheit 2015 zwei Förderprojekte zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem ausgeschrieben hat und dass der Landespsychiatrieplan Niedersachsen aus 2016 ausdrücklich das Mindern von Zwangsmaßnahmen als ein prioritäres Entwicklungsfeld benennt:

„Empfohlen wird, ein verpflichtendes Register zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Landespsychiatrieberichterstattung einzuführen sowie ein laufendes Monitoring der Ergebnisse in Land und Kommunen und den zuständigen Gremien. Aufbauend auf der Analyse dieser Ergebnisse sind die Verfahren für geschlossene Unterbringung und Zwangsbehandlung – auch im Heimbereich – zu evaluieren. Empfohlen werden enge Auflagen und detail-

lierte Protokollierung, systematische Betrachtung durch die Besuchskommis- sionen sowie trialogisch besetzte Entscheidungsgremien, außerdem die Er- probung innovativer Ansätze zwangsvermeidender Behandlung, darunter eine stärkere Nutzung beziehungsweise Empfehlung von Patientenverfügungen. Für den Heimbereich erscheint eine Heim-Enquete sinnvoll.“⁵

2018 hat außerdem die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothe- rapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ herausgegeben. Dort findet sich auf Seite 9 folgende Prä- ambel:

„Eingedenk der Gewalt und des Unrechts, die psychisch erkrankten Menschen im Namen der Psychiatrie und durch in der Psychiatrie Tätige in der Vergan- genheit angetan worden sind, muss dem professionellen Umgang mit aggres- sivem Verhalten heute unsere besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt gelten, um Zwangsmaßnahmen entbehrlich zu machen. Diesem Ziel dient die vorlie- gende Leitlinie.

Unabhängig von diesem historischen Hintergrund stellen Zwangsmaßnahmen und der zeitweilige Verlust von Autonomie für die Betroffenen fast immer eine große emotionale und körperliche Belastung dar. Ziel jeder Intervention müs- sen Deeskalation und Vermeidung von Maßnahmen gegen den Willen psy- chisch erkrankter Menschen sein. Es gilt, deren Rechte und Interessen zu si- chern, gleichzeitig aber auch berechtigten Schutzinteressen anderer Men- schen Rechnung zu tragen. (...)

Zwangsmaßnahmen stellen aus Sicht aller Beteiligten ein Problem in der psy- chiatrischen Versorgung dar und können die weitere Behandlung beeinträchti- gen. Häufig sind sie auch im Nachhinein eine große Belastung für die be- troffenen Menschen. Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Men-

⁵ Landespsychiatrieplan Niedersachsen, Zusammenfassung, (2016), S. 33

schen auch im Nachhinein oft abgelehnt. Die vorliegenden Leitlinien sollen dazu beitragen, dass solche Maßnahmen möglichst vermieden werden und – falls ausnahmsweise erforderlich – so wirksam, angemessen und schonend wie möglich durchgeführt werden. Zwangsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren. (...)“⁶

Ebenfalls in 2018 wurde außerdem von der Ev. Akademie Loccum, dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen und dem Niedersächsischen Sozialministerium eine Tagung zum Thema „Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindern“ durchgeführt. Die Tagungsdokumentation liegt mittlerweile als Buch vor:

Müller, M.C.M., Elgeti, H., Piel, A. [Hg.] (2019). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindern. Alternative Ansätze für die Alltagspraxis. Loccumer Protokolle Band 21/2018, Rehburg-Loccum.

Es gibt also genügend aktuelle Anstöße und Literatur, sich auch hier vor Ort in Oldenburg damit auseinanderzusetzen, wie Zwangsmaßnahmen vermieden werden können.

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

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

⁶ <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>

3.2 S3-Leitlinie Schizophrenie

Melina Brandis, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Am 15.03.2019 hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) eine aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie herausgegeben.⁷ Nach Veröffentlichung besitzt sie bis auf Weiteres für die folgenden vier Jahre Gültigkeit.

Was ist eine „Leitlinie“?

Das Institut für Medizinisches Wissensmanagement der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) beantwortet diese Frage so:

„Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte (und weiterer Berufsgruppen, die in der Versorgung von Menschen mit einem spezifischen Krankheitsbild eingebunden sind) zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“⁸

In der hier vorgestellten S3-Leitlinie werden also Empfehlungen und Hilfen zur Diagnosestellung, Behandlungsplanung, Therapie (einschließlich Psychotherapie) und der weiterführenden Versorgung im Speziellen für das Krankheitsbild der Schizophrenie formuliert, die – gekennzeichnet durch die Bezeichnung S3 – den höchsten international definierten Ansprüchen der Leitlinienentwicklung entsprechen. Es werden Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten diskutiert, ebenso die Herausforderungen in der Begleitung und Behandlung

⁷ DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>

⁸ <https://www.awmf.org/leitlinien.html>

von Schizophrenie betroffener Menschen in besonderen Lebenslagen wie zum Beispiel junges oder höheres Alter, Schwangerschaft und Stillzeit, beeinträchtigender weiterer psychischer und körperlicher Erkrankungen.

Was ist neu?

Die S3-Leitlinie Schizophrenie beinhaltet neben der Weiterentwicklung bestehender Empfehlungen auch neue und – im Sinne der vom Land gewünschten und geförderten Entwicklungen von Gemeindepsychiatrischen Zentren – zeitgemäße Empfehlungen. Im Vorwort heißt es bereits:

„Entscheidend ist für alle Phasen und Aspekte des Versorgungsprozesses dabei das multiprofessionelle und multimodale Vorgehen bei durchgehend empathisch-wertschätzender therapeutischer Haltung.“⁹

Im Besonderen das Kapitel 9.5 (Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, Case Management, aufsuchende, teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung) beschreibt die Nützlichkeit und Notwendigkeit der interdisziplinären Teams, nicht zuletzt betont durch die A-Empfehlungen 150 (Aufsuchender Ansatz zur Vermeidung von Behandlungsabbrüchen) und 151 (Aufsuchende Behandlung im gewohnten Lebensumfeld).

Mit dem Ausspruch dieser Empfehlungen wird die Chance formuliert, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Gestaltung einer kontinuierlichen Krankheitsbehandlung und -versorgung zu ermöglichen und zusätzlich an Stabilisierungsaspekten wie soziale Teilhabe, Lebensqualität, Inklusion und weiterem zu arbeiten. Damit verbunden wird die Zielsetzung, Krankenhausaufenthalte durch das frühe, koordinierte Einsetzen des ambulanten Systems zu vermeiden. Gemeint ist das multiprofessionelle, multimodale, aufsuchende Team (MMT), das das Halten des Kontakts im (ambulanten) Versorgungssystem und dadurch der Verbesserung des Krankheitsverlaufs gewährleisten könne. Für die Versorgung von Schizophrenie Betroffener wird in die-

⁹ DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie, S.10.

sem Kapitel auf die spezielle Lebenslage der Wohnungslosigkeit und der langfristigen Behandlung über die akute Krise hinweg im Rahmen des aufsuchenden Behandlungsansatzes eingegangen.

Ebenfalls einer unbedingten Erwähnung bedarf die in der Neuauflage der S3-Leitlinie Schizophrenie ausführlich diskutierte Wichtigkeit einer strukturierten Diagnostik unter Einbezug der Angehörigen in die weiterführende Therapie-, Behandlungs- und Versorgungsplanung. Betonung erhält dies zum Beispiel in der A-Empfehlung 124, die da heißt:

„Familien mit Kindern oder Jugendlichen mit einer ersten oder mehreren psychotischen Episoden einer Schizophrenie und/oder ihren Angehörigen oder Vertrauenspersonen sollen in den verschiedenen Krankheitsphasen im stationären und ambulanten Setting Familieninterventionen zur Entlastung des Familiensystems und zur Reduktion des Rezidivrisikos angeboten werden.“¹⁰

Wie eingangs schon benannt, werden auch Empfehlungen für besondere Lebenslagen ausgesprochen. Die zitierte A-Empfehlung 124 ist ein Beispiel genau dafür. Von Schizophrenie betroffene Menschen sollen nicht biografisch partiell in Krisensituationen unterstützt werden, sondern – auch anamnestisch, diagnostisch – über die gesamte Lebensspanne ab der ersten Episode von gegebenenfalls jungem Alter bis ins hohe Alter betrachtet und begleitet werden.

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

¹⁰ (DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie, S.190)

3.3 Weniger Zwang, mehr Hilfe – Niedersachsen prüft neue Wege in der Psychiatrie

Quelle: Presseinformation des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 10.04.2018

<https://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/weniger-zwang-mehr-hilfe--niedersachsen-prueft-neue-wege-in-der-psychiatrie-163301.html>

Ministerin Reimann: „Zwangsmaßnahmen auf das absolut notwendige Maß beschränken!“

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sollen dem Schutz der Patientinnen und Patienten dienen, stellen zugleich aber auch immer eine schwere seelische Belastung dar. Das kann zu lebenslangen Traumatisierungen bei den Betroffenen führen. Die Niedersächsische Landesregierung will daher Zwangsmaßnahmen soweit wie möglich reduzieren. Das macht Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin Carola Reimann im Rahmen der Tagung „Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindern“ in Loccum deutlich. Die Zusammenkunft von Expertinnen und Experten sowie Betroffenen wurde ausgerichtet vom Niedersächsischen Sozialministerium zusammen mit der Evangelischen Akademie und dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen.

„Es ist eine Gratwanderung“, betont die Niedersächsische Sozialministerin Dr. Carola Reimann, „manchmal müssen psychisch kranke Menschen vor sich selbst geschützt werden. Auch hier gilt es jedoch die Würde und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu achten und Zwangsmaßnahmen auf das absolut notwendige Maß zu beschränken.“ Die Ministerin erarbeitet deshalb zusammen mit Betroffenen, Angehörigen und weiteren Expertinnen und Experten Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang.

Auch der Vorsitzende des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen, Wolfram Beins, begrüßt dieses Vorhaben und verweist auf entsprechende Empfehlungen im Landespsychiatrieplan Niedersachsen. „Die Psychiatrie in Niedersachsen hat die Aufgabe, stets nach Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu suchen“, so Beins. „Es gibt bereits bewährte Ansätze in der Behand-

lungspraxis“, ergänzt die Tagungsleiterin Dr. Monika C. M. Müller, „diese wollen wir in einem Handlungskatalog zusammenzufassen.“

Aus Sicht der Expertinnen und Experten genügt es nicht, in den stationären Einrichtungen etwas zu verändern, auch das ambulante Angebot vor Ort muss erweitert werden.

Neben verbesserten Krisenhilfen in den Kommunen – insbesondere nachts und an Wochenenden – können auch alternative Angebote wie Rückzugsräume und Weglaufhäuser ein erster Schritt sein (Zufluchtsorte für Menschen, die eine Alternative zur gängigen psychiatrischen Behandlung suchen). Wichtig ist daneben eine stärkere Vernetzung der Hilfsangebote, etwa durch den Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Zentren. Multiprofessionelle Behandlungsteams, die psychisch kranke Menschen zu Hause aufsuchen, können schnell und flexibel auf mögliche Krisen reagieren, so dass Zwangseinweisungen eher vermieden werden können.

3.4 Unterbringungsähnliche Maßnahmen – ein Beispiel

Claus Enneper

Rollenbeschreibung einer Verfahrenspflegschaft im ‚Werdenfelser Weg Amtsgerichtsbezirk Oldenburg Stadt‘

1. Allgemeines

Für eine freiheitsentziehende Maßnahme bei einer Patientin oder einem Patienten reicht die Einwilligung der oder des Bevollmächtigten oder der Betreuerin beziehungsweise des Betreuers allein nicht aus. Vielmehr bedarf eine solche Maßnahme der betreuungsgerichtlichen Genehmigung, wenn sie nicht nur einmalig und kurzzeitig angewendet wird (§ 1906 IV.V BGB¹¹). Der Bundesgerichtshof beschloss am 27. Juni 2012 (Aktenzeichen XII ZB 24/12) außerdem, dass eine Patientin/ein Patient auch nicht vorgreifend auf eine solche gerichtliche Genehmigung verzichten kann.

Für eine qualitativ veränderte Maßnahme entschied das Betreuungsgericht Oldenburg 2011, mit der Einführung des sogenannten Werdenfelser Wegs, einen in Garmisch-Partenkirchen seit dem Jahr 2007 entwickelten Ansatz, zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Amtsgerichtsbezirk Oldenburg umzusetzen. Hiermit wurden alle Entscheidungen nach Bürgerlichem Gesetzbuch (§ 1906 Absatz 4 BGB) über die Anwendung ‚unterbringungsähnlicher Maßnahmen‘ im institutionellen Kontext der Pflegeeinrichtungen einer intensiveren Prüfung unterzogen. Eine Freiheitsentziehung gemäß § 1906 BGB ist anzunehmen, wenn eine Person, die sich noch willentlich fortbewegen kann, in ihrer Fortbewegungsfreiheit so behindert wird, dass sie diese Behinderung nicht mit zumutbaren Mitteln überwinden kann, obwohl sie dies will. In diesen Fällen begründet das Betreuungsgericht im Einzelfall die Bestellung einer Verfahrenspflegerin/eines Verfahrenspflegers gemäß § 317 Abs. 1 FamFG: „Das Gericht hat dem Betroffenen einen Verfahrenspfleger zu bestellen, wenn dies zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen erforderlich ist. [...]“

¹¹ Bürgerliches Gesetzbuch

Abzugrenzen von den genehmigungspflichtigen Maßnahmen gemäß § 1906 Abs. 4 BGB, welche ausschließlich zum Wohl der/des Betroffenen eingesetzt werden dürfen, sind diejenigen Maßnahmen, welche der Abwehr von Gefahren für Dritte dienen. Solche sind lediglich unter den Anforderungen der entsprechenden Landesgesetze (hier: Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)) zulässig, und nicht Gegenstand dieses Textes.

Die betreuungsgerichtliche Genehmigung des Einsatzes unterbringungsähnlicher Maßnahmen setzt zunächst einen entsprechenden Antrag der Betreuerin/des Betreuers beziehungsweise der/des Bevollmächtigten voraus. Die Verfahrenspflegerin/Der Verfahrenspfleger hat die objektiven Interessen der/des Betroffenen im Genehmigungsverfahren zu vertreten, sie/er ist hierbei an keinerlei Weisungen – auch nicht die der/des Betroffenen selbst – gebunden. Sie/Er soll die Betroffene/den Betroffenen unterstützen, ihre/seine Rechte wahrzunehmen und dafür Sorge tragen, dass die Belange der/des Betroffenen hinreichend Gehör finden. Sie ist gesetzliche Verfahrensvertreterin/Er ist gesetzlicher Verfahrensvertreter der/des Betroffenen (unberührt bleibt hierbei die Position der Betreuerin/des Betreuers beziehungsweise der/des Bevollmächtigten; diese behalten alle Rechte und Pflichten auch bei der Bestellung einer Verfahrenspflegerin/eines Verfahrenspflegers). Die Verfahrenspflegerin/Der Verfahrenspfleger hat hier in erster Linie die Pflicht, den Verfahrensgarantien, insbesondere dem Anspruch der/des Betreuten auf rechtliches Gehör, Geltung zu verschaffen. Außerdem hat sie/er den tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen der/des Betreuten zu erkunden und in das Verfahren einzubringen.

Hierfür wird vom Gericht im Rahmen des Werdenfelser Wegs nunmehr eine pflegeerfahrene Person – im Gegensatz zur früheren Bestellung einer Juristin/eines Juristen in der Regel Rechtsanwältin/Rechtsanwalt – bestellt. Diese spezialisierte Verfahrenspflegschaft im Werdenfelser Weg für das gerichtliche Genehmigungsverfahren von freiheitsentziehenden Maßnahmen kombiniert

pflegefachliches Wissen über Vermeidungsstrategien und gehobenen juristischen Informationsstand über die rechtlichen Kriterien.

Die Verfahrenspfleger diskutieren im gerichtlichen Auftrag jeden Fixierungsfall individuell, gehen Alternativüberlegungen gemeinsam mit dem Heim und gegebenenfalls den Angehörigen durch und/oder regen Erprobungen von Alternativmaßnahmen an. Ziel ist es, zu einer gemeinsam getragenen Abschätzung zu kommen, wie im beispielsweise Fall das Verletzungsrisiko bei einem Sturz einerseits, die anderweitigen Folgen einer angewendeten Fixierung dagegen andererseits einzuschätzen sind. Auf diese Art und Weise sollen neben kurzfristigen Sicherheitsaspekten auch die ansonsten selten ausreichend beachteten weiteren Konsequenzen einbezogen werden. Dies meint den Verlust an Lebensqualität und aus Fixierungen resultierende physische und psychische Verschlechterungen bis hin zu Tötungsrisiken.

Die folgende Stellungnahme aus der Verfahrenspflegschaft gleicht das Betreuungsgericht mit dem eigenen Eindruck von der betroffenen Person und der Gesamtsituation, sowie der angeforderten ärztlichen Stellungnahme ab. Das Gericht bittet die zuständige (Haus-)Arztpraxis um Stellungnahme auf folgende Fragen (Beispiel bei Fixierung als Antwort auf andauernde Sturzgefahr):

- Die Feststellung, ob die/der Betroffene zu einer natürlichen, freien Willensbildung in der Lage ist, gerichtet auf die Frage der Notwendigkeit des Einsatzes freiheitsentziehender Maßnahmen;
- Die Feststellung und Einordnung des Krankheitsbildes beziehungsweise der Behinderung der/des Betroffenen;
- Kann sich der/die Betroffene noch willkürlich fortbewegen?
- Die Feststellung, ob aufgrund der Erkrankung oder Behinderung der/des Betroffenen die konkrete Gefahr besteht, dass sie/er sich einen erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt,
- Ist der/die Betroffene bereits gestürzt, gegebenenfalls in welcher Situation und mit welchen Folgen?

- Gibt es Alternativen zu der freiheitsentziehenden Maßnahme?
- Wird diese/dieser Betroffene durch die beantragte Maßnahme in ihrem/seinem körperlichen oder psychischen Wohlbefinden stark beeinträchtigt?
- Welche Art der Fixierung ist notwendig?

Mit dieser Stärkung des Gedankens der Vermeidung von Fixierungen, der aktiv vom Betreuungsgericht gefordert ist, wird das Ziel verfolgt, die Zahl von Fixierungsanträgen auf einen Bruchteil zu reduzieren, weil fast alle Einrichtungen auch ohne gerichtliche Einschaltung von den Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Fixierungsvermeidung Gebrauch machen und eigene Dokumentationssysteme nutzen, um regresssicher die Grundlagen der Nichtfixierungsentscheidung festzuhalten.

2. Spezielles

Im Rahmen der Verfahrenspflegschaft wird nunmehr erforscht,

- a) ob es einen natürlichen Willen zur Fortbewegung gibt. Grundsätzlich ist Voraussetzung für eine Freiheitsentziehung zunächst, dass die/der Betroffene den natürlichen Willen zur Bewegung besitzt und körperlich auch, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln, in der Lage ist, den Willen umzusetzen – denn wo kein Wille beziehungsweise keine Möglichkeit zur Bewegung ist, kann diese auch nicht eingeschränkt werden. Für die Annahme einer genehmigungspflichtigen Freiheitsentziehung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB reicht es jedoch bereits aus, dass der Betroffene trotz objektiv fehlender Fortbewegungsmöglichkeit den Willen zum Aufenthaltsortswechsel hat und diesen praktisch umzusetzen versucht; beispielsweise indem die/der Betroffene aus ihrem/seinem Sessel probiert aufzustehen, um die nächste Toilette aufzusuchen.
- b) ob die Einwilligung der/des Betroffenen zu erhalten ist. Denn eine genehmigungspflichtige Freiheitsentziehung ist nicht gegeben, wenn die/der Betroffene selbst in die unterbringungsähnliche Maßnahme einwilligt. Voraus-

setzung für eine tragfähige Einwilligungserklärung der/des Betroffenen ist allerdings die natürliche Einsichtsfähigkeit der/des Betroffenen, das heißt, sie/er muss kognitiv Art, Tragweite (Vor- und Nachteile) sowie Bedeutung der Maßnahme erfassen, abwägen und bewerten können. Die Einwilligung muss konkret bei jedem Einsatz der gewünschten Maßnahme vorliegen, eine vorab erteilte Einwilligung, zum Beispiel bei Einzug in das Heim, verliert die Gültigkeit, wenn die Einwilligungsfähigkeit zum Beispiel wegen fortschreitender Demenzerkrankung verloren geht. Um dies zu prüfen, ist es für die Verfahrenspflegschaft von Vorteil, wenn die Verfahrenspflegerin/der Verfahrenspfleger Berufserfahrung im Erfassen eines psychischen Befunds mitbringt.

- c) ob mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) auf sonstige Weisen beantragt wurden. Neben den „klassischen“ unterbringungsähnlichen Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt, Vorstecktisch, sedierende Medikamente, 3- beziehungsweise 5-Punkt-Fixierungen, Feststellen von Rollstuhlbremsen et cetera), stellt sich mit fortschreitender Technik auch die Frage der Genehmigungspflicht von Signal sendern („Transpondern“), Signalmatten und ähnliches, durch welche dem Pflegepersonal signalisiert wird, dass die/der Betroffene das Bett oder die Station verlässt. Da § 1906 BGB seiner Zielsetzung nach dem Schutz der räumlichen Bewegungsfreiheit, nicht aber dem Schutz der persönlichen Willensfreiheit dient, ist bei Transpondern die Frage zu klären, ob diese eine Ausgangstür automatisch verschließen, oder lediglich das Pflegepersonal technisch informieren, dass die/der Betroffene just die Pflegestation verlassen hat.
- d) ob die Maßnahmen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig geplant sind. In der Praxis empfiehlt sich zur Vermeidung negativer Konsequenzen die Beantragung der Genehmigung bereits dann, wenn die Maßnahme nicht bereits am nächsten Tag beendet werden kann. Bei besonders intensiven Maßnahmen (5/7-Punktfixierung) ist die Genehmigung sogar bereits

dann einzuholen, wenn sie länger als eine halbe Stunde angewendet werden soll. Das zuständige Betreuungsgericht wird bei Anfrage helfen. Die Regelmäßigkeit einer Maßnahme ist zu bejahen, wenn sie entweder stets zur gleichen Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass eingesetzt wird.

- e) ob die Maßnahme erforderlich ist. Eine Beschränkung der räumlichen Freiheit der/des Betroffenen ist hiernach lediglich dann genehmigungsfähig, wenn die Gefahr besteht, dass sich die/der Betroffene ohne die Maßnahme in einer gegenwärtigen, konkreten Gefahr einer erheblichen Gesundheitsgefährdung befindet. Um einen Menschen seiner Bewegungsfreiheit zu berauben, ist es daher weder ausreichend, dass lediglich eine Sturzgefahr besteht (es müsste darüber hinaus wahrscheinlich sein, dass sich dieser Mensch bei einem Sturz auch erheblich verletzen würde), noch kann eine unterbringungsähnliche Maßnahme mit einer bloßen Vermutung einer künftigen Verletzung gerechtfertigt werden (vielmehr sind konkrete Anhaltspunkte zu fordern, aufgrund derer sich die Gefahr der erheblichen Verletzung der/des Betroffenen ergibt, weil sie/er beispielsweise gerinnungshemmende Medikamente nimmt).
- f) ob die Maßnahme geeignet ist, die festgestellte Selbstgefährdung zu minimieren. So ist zum Beispiel das Anbringen eines Bettgitters ungeeignet, wenn die/der Betroffene konkret in der Lage ist, das Bettgitter gesteuert oder ungesteuert zu übersteigen und dann gegebenenfalls noch tiefer zu fallen, als sie/er es ohne den Einsatz des Bettgitters täte. Auch ist beispielsweise der Einsatz eines Bettgitters des Nachts zur Vermeidung von Sturzverletzungen ungeeignet, wenn sich Unruhe und sturzbedingte Verletzungsgefahren der/des Betroffenen bisher nur tagsüber bei Aufstehversuchen aus dem Rollstuhl gezeigt haben.
- g) ob die avisierte Maßnahme verhältnismäßig ist. So ist einerseits gründlich zu prüfen, ob mildere Mittel zur Gefahrenbegrenzung zur Verfügung stehen, die keine Freiheitsbeschränkung für die Betroffene/den Betroffenen

bedeuten; andererseits muss sorgfältig auch unter Beachtung möglicher „Nebenwirkungen“ sowie der Freiheitsrechte der/des Betroffenen und dem Schutz der menschlichen Würde abgewogen werden, ob der Schutz der körperlichen Unversehrtheit der/des Betroffenen diesen Eingriff in ihre/ seine Rechte rechtfertigt. Das Übermaßverbot gebietet es, stets das mildeste Mittel zur Gefahrenabwehr zu wählen.

Ob mildere Mittel als eine unterbringungsähnliche Maßnahme angewendet werden können, ist stets eine Frage des Einzelfalls und kann nicht pauschal beantwortet werden. So ist vor dem Einsatz der Maßnahme zum Beispiel zu erkunden, woher die Unruhe, der Bewegungsdrang, die Selbstgefährdung der/des Betroffenen kommt: Ergibt sich zum Beispiel aus der Biographie der Bewohnerin/des Bewohners, warum sie/er immer zu einer bestimmten Zeit das Bett trotz Gangunsicherheit verlassen will? Wohin will sie/er gehen? Kann man eventuell die Einrichtung des Zimmers so verändern, dass ein sicheres Gehen („Entlanghangeln von Möbelstück zu Möbelstück“) ermöglicht wird? Bringt zum Beispiel ein Toilettenstuhl neben dem Bett Erleichterung und enthebt die Betroffene/den Betroffenen der Notwendigkeit des weiteren Weges zur Toilette? Würde sie/er sich vielleicht in einem Mehrbettzimmer/Doppelzimmer wohler fühlen, so dass Lauftendenzen aus dem Zimmer heraus minimiert werden könnten? Kann vielleicht eine Veränderung der Lichtverhältnisse zu sichererem Gehen führen? Stehen vielleicht Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen durch Herausrollen aus dem Bett zur Verfügung (zum Beispiel Erhöhung des Randes der Matratze durch Unterlegen einer gerollten Decke, Einsatz eines höhenverstellbaren Niedrigbettes mit vorgelegter Matratze, Einsatz eines Bettneests in Bodenhöhe, Einsatz von Hüftprotektoren et cetera)? Können Unruhe und/oder Gangunsicherheit durch Behebung internistischer Probleme (zum Beispiel Schilddrüsenüberfunktion), neue medikamentöse Einstellung oder Physiotherapie bewältigt werden? Stellt sich vielleicht durch verstärkte körperliche Beanspruchung tagsüber eine den Nachtschlaf fördernde Müdigkeit abends ein?

h) ob unter Abwägung aller betroffenen Rechtsgüter der/des Betroffenen die Freiheitsentziehung geboten erscheint. Nicht nur, wenn bei der/dem Betroffenen ein starker Leidensdruck durch die Maßnahme selbst entsteht, ist einerseits die Schwere der zu befürchtenden Verletzung sowie die damit verbundenen Nachteile für die Betroffene/den Betroffenen (und der damit verbundene Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der/des Betroffenen) zu berücksichtigen. Andererseits ist dies abzuwägen gegen die Folgen, die sich gerade aus dem Einsatz der Maßnahme ergeben (ergeben sich psychische Beeinträchtigungen durch Angstzustände durch die Bewegungseinschränkung?). Auch hier gilt es, einen genauen Blick auf die betroffene Heimbewohnerin/den betroffenen Heimbewohner, ihr/sein Leben, ihre/seine Einstellungen und ihre/seine derzeitige Situation zu werfen, um zu beurteilen, ob die beabsichtigte Maßnahme unter Abwägung sämtlicher relevanter Belange dem Wohl der/des Betroffenen dient.

Näheres entnehmen Sie gerne der Webseite ‚Werdenfelser Weg – Das Original‘ unter <https://www.werdenfelser-weg-original.de/>

Kontakt zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1 b, 26121 Oldenburg

3.5 Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2018

Quelle:

Psychotherapeutenjournal 3/2018, Länderseiten Niedersachsen, S. 298 f.

Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2018: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindern



Andreas Kretschmar

Im Rahmen des am 30. Mai 2016 vor-
gestellten Niedersächsischen Landes-

psychiatrieplans (LPP) fand in der Zeit vom 9. bis 11. April 2018 in der Evangelischen Akademie Loccum eine zweite Arbeitstagung statt. Ein Bericht über die erste Tagung aus dem Jahr 2017 findet sich im PTJ, Ausgabe 3/2017.

130 Teilnehmer setzten sich mit dem Thema „Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie vermindern“ auseinander. Fachkompetenz wurde durch die Teilnahme von Betroffenen, Angehörigen, Experten sowie Juristen und Politikern hergestellt.

Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin Dr. Carola Reimann (SPD) stellte in ihrem Vortrag das Anliegen des Landes heraus, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie soweit wie möglich zu reduzieren. Als Gratwanderung schilderte sie die Problematik, dass psychisch kranke Menschen manchmal vor sich selbst geschützt werden müssen. Gerade in derartigen Fällen sei es aus ihrer Sicht unbedingt notwendig,

die Würde und die Selbstbestimmung der Patienten zu achten und Zwangsmaßnahmen auf das absolut notwendige Maß zu beschränken. Die Ministerin erwähnte in diesem Zusammenhang angewandte Zwangsmaßnahmen wie Isolation, zwangsweise Ernährung sowie mechanische oder medikamentöse Ruhigstellung von Psychiatriepatienten.

Parallele Workshops widmeten sich der Minderung von Zwangsmaßnahmen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen, älteren Menschen, Menschen im häuslichen Umfeld und psychisch kranken Straftätern. Projektideen und resultierende Handlungsaufträge wurden formuliert.

Im Workshop „Minderung von Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen“ entwickelten die Teilnehmer drei Vorschläge, die in den kommenden Jahren zu Veränderungen der Klinikbehandlungen führen sollen:

- Etablierung von Genesungsbegleitern zusätzlich zum Fachpersonal auf allen Kriseninterventionsstationen;
- Verfahrensregeln in offen geführten Kliniken bei Unterbringungen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen;
- Wettbewerb der Kliniken zu Alternativen zu Zwangsmaßnahmen durch Anreize fördern (mit Controlling).

Die Vorschläge entstanden vor dem Hintergrund:

- ... dass ca. 400 Kliniken in Deutschland geschlossene und offene Stationen in einer Klinik betreiben. Lediglich 20 Kliniken in Deutschland betreiben derzeit nur offene Stationen, auch für Patienten mit Unterbringungsbeschluss. In diesen Kliniken gibt es keine geschlossenen Aufnahme-Stationen, keine Verlegungen; Akutaufnahmen und geplante Aufnahmen werden auf alle Stationen gleichmäßig verteilt.
- ... der Einbeziehung der Patienten-sicht anhand einer Europäischen Vergleichsstudie von Kallert aus dem Jahr 2011 bezüglich des Erlebens von Zwang. In der Studie wurde aufgezeigt, dass bestimmte Patientengruppen (Alleinstehende, Schizophrenen, Frauen) eine bleibende negative Bewertung der zwangsweisen Unterbringung vornahmen und die Zwangsmaßnahmen als massive Gewalt beschrieben. 40 % der Patienten beschrieben die Zwangsmedikation auch im Nachhinein als schwere Demütigung und Kränkung, 31 % beschrieben sie als Strafe und 13 % erlebten sie als Erlösung. Patienten schilderten Gefühle der Erniedrigung sowie Todesangst, vor allem in Zusammenhang mit gleichzeitig erlebter psychotischer Symptomatik. Bezogen auf die Situation der Isolierung schilderten ein Drittel bis zwei Drittel der Patienten Gefühle wie Hilflosigkeit, Anspannung, Wut, Ängste, Entsetzen und Scham.
- ... der zum 1. Juli 2018 aktualisierte S3-Leitlinie „Verhinderung von

Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Die Leitlinie fordert (auszugsweise): quantitativ und qualitativ gute Personalausstattung; geeignete, ansprechende moderne Räumlichkeiten, wohnliche Gestaltung, ausreichend Licht und Privatsphäre; Reduktion von Stationsgröße; offene Stationstüren; partnerschaftlicher Kooperationsstil („Verhandeln statt Behandeln“, Empathie) und Behandlungsvereinbarungen; Berücksichtigung geschlechts- und kulturspezifischer Bedürfnisse; individualisierte Behandlungsplanung; Einbeziehung von Angehörigen, Nachsorge für Angehörige; Deeskalationstraining und systematische Nachsorge für Mitarbeiter nach Patientenübergriffen; Nachbesprechung (aggressives Verhalten); strukturierte Risikoeinschätzung (Violence Checkliste); Komplexe Behandlungsprogramme (z. B. Six Core Strategies); Öffentlichkeitsarbeit/Entstigmatisierung/Trialog; gut ausgebaute sozialpsychiatrische Dienste/Krisendienste; vertrauensvolle Kooperation im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem.

- ... der Entwicklungsmöglichkeiten, temporäre Lebensräume im Kliniksetting herzustellen, günstige Bedingungen für die Einhaltung der Menschenrechte zu schaffen, günstige Bedingungen für Gewaltverzicht herzustellen, Stationen mit offenen Türen und nichtspezialisierte Stationen zu schaffen, Psychatrieerfahrene zu beteiligen, auf Konstrukte wie Krankheitseinsicht und Compliance zu verzichten, Behandlungsvereinbarungen zu schließen, Behandlungskonferenzen mit den Patienten zu gestalten (offener Dialog: www.offener-dialog.de) sowie ein sicheres Milieu zu gestalten (Safewards: www.safewards.net/de).
- ... des Erfassens von Zwangsmaßnahmen und der Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Kliniken.
- ... eine gewaltfreie Psychiatrie als Qualitätsindikator einzuführen und

Normalität statt Spezialisierung herzustellen.

Das hier hervorgehobene stationäre Setting versteht sich im Gesamtkontext der Tagung als Teilbereich. Die Evangelische Akademie Loccum wird die gesamten Ergebnisse in einem Tagungsband zusammenfassen und veröffentlichen.

Neben den geforderten Veränderungen und Entwicklungen in der stationären Versorgung wurden:

- ... notwendige Verbesserungen in der ambulanten Versorgung benannt, z. B. die Krisenhilfen in den Kommunen, insbesondere nachts und an Wochenenden.
- ... Angebote für Menschen, die eine Alternative zur gängigen psychiatrischen Behandlung suchen, diskutiert, z. B. Rückzugsräume und Weglaufhäuser.
- Die stärkere Vernetzung der Hilfsangebote durch den Aufbau von gemeindepsychiatrischen Zentren wurde – wie bereits auf der Tagung 2017 – als fortbestehendes Anliegen angesehen.
- Gefordert wurde die Schaffung multiprofessioneller Behandlungsteams, die psychisch kranke Menschen zu Hause aufsuchen und deren Aufgabe es sei, schnell und flexibel auf mögliche Krisen zu reagieren, damit Zwangseinweisungen möglichst vermieden werden können.

Geplant ist weiterhin, dass die gemeinsame Arbeit durch eine jährliche Tagung fortgesetzt wird und die Projektideen bei der Umsetzung begleitet und evaluiert werden.

Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPP) kann unter http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheit/psychiatrie_und_psychologische_hilfen/14025.html als PDF eingesehen werden.

Andreas Kretschmar

4 Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Funktionales Basismodell“

4.1 Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Thema „Funktionales Basismodell“

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

Der Landespsychiatrieplan und auch die Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und CDU in Niedersachsen empfehlen sogenannte „Gemeindepsychiatrische Zentren“. Der Sozialpsychiatrische Verbund hat sich bereits in den Empfehlungen zum Schwerpunktthema „Umsetzung Landespsychiatrieplan“ in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2018/2019 für die Umsetzung des Funktionalen Basismodells nach Steinhart und Wienberg ausgesprochen. Mit dem Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums beziehungsweise der Umsetzung eines Funktionalen Basismodells soll die bedarfsgerechte Versorgung in der Stadt Oldenburg entscheidend weiterentwickelt werden.

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

Beim Sozialpsychiatrischen Forum Anfang 2018 wurde das Thema festgelegt. In den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2018 wurde eine erste Problembeschreibung vorgenommen. Im Anschluss wurden verschiedene Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes gebeten, Artikel zu einzelnen Aspekten zu verfassen. Diese Artikel wurden in der Fortschreibung 2018/2019 des Sozialpsychiatrischen Planes im Herbst 2018 veröffentlicht.

Bei den Arbeitskreissitzungen im Frühjahr 2019 wurden – basierend auf den vorhergehenden Schritten – konkrete Empfehlungen erarbeitet, die von der Geschäftsführung des Verbundes zusammengefasst wurden. Anschließend

wurde diese Zusammenfassung mit der Delegiertenversammlung diskutiert und kann jetzt hier veröffentlicht werden.

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

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

Empfehlungen:

Bestands- und Bedarfsermittlung

- Definition des Personenkreises (nach der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen);
- Ermittlung des Bestands und Bedarfs an aufsuchender multiprofessioneller Behandlung, insbesondere bei suchterkrankten Menschen, Kindern und Jugendlichen.

Konzeptentwicklung

- Entwicklung eines Konzeptes;
- Prüfung von alternativen Hilfen zur Klinik, zum Beispiel Rückzugsmöglichkeiten (Weglaufhäuser oder anderes);
- Anpassung des Funktionalen Basismodells für Kinder und Jugendliche;
- Berücksichtigung der Schnittstelle Kinder psychisch kranker Eltern sowie
- Klärung des Meldeweges, des Zugangs, der Steuerung, der Vernetzung und Einstufung der Hilfenotwendigkeit nach Dringlichkeit (Triage).

Praktische Umsetzung

- Zusammenarbeit von Anbietern, zunächst Sozialpsychiatrischer Dienst, Institutsambulanzen und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie;
- Einrichtung einer Abrechnungsstelle.

Kontakt zur Autorin/zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestraße 1 b, 26121 Oldenburg

4.2 Was wurde aus den alten Empfehlungen?

Alexandra Döpke und Dr. phil. Peter Orzsessek,
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

Seit 2015 werden die vom Sozialpsychiatrischen Verbund gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen zu den Schwerpunktthemen jährlich im Sozialpsychiatrischen Plan veröffentlicht. Es stellt sich natürlich die Frage, was aus diesen Empfehlungen wird. Da sie sich nicht nur an die Leistungsträger, sondern auch an die Leistungsanbieter, Leistungsempfängerinnen und –empfänger, die Politik und die weitere (Fach-)Öffentlichkeit richten, besteht kein vollständiger Überblick zur Entwicklung nach Aussprache der Empfehlungen. Außerdem kann nicht immer festgestellt werden, ob es zu einer Verbesserung gekommen ist, weil die jeweilige Empfehlung ausgesprochen wurde, oder ob diese Verbesserung ohnehin eingetreten wäre. Entscheidend ist aber, dass zu fast allen Themen Fortschritte bekannt sind. Wir geben nachfolgend einen kleinen Überblick ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Schwerpunktthema Wohnen (2015)

- Wohnungsverluste verhindern (zum Beispiel frühzeitiger Hilfen anbieten): Es wurde gemeinsam mit dem Amt für Jugend und Familie, dem Amt für Teilhabe und Soziales und dem Sozialpsychiatrischen Dienst ein Verfahren zur effektiveren Hilfe bei drohender Wohnungsräumung entwickelt und umgesetzt.

- Den „grauen“ Wohnungsmarkt kontrollieren und regulieren (vgl. Sozialpsychiatrischer Plan 2014, S. 45 ff)¹²: Es wurde eine erste Problembeschreibung in den Arbeitskreisen und in weiteren Arbeitsgruppen erstellt und Kontakt zum Arbeitskreis „Bündnis Wohnen in Oldenburg“ aufgenommen.

¹² <https://www.oldenburg.de/startseite/buergerservice/osiris/anliegen-a-z/dienstleistung/show/sozialpsychiatrischer-dienst.html>

- Bezahlbaren geeigneten Wohnraum auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen schaffen:
Ein Leistungsanbieter hat selber Wohnraum geschaffen; es existieren verschiedene städtische Fördermöglichkeiten im Bereich Wohnungsbau.
- Vielfalt beim Wohnen fördern (zum Beispiel ambulante betreute Hausgemeinschaften):
Es gibt verschiedene Wohnangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen in besonderen Lebenslagen.
- Weiterführen der Diskussion über Angebote für Personengruppen, die bislang nicht ausreichend erreicht werden auch mit der Politik, Verbänden, Sozialministerium und Landessozialamt (zum Beispiel „geschlossene“ Wohnheimbereiche für bestimmte Personengruppen):
Forderung nach einer „Heim-Enquête“, siehe dazu auch Landespsychiatrieplan Niedersachsen.¹³
- Einsatz von qualifiziertem Personal in der ambulanten Wohnbetreuung mit tarifgerechter Bezahlung:
Das Amt für Teilhabe und Soziales hat diesbezüglich mit Leistungsanbietern verhandelt.

Schwerpunktthema Nachwuchsgewinnung (2016)

Betroffene

- Berufliche Tätigkeit für Betroffene auch im psychiatrischen Feld fördern:
Ein Ex-In-Absolvent ist in der Begegnungsstätte Propeller eingesetzt, ein weiterer Ex-In-Absolvent in der Wohnanlage am Mühlenhof der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Rastede.

¹³ Landespsychiatrieplan Niedersachsen, Zusammenfassung, (2016), S. 33

Duales Studium

- Im Bereich der Sozialpädagogik mit dualen Studiengängen zu kooperieren und prüfen, ob Studentinnen/Studenten der Sozialen Arbeit, die ein duales Studium absolvieren, wechselnd in verschiedenen Institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes eingesetzt werden könnten:
Die Stadt Oldenburg prüft die Möglichkeit, ob ein Duales Studium der Sozialen Arbeit bei der Stadtverwaltung absolviert werden kann.

Bundesfreiwilligendienst / FSJ

- Stärkere Kooperation mit dem Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) beziehungsweise dem Bundesfreiwilligendienst (Bufdi) und entwickeln eines Modells, wie Praktikantinnen/Praktikanten, FSJ-ler oder „Bufdis“ innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes an verschiedenen Einsatzstellen eingesetzt werden könnten:
Das Absolvieren des FSJ und des Bundesfreiwilligendienstes ist in verschiedenen Institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes möglich.

Werben, insbesondere an Universitäten, Fachhochschulen und Schulen

- Kooperation mit der European Medical School (EMS):
 - Medizinstudentinnen/Medizinstudenten der EMS absolvieren Praktika im Gesundheitsamt;
 - „Werben“ bei Nachwuchskräften im „Sozialpsychiatrischen Curriculum“.
- Aktives Zugehen auf Fachhochschulen, Universitäten und Schulen, um dort für das Fach und die Einrichtungen zu werben, insbesondere im Bereich der Sozialpädagogik.
- Sozialpsychiatrische Jobmesse:
Eine sozialpsychiatrische Jobmesse wurde am Fachtag der Aktionstage für seelische Gesundheit im Oktober 2018 im PFL durchgeführt.

Leistungsvereinbarungen

- Überarbeitung von Leistungsvereinbarungen, um qualifiziertes Personal fest anstellen, halten und tarifgerecht bezahlen zu können. Klärung in den Leistungsvereinbarungen, wie mit Ausfallzeiten umgegangen werden kann (zum Beispiel während eines Klinikaufenthaltes der Klientin/des Klienten oder wenn die Klientinnen/die Klienten nicht angetroffen werden):
Das Amt für Teilhabe und Soziales hat diesbezüglich mit Leistungsanbietern verhandelt.

Personalentwicklung

- Personalentwicklung innerhalb der Einrichtungen attraktiver gestalten:
Hier existiert kein vollständiger Überblick. Beispielhaft kann erwähnt werden, dass der Sozialpsychiatrische Dienst hier verschiedene Maßnahmen ergriffen hat.
- Trotz Konkurrenz: Berufsgruppenübergreifendes Weiterbildungscurriculum und Hospitationsregeln entwickeln:
Die Karl-Jaspers-Klinik und der Sozialpsychiatrische Dienst haben gemeinsam ein berufsgruppen- und institutionsübergreifendes „Sozialpsychiatrisches Curriculum“ entwickelt und in 2018/2019 durchgeführt.
- Aufzeigen von Aufstiegschancen innerhalb der verschiedenen Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes (zum Beispiel über eine App durch aktive Vermittlung).
- Aktives Weitervermitteln von Personal an andere Einrichtungen des Verbundes, wenn die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter nicht mehr in der eigenen Institution bleiben will, damit sie/er dem Verbund insgesamt erhalten bleibt.

- Soweit möglich Entwicklung von attraktiven Arbeitszeitmodellen:
Beispielhaft kann hier die Stadtverwaltung genannt werden:
 - Anpassung der Arbeitszeiten,
 - Regelungen zur flexiblen Arbeitszeit,
 - Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben.

Sonstiges

- Empfohlen wird eine stärkere Öffnung nach außen, Öffentlichkeits- und Anti-Stigmaarbeit und Aufklärung über psychiatrische Themen (auch mit Betroffenenbeteiligung):
 - Zum Beispiel Durchführung der Aktionstage für seelische Gesundheit 2018,
 - Psychose-Seminar,
 - Bündnis gegen Depression.

Schwerpunktthema Prävention (2017/2018)

- Aufbau eines Suizidregisters und Maßnahmen der Suizidprävention ausbauen und stärker vernetzen:
Mit der Entwicklung eines Suizidregisters für die Stadt Oldenburg wurde begonnen.
- Maßnahmen der Früherkennung psychischer Störungen ausbauen:
Eine (Erst-)Diagnostik ist im Sozialpsychiatrischen Dienst als Ergänzung zur Regelversorgung möglich.
- Niedrigschwelligen Zugang zu psychiatrischen Leistungen ausbauen und die Schnittstellen im Netzwerk der Hilfen verbessern, auch unter der Beachtung der Anliegen der Angehörigen und des sozialen Umfeldes:
 - Dies ist eine der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Verbundes.
 - Dies wird auch thematisiert bei den Kooperationstreffen der Karl-Jaspers-Klinik mit den Sozialpsychiatrischen Diensten und bei den regionalen Arbeitstreffen der Sozialpsychiatrischen Dienste.

- Information, Öffentlichkeitsarbeit und Antistigmaarbeit bei der Allgemeinbevölkerung und bei nichtpsychiatrischen Leistungsanbietern, auch quartiersbezogen:
 - Zum Beispiel Durchführung der Aktionstage für seelische Gesundheit 2018,
 - Psychose Seminar,
 - Bündnis gegen Depression,
 - Vorträge.

- Gesundheitsförderung in Betrieben stärken, auch in Einrichtungen der Psychiatrie:
 Hier zum Beispiel gemeinsame betriebliche Gesundheitsförderung bei den Gemeinnützigen Werkstätten e. V. für Beschäftigte und Mitarbeitende.

- Die körperliche Gesundheit von Menschen mit psychischen Störungen stärker beachten:
 - Faltblätter „Was hält mich gesund“, „Gesund älter werden“,
 - Aktion „3000 Schritte für die Gesundheit“,
 - Broschüre „Oldenburg umsonst“.
 Die Faltblätter sind unter anderem im Sozialpsychiatrischen Dienst erhältlich.

- Gesundheitsförderung für Angehörige psychisch kranker Menschen:
 Dies ist auch Thema in der Angehörigenberatung, zum Beispiel im Sozialpsychiatrischen Dienst.

- Einrichten einer Stelle für eine Suchtpräventionsfachkraft:
 Eine Summe ist im Haushalt eingestellt. Eine zusätzliche Landesförderung ist leider derzeit nicht möglich. Es werden aktuell Gespräche mit den Fachstellen Sucht geführt.

- Multimedikation insbesondere bei älteren Menschen stärker beachten:
In den Beratungsgesprächen des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird ein stärkerer Fokus auf dieses Thema gelegt.
- Speziell bei Kindern und Jugendlichen:
 - „Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern“, „Frühe Hilfen“ und Communities That Care (CTC) fortführen
 - das „Beratungsforum Kinder psychisch kranker Eltern“ wird fortgeführt;
 - die „Frühen Hilfen“ werden fortgeführt, zum Beispiel Hilfen für Schwangere und Mütter mit psychischen Belastungen;
 - die mit CTC entwickelte Struktur wird fortgeführt, die Präventionskette „Gesund aufwachsen für alle Kinder“ ist installiert.
 - Projekt „Schulgesundheitspflegerin“ stärken:
Das Projekt „Gesundheit in den Systemübergängen von Kindertagesstätte, Grundschule und weiterführenden Schulen“ wurde aufgenommen.
 - „Patenschaftsmodell Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Präventionsketten Niedersachsen“ installieren:
 - Konzept zur Implementierung von „Kidstime“ wird entwickelt,
 - die „Präventionskette: Gesund aufwachsen für alle Kinder“ ist installiert.
- Die Verknüpfung mit bestehenden Konzepten/Programmen anstreben:
Dies erfolgt.

Schwerpunktthema Umsetzung Landespsychiatrieplan (2018/2019)

Die im Landespsychiatrieplan extra genannten Personengruppen (junge Menschen, ältere Menschen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen)

sollten bei den nachstehenden Empfehlungen jeweils besonders bedacht werden:

- Inklusion von Menschen mit seelischer Behinderung fördern, auch durch Beschäftigung von Genesungsbegleitung in psychiatrischen Einrichtungen und Förderung der Selbsthilfe:
Beschäftigung von Genesungsbegleitenden, zum Beispiel in der Begegnungsstätte Propeller der zentegra gGmbH und in der Wohnanlage am Mühlenhof Rastede (AWO).
- Sozialpsychiatrisches Wissen in die Öffentlichkeit und in die Quartiere bringen:
 - Zum Beispiel Durchführung der Aktionstage für seelische Gesundheit 2018,
 - Psychose-Seminar.¹⁴
- Prävention stärken:
Umsetzung der Handlungsempfehlungen aus der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2017/2018 (siehe oben).
- Umsetzung des Funktionalen Basismodells nach Steinhart und Wienberg:¹⁵
 - Empfehlungen zum Schwerpunktthema Umsetzung des Funktionalen Basismodells (siehe Seite 65)
 - Bewerbung an der Ausschreibung des Landes Niedersachsen zur Förderung der Entwicklung eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) ist erfolgt.

¹⁴ <https://www.oldenburg.de/startseite/buergerservice/osiris/anliegen-a-z/dienstleistung/show/psychoseseminar.html?L=0&cHash=49714a3d0172a48675601a9d2fb4c28f>

¹⁵ siehe die Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2017/2018, S. 71ff

- Zwangsmaßnahmen mindern:
 - „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“ ist das neue Schwerpunktthema im Sozialpsychiatrischen Verbund 2019/2020,
 - Veröffentlichung der Übersicht über die Unterbringung nach NPsychKG von Oldenburger Bürgerinnen und Bürgern jährlich im Sozialpsychiatrischen Plan,
 - Entwicklung eines GPZ.

- Verbesserung der Überleitung/Versorgung von Menschen in besonderen Lebensverhältnissen (§ 67 SGB XII) nach Entlassung aus einem Krankenhaus:

Hier besteht die Möglichkeit, dass sich die Krankenhäuser bezüglich der jeweiligen Patientinnen und Patienten an die verschiedenen sozialen Dienste der Stadtverwaltung wenden.

- Förderung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kompetenz im Gesundheitsamt:

Es wurde eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im Gesundheitsamt eingestellt.

- Adoleszenzpsychiatrie: Den Übergang beziehungsweise die Schnittmenge von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie weiterentwickeln:

Hierüber erfolgt ein Austausch im Sozialpsychiatrischen Verbund.

- Durchführung einer Heim-Enquete auf Landesebene oder niedersachsenweite Teilnahme an Studien auf Bundesebene:

Dies wird kontinuierlich auf Landesebene angesprochen.

- Verbesserung der personenzentrierten Behandlungs-/Betreuungsorganisation:

Hier beispielsweise durch die Umsetzung des Funktionalen Basismodells.

Kontakt zur Autorin/zum Autor:

Sozialpsychiatrischer Dienst, Industriestr. 1 b, 26121 Oldenburg

5. Übersicht

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

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

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

	2015	2016	2017	2018
Gesamtzahl	239	241	243	266
m / w	131 / 108	131 / 110	142 / 101	150 / 116
0 - < 18	0	0	0	0
18 - < 25	26	39	32	46
m / w	15 / 11	20 / 19	17 / 15	23 / 23
25 - < 45	90	84	101	102
m / w	49 / 41	50 / 34	71 / 30	69 / 33
45 - < 65	68	74	64	71
m / w	41 / 27	34 / 40	38 / 26	43 / 28
65 +	55	44	46	47
m / w	26 / 29	27 / 17	16 / 30	15 / 32
aus Einrichtungen	20	35	37	32
Mehrfacheinweisungen (mindestens zwei Einweisungen)	25	17	23	18
m / w	16 / 9	7 / 10	15 / 8	8 / 10
Beteiligung Gesundheitsamt	21	38	26	37

Noch ist die Datenbasis nicht groß genug, um Schlussfolgerungen zu ziehen. Wir möchten aber an dieser Stelle unser Vorgehen etwas näher beleuchten.

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

sen, der Ort der Untersuchung oder ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung (oder beides) vorgelegen hat, erfasst. Wenn die Datenbasis größer ist, sollen die Daten der Unterbringungen ins Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung und zur Altersverteilung in der Stadt Oldenburg gesetzt werden. Erst dann kann abgeleitet werden, ob zum Beispiel die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe oder zu einem Geschlecht mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit für eine Unterbringung nach NPsychKG verbunden ist; dies auch in Verbindung mit bestimmten Diagnosegruppen. Wir hoffen, dass sich dann daraus Maßnahmen ableiten lassen, um Unterbringungen zu vermeiden. Zum Beispiel ließe sich dann überprüfen, ob eine solche Personengruppe möglicherweise zu wenig oder nicht die richtigen Hilfen erhält, oder ob es Erkenntnisse gibt, die in die Gefährdungsbeurteilung bei dieser Personengruppe mit berücksichtigt werden müssen.

Wir werden auch in den nächsten Jahren an dieser Stelle die Zahlen zur Unterbringung nach NPsychKG veröffentlichen und so bald möglich auch über eine weitergehende Analyse der Daten berichten.

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

5.2 Übersicht der regionalen Angebote zur psychiatrischen Versorgung Alexandra Döpke und Dr. phil. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oldenburg

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

Im Jahr 2019 wurde für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) die Einschätzung für das Versorgungsangebot „Ambulante Psychiatrische Pflege“ von „grün“ auf „gelb“ gesetzt. Laut AOK Niedersachsen besteht zwar grundsätzlich ein eigener Anspruch auf ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege für Kinder und Jugendliche, wenn die medizinischen Voraussetzungen erfüllt werden, doch bestehen derzeit aufgrund der Fallzahlen keine eigenständigen wirtschaftlich tragfähigen Pflegedienste, die Ambulante Psychiatrische Pflege für diesen Personenkreis anbieten. Die Pflegedienste, die Ambulante Psychiatrische Pflege für psychisch kranke Erwachsene anbieten, könnten eine entsprechende Versorgung übernehmen.

Außerdem wurde die Ampel um den Punkt 28 „Niedrigschwellige Beratungs- und Informationsstellen“ erweitert. Hierunter können unter anderem der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg, die Demenz- Informations- und Koordinationsstelle Oldenburg (DIKO), die Suchtberatungsstellen, der Propeller und der Sozialpsychiatrische Dienst genannt

werden. Die Versorgung durch diese Angebote wird in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht als zufriedenstellend bis sehr gut eingeschätzt.

Unter Punkt 4 ist das Angebot „Sozialpsychiatrischer Dienst“ in der Spalte KJP auf „rot“ gesetzt. Dies soll zeigen, dass es in der Stadt Oldenburg noch keinen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst gibt. Gemäß NPsychKG ist der Sozialpsychiatrische Dienst aber auch zuständig für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen, da das Gesetz hier keine Altersgrenze vorsieht.

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

AMPEL-Übersicht regionaler Angebote zur psychiatrischen Versorgung

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

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

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

