

LANDKREIS STADE

Stärke · Vielfalt · Zukunft



GESUNDHEITSAMT

Kommunale

Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsbericht Teil 4

Psychische Störungen und Hilfen

Menschen mit lang anhaltenden, interventionsbedürftigen psychischen Störungen im Landkreis Stade und bestehende Hilfeangebote im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, ausgewählte Ergebnisse von 2007 bis 2011

Gesundheitsbericht Teil 4 - Psychische Störungen und Hilfen

Menschen mit lang anhaltenden, interventionsbedürftigen psychischen Störungen im Landkreis Stade und bestehende Hilfeangebote im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes, ausgewählte Ergebnisse von 2007 bis 2011

Herausgeber

Landkreis Stade - Der Landrat

Auskunft erteilt

Leiter des Gesundheitsamtes
Dr. med. Gerhard Pallasch
Heckenweg 7
21680 Stade
Tel 04141/ 12 700
Fax 04141/ 12 714
gesundheitsamt@landkreis-stade.de

Erarbeitet in Zusammenarbeit mit dem Leiter des
Sozialpsychiatrischen Dienstes
Dr. med. Martin Morawietz

Gesamtkonzept
Wolfgang Kirschstein, Dipl.- Sozialpädagoge

Stand: August 2014

Druck : Landkreis Stade

Auflage: 165

Vorwort



Menschen mit psychischen Störungen tragen ein schweres Los. Leider sind allzu viele Erwachsene, ältere Menschen, aber auch Kinder und Jugendliche hiervon betroffen. Auch die Angehörigen sehen sich dabei oft in ausweglosen Situationen.

Unsere Gesellschaft ist verpflichtet, sich solcher Probleme aktiv anzunehmen. Die Betroffenen sollen alle notwendigen medizinischen und psycho-sozialen Hilfen möglichst wohnortnah erhalten. Dieses gilt besonders für schwer und chronisch gestörte Mitmenschen.

Der Landkreis Stade hat sich frühzeitig diesen Herausforderungen gestellt. Bereits zu Beginn der achtziger Jahre wurde mit dem Aufbau sozialpsychiatrischer Einrichtungen und Strukturen begonnen. Heute steht Menschen mit psychischen Störungen im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes ein funktionierendes Netzwerk unterschiedlicher Angebote bereit.

Dieser Bericht widmet sich der Situation chronisch gestörter Menschen, die besonderer Unterstützung bedürfen und beschreibt hierzu die Hilfen, die ihnen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreis Stade und darüber hinaus durch alle Dienstleister des Sozialpsychiatrischen Verbundes angeboten werden.

Stade, im August 2014

A handwritten signature in blue ink that reads "Michael Roesberg". The signature is written in a cursive, flowing style.

Michael Roesberg

Landrat

Inhaltsverzeichnis		Seite
	Vorwort	1
1.	Einführung und Kurzüberblick	5
2.	Der psychisch gestörte Mensch	6
2.1	Der Begriff der psychischen Störung	6
2.2	Die Klassifikation psychischer Störungen	6
2.3	Prävalenz psychischer Störungen	9
3.	Grundlagen sozialpsychiatrischer Versorgung	11
3.1	Entwicklungen	11
3.2	Rechtsgrundlagen zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen	12
4.	Versorgungsstrukturen und betroffene Menschen	17
4.1	Der Sozialpsychiatrische Dienst	17
4.1.1	Dienstort	17
4.1.2	Nebenstellen	17
4.1.3	Mobilität und Kontakt	18
4.1.4	Personal	18
4.1.5	Vertretung	18
4.1.6	Bezirkseinteilung	18
4.1.7	Zielgruppe	19
4.1.8	Grundsätze der Arbeit und Zielsetzungen	19
4.1.9	Grundlegende Arbeitsweisen, spezielle Arbeitsweisen	20
4.2	Die Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes	27
4.2.1	Klientenanzahl und Klientenkontakte	27

4.2.2	Diagnosen	29
4.2.3	In spezieller ärztlicher oder psychologischer Behandlung	30
4.2.4	Unter gesetzlicher Betreuung	31
4.2.5	Festgestellte Pflegestufen	33
4.2.6	Schwerbehinderung	33
4.2.7	Leben in Stadt und Land	34
4.2.8	Herkunft	35
4.2.9	Wohnen	36
4.2.10	In Kontakt kommen	37
4.2.11	Alterdurchschnitt	38
4.2.12	Familienstand und Lebensformen	39
4.2.13	Lebensunterhalt und Krankenversicherung	42
4.2.14	Bildung und Ausbildung	43
4.2.15	Soziale Kontakte, erhöhter Hilfebedarf	45
4.3	Der Sozialpsychiatrische Verbund	50
4.3.1	Die Grundlage	50
4.3.1.1	Eingliederungshilfe nach SGB XII	50
4.3.2	Angebote und Einrichtungen im Landkreis Stade, Allgemeinpsychiatrie	53
4.3.3	→ Zum Beispiel: Die Brücke - Hilfe und Halt e.V.	58
4.3.4	Weitere Angebote der Allgemeinpsychiatrie	62
4.3.5	Kinder- und Jugendpsychiatrie	65
4.3.6	Gerontopsychiatrie	66
4.3.7	Selbsthilfegruppen – Psychische Störung	68
4.3.8	Suchtberatungsstellen und Spezialenrichtungen für Suchtkranke	68

4.3.9	Psychosoziale Beratung Substituierter	69
4.3.10	Selbsthilfegruppen - Sucht	69
5.	Bewertung des Versorgungsstandes und zukünftige Aufgaben	70
6.	Grundlagen dieses Berichtes	74
7.	Endnoten-, Literatur-, Quellenverzeichnis, Anmerkungen	75

1. Einführung und Kurzüberblick

Kommunale Gesundheitsberichterstattung trägt dazu bei, Informationen über den Gesundheitszustand, über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten der Menschen zu gewinnen. Hierzu werden die im Gesundheitsamt des Landkreises Stade gewonnenen Erkenntnisse und verfügbaren anonymen Daten systematisch zusammengeführt und in Gesundheitsberichten veröffentlicht.

In diesem Gesundheitsbericht geht es im Schwerpunkt um die Darstellung der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Stade, deren Ziel eine gute Versorgung für Menschen mit lang anhaltenden, interventionsbedürftigen psychischen Störungen (chronisch psychisch gestörte Menschen) ist. Die primäre Quelle der vorliegenden Darstellung sind Informationen und Daten des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes. Diese befinden sich im hausinternen Dokumentationssystem ISGA, soweit es sich um Klientendaten handelt. Konzeptionelle Grundlagen und Daten zu Erfordernissen der Qualitätssicherung der Arbeit sind im Betriebsbuch des Gesundheitsamtes niedergelegt und werden nach den Notwendigkeiten der Praxis angepasst, letztmalig im Mai 2013. Planerische und Strukturen beschreibende Aussagen basieren auf dem Sozialpsychiatrischen Plan des Landkreises Stade und auf weiteren Quellen. Hinzu kommen zusätzlich aktuelle Angaben aus Einrichtungen des Versorgungssystems.

Zu Beginn werden allgemeine Aspekte rund um den psychisch gestörten Menschen erläutert. Begriffsklärung, Klassifikation im Gesundheitswesen und Angaben zur Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung führen in die Thematik hinein. Zum weiteren Verständnis werden danach Grundlagen sozialpsychiatrischer Versorgung dargestellt, durch skizzierte Entwicklungen und Rechtsgrundlagen zur Versorgung in Niedersachsen. Im vierten Kapitel stehen Einrichtungen und betroffene Menschen im Mittelpunkt, hier geht es um den Sozialpsychiatrischen Dienst und seine Klientel. Dieser Dienst ist Kernelement, Basisangebot außerklinischer Versorgung und Motor des vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Sozialpsychiatrischen Verbundes. Er und seine Klientel, die mit ihm manchmal sehr kurz, manchmal auch sehr lange Zeit verbunden ist, bilden eine exemplarisch nutzbare Aussageplattform, im Rahmen ausgewählter Aspekte.

2. Der psychisch gestörte Mensch

2.1 Der Begriff der psychischen Störung

Psychische Störung ist die gegenwärtig meist benutzte Bezeichnung für Erkrankungen der Psyche des Menschen. Dieser Begriff trat an die Stelle anderer Bezeichnungen, die als stigmatisierend oder gar diskriminierend empfunden wurden (psychische Krankheit, alt: Geisteskrankheit, Gemütskrankung, vulgär: Irresein, Verrücktsein u.s.w.). Im Rahmen fachlich handelnder Personen war und ist die Bezeichnung „psychisch krank“ aber noch durchaus üblich und keinesfalls im oben angeführten Sinne wertend.

Als psychische Störung werden deutliche Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens betroffener Personen bezeichnet, die sich als Störungen der Wahrnehmung, der Denkprozesse, des Handelns und der Gefühle zeigen können. Ob solche Auffälligkeiten behandlungsbedürftig sind, muss im Einzelfall geklärt werden.

Psychische Störungen erzeugen einen erheblichen Leidensdruck, auch im engeren Lebenskreis betroffener Menschen. Beziehungen können fortschreitend belastet werden, Fähigkeit und Bereitschaft, beruflichen Anforderungen zu entsprechen, können im weiteren Verlauf immer mehr schwin-

den, sofern keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden, mehrere Lebensbereiche können gleichzeitig stark beeinträchtigt werden.

Der Begriff „Psychische Störung“ umfasst verschiedene Störungsbilder (Krankheitsbilder), die in unterschiedlichen Schweregraden auftreten. Ursachen und Auslöser sind komplex, individuell sehr unterschiedlich und weitgehend nicht geklärt. Untersucht werden sowohl genetische, biologische, die Person betreffende als auch erworbene Faktoren aus Umwelt und sozialem Austausch (biopsychosozial). [1]

„ Die Psyche des Menschen ist schwer in ihrer Gesamtheit zu fassen, dementsprechend fällt es auch schwer, Störungen der Psyche griffig zu definieren. Ein Grund dafür mag sein, dass sich ein beträchtlicher Teil dieser Störungen dem Betrachter oder Untersucher entzieht, weil er sich im „Innern“ der Betroffenen abspielt, im Gegensatz zur (...) körperlichen Medizin fehlen im Allgemeinen „Messwerte“, um derlei Störungen zu objektivieren.

In ganz beträchtlichem Maße spielt auch die heikle Definition des psychisch „Normalen“ eine Rolle, die maßgeblich von Vorstellungen und Toleranz der jeweiligen Gesellschaft geprägt wird. Aus diesem Grunde hat die Psychiatrie, als die Disziplin der modernen Medizin, die sich mit psychischen Störungen auseinandersetzt, eine (...) deutliche [Einf.d.V.] Schnittmenge mit den Gesellschaftswissenschaften.“ [2]

2.2 Die Klassifikation psychischer Störungen

Sowohl das Verständnis psychischer Störungen als auch die Versuche einer Klassifikation waren und sind immer auch Abbild vorherrschender Vorstellungen

und Ausdruck geistiger Strömungen der jeweiligen Zeit, von denen die Forschung maßgeblich geprägt wurde.

„Psychiatrische Diagnosen werden heute aufgrund internationaler Übereinkünfte gestellt, ohne dass damit etwas über die Ursachen der Krankheiten ausgesagt wird. Die Diagnosesysteme in den USA und Europa (diagnostisches und statistische Manual psychischer Störungen oder DSM, seit 1996 IV, Internationale Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, seit 1992 ICD-10) ordnen psychische Krankheiten nach ihrem Symptomen, d.h. sie beschreiben lediglich ihr Erscheinungsbild (→ deskriptive Diagnostik - Anm.d.V.) und machen keine Aussage über die Ursache einer Erkrankung.“ [3]

Praktische Umsetzung in Deutschland - Klassifikationen, Terminologien und Standards im Gesundheitswesen

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit amtliche medizinische Klassifikationen heraus und stellt weitere Fachausdrücke und Standards für das Gesundheitswesen bereit. [4] Für ein effizient gesteuertes Gesundheitswesen sind statistisch zuverlässige Daten auf Basis einheitlicher Begriffssysteme notwendig. Der Gesetzgeber hat das DIMDI mit der Herausgabe und Pflege solcher Begriffssysteme beauftragt. Dabei arbeitet das Institut mit nationalen und internationalen Institutionen des Gesundheitswesens zusammen. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient weltweit der Verschlüsselung von Diagnosen (...).“ Das Institut erstellt neben der deutschsprachigen ICD Version auch die an das deutsche Gesundheitswesen angepasste Fassung. „Jährlich findet eine Aktualisierung statt, begleitet von weiteren unterstützenden Maßnahmen.“[5]

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. [6] Seit dem 1. Januar 2013 ist die ICD-10-GM in der Version 2013 anzuwenden. Das Kapitel psychischer Störungen ist wie folgt gegliedert:

„ Kapitel V**Psychische und Verhaltensstörungen [6]****(F00-F99)*****Inkl.:***

Störungen der psychischen Entwicklung.

Exkl.:

Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

(...)“

Die Gliederung der Gruppen bietet einen weiteren, differenzierten Überblick, hier anhand nur eines verkürzten Beispiels dargestellt:

„ Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen [6]**(F20-F29)**

In diesem Abschnitt finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, (...)

F20.- Schizophrenie

Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken

und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. (...)

Exkl.:

Schizophrene Reaktion ([F23.2](#))

Schizophrenie:

- akut (undifferenziert) ([F23.2](#))
- zyklisch ([F25.2](#))

Schizotype Störung ([F21](#))

F20.0 Paranoide Schizophrenie

Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, (...)

Inkl.:

Paraphrene Schizophrenie

Exkl.:

Paranoia ([F22.0](#)) (...)"

In dieser Gruppe folgen noch weitere neun Untergruppierungen mit den jeweils wiederum notwendigen Untergliederungen. Diese sich immer weiter differenzierende Darstellung der Diagnostik eröffnet ebensolche therapeutische Optionen, die letztlich zum Nutzen der Patienten angewandt werden können.

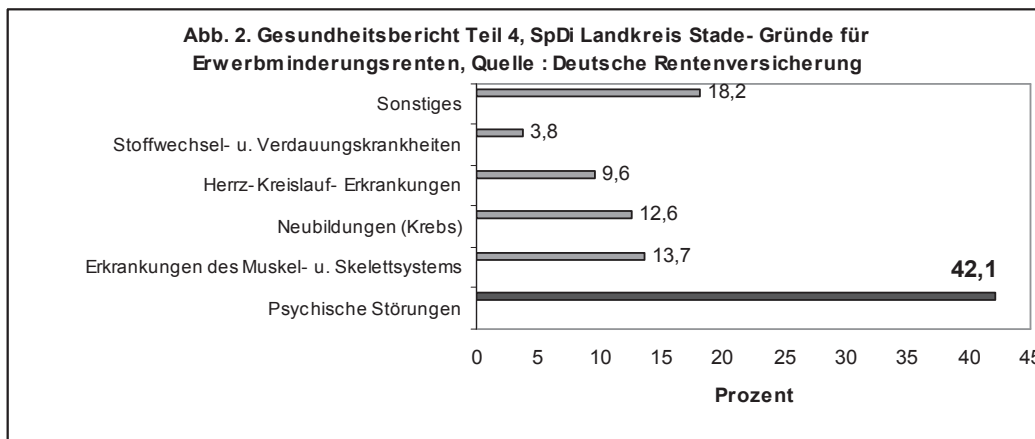
2.3 Prävalenz psychischer Störungen

Prävalenz ist ein Begriff für die Häufigkeit des Vorliegens eines Ereignisses (z. B. einer Erkrankung) in einer bestehenden Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Unterschieden werden die Punktprävalenz (Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt) und die Periodenprävalenz (Prävalenz innerhalb eines Zeitabschnitts, z. B. der Lebenszeit). Ein weiterer wichtiger Begriff ist die Prävalenzrate: Anteil der Erkrankten oder Betroffenen in Bezug auf die Bevölkerung bzw. Häufigkeit der Erkrankung bei einer untersuchten Person.

Psychische und Verhaltensstörungen unter Erwachsenen sind in Deutschland weit verbreitet; von einer weiteren Zunahme kann ausgegangen werden, die fachliche Berichterstattung weist seit Jahren darauf hin. Ob es sich bei dieser Entwicklung um „die Epidemie des 21. Jahrhunderts“ handelt? Nicht nur im Deutschen Ärzteblatt [7] wurde die Frage bereits 2006 so oder ähnlich gestellt, einiges deutet darauf hin. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei etwa 42 % aller Erwachsenen in Deutschland mindestens einmal im Leben eine

Diagnose dieser Art gestellt wird (Lebenszeitprävalenz). Etwa 31 % aller untersuchten Erwachsenen (Frauen ca. 37 %, Männer ca. 25%) erfüllen pro Jahr- ungeachtet der Dauer, Schwere und des Behandlungsstatus - die Kriterien für ein oder mehrere Störungsbilder. [8] Um es anschaulich zu machen: 2010 betrug der Anteil Erwachsener in der Wohnbevölkerung Deutschlands ca. 53,8 Millionen [9]. Bei Anwendung der benannten Prävalenzraten kann von ca. 22,6 Millionen Erwachsenen ausgegangen werden, bei denen mindestens einmal im Leben eine psychische Störung diagnostiziert wird, etwa 16,7 Millionen Erwachsene erhalten pro Jahr eine solche Diagnose. Übertragen bedeutet das für den Landkreis Stade [10]: bei ca. 122.000 Erwachsenen (59.448 Frauen, 62.290 Männer) der beschriebenen Altersgruppen eine Lebenszeitprävalenzrate von 51.240 Personen. Im Rahmen eines Jahres erhalten ca. 37.800 Personen irgendeine Diagnose „Psychische Störung“, etwa 22.000 Frauen und ca. 15.800 Männer.

Psychische Störungen im Erwerbsleben scheinen sehr bedeutsam zu werden. Die von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlichten Zahlen [11] über die Gründe für Erwerbsminderungsrenten beschreiben das Bild recht eindeutig: Mit



42,1% stellen psychische Störungen den größten Anteil dar, weit vor Erkrankungen anderer Art.

3. Grundlagen sozialpsychiatrischer Versorgung

3.1 Entwicklungen

Altertum

Erste Erwähnung psychischer Krankheiten

z. B. bei Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.)

Ursachen: - „Unordnung im Säftehaushalt“ (4-Säfte-Lehre)

„Humoralpathologie“ (Gehirn noch nicht im Mittelpunkt)

sanguis (lat.) = Blut => lebhaft („sanguine“)

melancholy (engl.) = schwarze Galle => melancholisch

phlegm (engl.) = Schleim => phlegmatisch

cholera (engl.) = gelbe Galle => choleraisch, auch spirituelle

Auslöser

Therapie: Beschwörungen, Aderlass, Auspeitschen, Zaubertänze etc., aber auch: z.B. Herausnehmen aus aktuellen Konfliktherden

Mittelalter

Krankheitsbedingte Verhaltensweisen wurden als bedrohlich erlebt, psychisch Kranke als **Hexen** und **Besessene** verfolgt, gequält, gefoltert

und getötet, **keine** systematischen Behandlungs- und

Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen. Die

Kranken lebten überwiegend in ihren Familien oder auf der Straße.

Renaissance

Kranke wurden gemeinsam mit anderen Außenseitern in Zucht-, Armen-, Arbeits- und Tollhäusern, auf Jahrmärkten

als abschreckendes Beispiel vorgeführt, Entstehung der

ersten „**Irrenspitäler**“ in Spanien und England

aber auch dort wurden die Kranken wie Gefangene unter unzumutbaren

Bedingungen „gehalten“, Mischung aus Armenhaus,

Gefängnis, Obdachlosenasyl, Waisenhaus, Klinik, aber auch

wieder Rückschritte im Umgang mit psychisch Kranken:

psychotische Menschen wurden als Hexen, Besessene

bezeichnet, sozial ausgegrenzt, hingerichtet. Siehe „Der

Hexenhammer“, 1486

18. Jahrhundert (Aufklärung)

Bemühung, Psychiatrie als medizinische

Wissenschaft zu etablieren,

Pat. ernst nehmen, weg von Hexenglaube und Spiritismus,

Postulat der Aufklärung: „Der Mensch als Vernunftwesen“,

durch Psychose der Vernunft „beraubt“, Aufforderung an

Mitmenschen, „vernünftigen Zustand“ wieder herzustellen,

Umbenennung der Irrenhäuser in „**Heil- und**

Pflegeanstalten“, Strafmaßnahmen wie *Nahrungsentzug,*

Arrest oder Schläge wurden aufgegeben, neue Methoden:

Beruhigung sollte durch Erschöpfung oder Fixierung

erfolgen

- Drehstuhl, „hohles Rad“, Drehmaschine

- Zwangsstuhl, Zwangsjacke, Zwangsbett

- „Curmethoden“:

- Provokation von Hunger und Durst,

- Kastrationen

- Einsatz von Niesmitteln und starkem Kitzelreiz

Arbeitsangebote, musische Tätigkeiten

18. Jahrhundert (Französische Revolution)

Erster Umbruch in der Versorgung psychisch Kranker

Rechtliche Fragen erstmals betrachtet:

- Zurechnungsfähigkeit, Schuldfähigkeit

daraus Entwicklung der forensischen Psychiatrie

Die psychiatrische Versorgung psychisch gestörter Menschen hat eine sehr wechselvolle Geschichte. [12] Nach der Psychiatrie-Enquete von 1975 [13] und weiteren wegweisenden Neuerungsbestrebungen, kann heute in Deutschland von einer deutlich verbesserten Versorgungslage dieses Klientels gesprochen werden. Bereits 1975 wurden als Bedarfe identifiziert: „Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen, gemeindenaher Versorgung, Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser, getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig behinderten Menschen, Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker, Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Versorgung psychisch Kranker und Menschen mit einer Behinderung als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung und andere“ [14] führten im Laufe der vergangenen Jahrzehnte zu deutlichen Veränderungen. Trotz der positiven Veränderungen der letzten 40 Jahre ist eine kontinuierliche Verbesserung

und Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen nötig. Denn: „Psychisch kranke Menschen sind vielfach medizinisch

nicht angemessen versorgt. Eine Untersuchung in sechs europäischen Ländern, darunter auch Deutschland, ergab, dass fast die Hälfte der behandlungsbedürftigen psychisch kranken

Menschen keine medizinische Versorgung für ihr psychisches Leiden in Anspruch nimmt.

Zum Vergleich: Bei Diabetikern sind es nur 8 Prozent. Das Risiko einer Unterversorgung bei psychischen Erkrankungen ist besonders groß für Jugendliche, Rentner, ausschließlich im Haushalt tätige Personen sowie schon sehr lange psychisch Erkrankten. Eine vergleichbare Situation zeigt sich auch in anderen EU-Staaten. Die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen ist daher nicht nur ein deutsches sondern auch ein europäisches Anliegen.“[15]

3.2 Rechtsgrundlagen zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen

Jeder Mensch, der an einer seelischen Störung leidet, kann den Umgang damit grundsätzlich frei gestalten,

18./19. Jahrhundert

Psychiker vs. Somatiker

Psychiker: Auffassung, dass die Seele aus sich heraus erkranken könne („Seelenkrankheiten“) Somatiker: Seele als etwas Immaterielles, Göttliches, Unsterbliches betrachtet, dass selbst nicht erkranken könne; krank werde nur der Körper, durch die Industrialisierung enormer Anstieg der psychisch Kranken, Einrichtung von „**Großanstalten**“ mit über **3.000 Plätzen**

Prinzip der „**Isolierung**“: Trennung der Kranken von ihrer Familie aber auch: Fortschritte der Medizin: z.B. Entdeckung des Syphiliserregers und damit einer Ursache psychischer Krankheiten, Anerkennung der Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin

19. Jahrhundert

W. Griesinger

Darstellung des „Irreseins“ als einen einzigen Morbus

„**Einheitspsychose**“, welche verschiedene Stadien durchläuft: affektive Störung, wahnhaft Entgleisung, die „Verrücktheit“, irreversibles Defizit

19. /20 Jahrhundert

Degenerationslehre („Entartungslehre“)

Ansatz, wonach innerhalb einer Familie über viele Generationen hinweg eine „seelische Degeneration“ auftreten kann, z.B. Hervorhebung somatischer Kennzeichen („Stigmata“) als prognostische Hinweise auf das bereits erreichte Niveau der Degeneration

Emil Kraepelin (1856-1926)

- „Entartete“
- „degenerative Grundhaltung“
- „Dementia praecox“

Eugen Bleuler (1857-1939)

- psychologisch orientierte Psychiatrie
- Systematik psychischer Krankheiten
- Schizophrenie-Begriff

20. Jahrhundert

„Eugenetik“ während des Nationalsozialismus

Erbgesundheitsgesetz ab 1.1.1934

(Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses)

300.000 Zwangssterilisationen, „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, „Aktion T4“ / „Euthanasie“ / „Aktion Gnadentod“, (Ermordung von ca. 200.000 psychisch Kranker durch SS-Ärzte). Bis 1941 Ermordung v.a. in Gaskammer, später durch „medizinische Experimente“.

Nach dem 2. Weltkrieg:

- Enthospitalisierungstendenzen
 - 1952: Entdeckung der Psychopharmaka
 - Psychotherapie- und Soziotherapiemethoden
- Wandel der Psychiatrie von einer verwahrenden zu einer therapeutischen Disziplin
- Gesetze zum Schutz der Freiheitsrechte psychisch Kranker (PsychKG)

Psychiatrie-Reform

Psychiatrie-Enquete 1975

- Gemeindeförderung
- Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste, z.B. weniger stationäre Betten; mehr ambulante Psychiater; Kontaktstellen, Tagesstätten, Wohnheime; Selbsthilfegruppen

Heute

- „personenzentrierter“ Ansatz
- Gemeindepsychiatrischer Verbund
- gestiegene Zahl niedergelassener Psychiater
- Personalverordnung in psychiatrischen Kliniken (Psych-PV)
- bessere berufliche Rehabilitation
- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen 2002
- Antidiskriminierungsgesetz vom 18. August 2006

[12]

der Zugang zu Ärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten steht frei. Die Basis freier Entscheidung für oder wider die Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfen, ob ambulant oder stationär, trifft für einen großen Teil der betroffenen Menschen zu. Gleichzeitig ist für eine nicht unerhebliche Anzahl psychisch gestörter Menschen diese völlig selbst bestimmte Inanspruchnahme von Hilfe nicht realisierbar. Die dem Krankheitsgeschehen innewohnenden und aus den Begleitumständen erwachsenden Veränderungsprozesse führen häufig zu erheblichen Einschränkungen der betroffenen Personen. Dieses betrifft auch die Fähigkeit, selbst für sich sorgen zu können und auch ärztliche und andere Hilfe suchen zu können. Diesen Menschen muss Unterstützungen angeboten werden. Dies umzusetzen, ist Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Hierfür gibt es in Niedersachsen zwei Rechtgrundlagen:

- das Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) [16] und
- das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) [17].

Das Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) ist die allgemeine Handlungsgrundlage für das Wirken des öffentlichen Gesundheitswesens. Neben den Forderungen zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und der Forderung nach Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, die gleiche Ziele verfolgen (§ 1), werden die Zuständigkeiten benannt: Landkreise und kreisfreie Städte sind - neben Fachministerium und Landesgesundheitsamt - über ihre medizinischen Fachdienste/ Gesundheitsämter zuständig für die Durchführung von Infektionsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendgesundheit, umweltbezogenem Gesundheitsschutz, Untersuchungen und Begutachtungen und Gesundheitsberichterstattung.

Das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) regelt im allgemeinen Teil den Anwendungsbereich (§ 1) und beschreibt zunächst die im Titel benannten Hilfen „für Personen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind oder gewesen sind oder bei

denen Anzeichen für solche Krankheiten oder Behinderungen bestehen“ und erwähnt darauf folgend auch die „Unterbringung von Personen“, die im o.a.S. „krank oder behindert sind.“ Die zuständigen Behörden zur Durchführung des PsychKG sind die Landkreise und kreisfreien Städte, die diese Aufgaben i. R. des übertragenen Wirkungskreises wahrzunehmen haben (§ 3). Hilfen nach dem PsychKG, ersetzen keine anderen Leistungen, „die die betroffene Person nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch nehmen kann“ (§ 4) sondern ergänzen diese. Diese Hilfen, im Sinne der weiteren Ausführungen des Gesetzes anzubieten, ist Verpflichtung für die verantwortlichen Träger, wenn Umstände bekannt werden, die auf den Bedarf hinweisen (§ 5). Handlungsverpflichteter ist der Sozialpsychiatrische Dienst. Der besonderen Lebenslage, in der sich Menschen mit psychischen Störungen befinden, wird mit dieser Klarstellung Rechnung getragen.

Die erforderlichen Hilfen (§ 6), es „sind insbesondere die medizinische, psychologische oder pädagogische Beratung, Behandlung und Betreuung der betroffenen Person“, sind zweckorientiert. Sie „sollen dazu beitragen, dass Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des § 1 Nr. 1 rechtzeitig erkannt und ärztlich behandelt werden.“ Die Hilfen „sollen das Ziel verfolgen, der betroffenen Person eine möglichst selbständige, bei Bedarf beschützte Lebensführung (...) zu ermöglichen“ und es „soll die Eingliederung in das Leben in der Gemeinschaft nach einer stationären psychiatrischen Behandlung oder einer Unterbringung vorbereitet und erleichtert werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat (hierbei Anm.d.V.) in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt sicherzustellen, dass eine weiterhin erforderliche ambulante Betreuung der betroffenen Person rechtzeitig eingeleitet wird. Befindet sich eine Person wegen ihrer Krankheit oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 in der Behandlung einer niedergelassenen Ärztin oder eines niedergelassenen Arztes, so können die Hilfen zur Ergänzung der Behandlung geleistet werden.“ Desweiteren sollen die Hilfen auch darauf gerichtet sein, bei denjenigen, die mit der betroffenen Person in näherer Beziehung stehen, Verständnis für die besondere Lage der betroffenen Person zu wecken und die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung ihrer Schwierigkeiten zu fördern und zu erhalten“ (...) und „sollen die nahe stehenden Personen auch in ihrer Fürsorge für die betroffene Person entlasten und

unterstützen.“ Diese gesetzlichen Ausführungen verdeutlichen in besonderem Maße den sozialpsychiatrischen Ansatz, der die gestörte Person in ihrem sozialen Kontext betrachtet und auch behandelt. Dieses wird durch die Forderung unterstrichen, dass die Hilfen gemeindenah zu leisten sind, „so dass die betroffene Person soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann.“ Um dieses auch strukturell zu erreichen, haben die Landkreise und kreisfreien Städte „darauf hinzuwirken, dass Einrichtungen der nichtklinisch-stationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung und Rehabilitation, sowie soziale und pädagogische Dienste in Anspruch genommen werden können“.

Eine gut funktionierende gemeindenaher Helfestruktur für Menschen mit psychischen Störungen bedarf einer Vielzahl von Akteuren und Einrichtungen, um einerseits den vielfältigen und unterschiedlichen Bedürfnissen Betroffener Rechnung zu tragen und andererseits sachgerechtes, professionelles Handeln von Helferinnen und Helfern aller Berufsgruppen zu ermöglichen und zu fördern. Haupthandelnder auf dieser gemeindenahen Handlungsebene ist der Sozialpsychiatrische Dienst (§ 7) „unter der Leitung einer Ärztin oder eines Arztes mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung.“ Sollte es notwendig sein, ist darüber hinaus auch die Einrichtung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes erforderlich (§ 7 Abs. 3).

Durch den Sozialpsychiatrischen Verbund (§ 8) – „Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände“ - ist eine Gemeindepsychiatrie erst realisierbar. „Im Sozialpsychiatrischen Verbund sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 Abs. 1 vertreten sein. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt dessen laufende Geschäfte. Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen, um die Versorgung nach Maßgabe des § 6 Abs. 7 sicherzustellen. (...) Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten.“ Um ein strukturiertes Handeln über die Jahre zu ermöglichen, bedarf es des Sozialpsychiatrischen Planes (§ 10). „Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot,“ dieser ist laufend fortzuschreiben. 1998 wurde der Plan erstmals für

den Landkreis Stade erstellt, gültig ist zurzeit die 3. Fortschreibung aus dem Jahr 2010.

Das Gesetz regelt auch die Zusammenarbeit im Rahmen des Verbundes und die Übernahme von Aufgaben (§ 10). So wird dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Aufgabe zugewiesen „zur Erfüllung seiner Aufgaben mit den Anbietern von Hilfen, insbesondere mit den Trägern der Sozialversicherung, der Sozial- und Jugendhilfe, den psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen, den Sozialstationen, den ambulanten Pflegediensten, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und den Kirchen und Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts zur Erfüllung der Aufgaben nach § 5“ (insbesondere medizinische, psychologische oder pädagogische Beratung, Behandlung und Betreuung der betroffenen Person) zusammenzuarbeiten. „Die Hilfen sollen mit dem Angebot anderer Beratungs- und Behandlungseinrichtungen abgestimmt werden, die Aufgaben wahrnehmen, die denen des Sozialpsychiatrischen Dienstes vergleichbar sind oder diese ergänzen. Die Landkreise und kreisfreien Städte sollen den Sozialpsychiatrischen Dienst und andere Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Sinne des Satzes 1, die sie unterhalten, nach Möglichkeit räumlich zusammenfassen.“ Das Gesetz räumt weitere Möglichkeiten ein, die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes anderen zu übertragen. Es regelt ebenso die Schutzmaßnahmen (dritter Teil), den Ausschuss der psychiatrischen Krankenversorgung und die Besuchskommission (vierter Teil), den Datenschutz (fünfter Teil), die Kosten (sechster und siebter Teil) und im Rahmen der Schlussvorschriften (achter Teil), bestimmt es auch die nach diesem Gesetz mögliche Einschränkung der Grundrechte (Freiheit der Person, Unverletzlichkeit des Brief- Post- und Fernmeldegeheimnis und der Wohnung), sofern diese aus medizinischer Sicht unabweisbar notwendig sein sollte.

4. Versorgungsstrukturen und betroffene Menschen

4.1 Der Sozialpsychiatrische Dienst [18]

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist eine Abteilung des Gesundheitsamtes. Alle dienstlichen Abläufe im Amt unterliegen einem hausinternen Qualitätsmanagement, dessen Inhalte im „Betriebsbuch des Gesundheitsamtes“[19] auch für den Sozialpsychiatrischen Dienst festgelegt sind. Ein wesentlicher Teil der folgenden Ausführungen in Kurzberichtsform zum Sozialpsychiatrischen Dienst basiert auf den Ausführungen dieses Betriebsbuches. Dessen Inhalte bilden in der Darstellung ein Konzeptgerüst für die sozialpsychiatrischen Handlungen.

4.1.1 Dienstort und Erreichbarkeit

Dienstort ist Stade, Heckenweg 3.

Die Dienststelle ist im Rahmen der Dienstzeiten der Kreisverwaltung montags und dienstags von 8.00 Uhr bis 15.30 Uhr, mittwochs und freitags von 08.00 Uhr bis 12.00 Uhr, donnerstags von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr und nach Vereinbarung zu erreichen.

Die Hauptstelle in Stade ist in der Regel mindestens während der offiziellen Dienstzeiten der Kreisverwaltung erreichbar. In der übrigen Zeit läuft ein Anrufbeantworter mit der Möglichkeit, Nachrichten zu hinterlassen. Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt durch interne Vorkehrungen den sachgerechten Umgang und hier insbesondere das zeitnahe Abhören der gespeicherten Nachrichten sicher.

Das Informationsblatt „Wege aus der Krise“ beschreibt Ratsuchenden, wie außerhalb der üblichen Dienstzeit professionelle Hilfe im nicht-ärztlichen sowie im ärztlichen Bereich für Klienten und Angehörige erreichbar ist. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Kontaktstellen in Stade und Buxtehude sonntags bzw. sonnabends geöffnet haben und somit für Problemfälle erreichbar sind.

4.1.2 Nebenstellen - Freiburg/ Elbe und in Buxtehude, zeitweise besetzt

Die Sprechstunden in den Nebenstellen des Bezirkes werden von den jeweiligen Bezirksmitarbeiterinnen und Bezirksmitarbeitern durchgeführt.

Freiburg: Offene Sprechstunde, jede ungerade Woche, donnerstags 13.00 Uhr bis 15.00 Uhr und Buxtehude: montags, dienstags und donnerstags ganztägig, mittwochs nachmittags, Offene Sprechstunde dienstags und donnerstags von 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr.

4.1.3 Mobilität und Kontakt

Über dienstliche Mobiltelefone wird gewährleistet, dass bei Hausbesuchen im Bedarfsfall Hilfe gerufen werden kann bzw. im Notfall eine Erreichbarkeit der Mitarbeiter zu den üblichen Dienstzeiten für Krisensituationen gegeben ist (siehe auch Broschüre des Sozialpsychiatrischen Dienstes: Wege aus der Krise, Hinweise für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige)

4.1.4 Personal (Stand: 05/ 2014)

Leitung: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: 5 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter¹ und 2 Medizinische Fachangestellte.

4.1.5 Vertretung

Die Leitung des Dienstes wird durch den Amtsarzt vertreten.

Die Sozialarbeiter, die im Bezirk der Hansestadt Stade und im Bereich Nordkehdingen tätig sind, vertreten sich gegenseitig. Das schließt eine engmaschige, zeitnahe und gründliche Information über die Klienten ein. Gleiches gilt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Raum Buxtehude und Umgebung tätig sind, auch sie vertreten sich gegenseitig. Die Regel ist, dass ein Mitarbeiter nicht mehr als eine Vertretung übernehmen kann. Die telefonische Erreichbarkeit wird im Vertretungsfall durch die Telefonzentrale des Gesundheitsamtes geregelt.

4.1.6 Bezirkseinteilung - Stand 05/ 2014

Bezirk 1 Hansestadt Stade

Bezirk 2 SG Fredenbeck, SG Harsefeld, SG Apensen, SG Horneburg, SG Lühe, Gemeinde Jork
Hansestadt Stade: Bützfleth / Hagen

Bezirk 3 SG Oldendorf- Himmelpforten, SG Nordkehdingen, Gemeinde Drochtersen

Bezirk 4 Hansestadt Buxtehude (Buchstaben A-L)

Bezirk 5 Hansestadt Buxtehude (Buchstaben M-Z)

¹ generalisierte Funktionsbezeichnung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialen Arbeit, nicht tatsächliche Berufsbezeichnung

4.1.7 Zielgruppe

Die Zielgruppe besteht aus allen Personen über 18 Jahren, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind oder dieses gewesen sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Krankheit oder Behinderung bestehen und deren Angehörige nach Maßgabe des NPsychKG. Ausgenommen sind Suchtkranke, weil die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe per Vertrag an die AG Sucht (Verein für Sozialmedizin, Diakonieverband Buxtehude – Stade) übertragen sind. Diese Personengruppe wird, wenn sie Kontakt aufnimmt, an die zuständige Suchtberatung verwiesen und bei Bedarf dorthin begleitet.

4.1.8 Grundsätze der Arbeit und Zielsetzung

Der Sozialpsychiatrische Dienst gewährleistet Hilfen zur Vorbeugung, Notfallhilfe und Nachsorge psychischer Störung/ Erkrankung und Behinderungen mit dem Ziel, die betroffenen Menschen auch wieder in ihre ursprüngliche soziale Bezüge zurückzuführen. Durch die gewährten Hilfen soll der betroffenen Person eine möglichst selbstständige Lebensführung in der Gemeinschaft erhalten oder wieder ermöglicht werden. Die Hilfen sind dabei gemeindenah zu leisten, so dass die betroffene Person soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann. Es ist darauf hinzuwirken, dass vorhandene Einrichtungen der stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgung sowie der vorhandenen sozialen und pädagogischen Dienste soweit wie möglich in Anspruch genommen werden.

Voraussetzung ist, wie schon beschrieben, dass die betroffenen Klienten/ Patienten das 18. Lebensjahr vollendet haben. Ihren Wohnsitz sollten sie im Einzugsgebiet haben bzw. sich z. Zt. im Einzugsgebiet aufhalten und weder Selbst- und Laienhilfe noch die Hilfsangebote der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, der Lebens-, Erziehungs- und Eheberatungsstellen, der allgemeinen sozialen und pflegerischen Dienste zur Bewältigung der Problemlagen reichen aus. Im Einzelfall wird dies auch für Personen unter 18 Jahren geleistet. Jeder Klient/jede Klientin hat das Recht, als Ganzes an Körper und Seele wahrgenommen zu werden, und nicht nur mit einem seelischen Problem. Immer ist auch die Möglichkeit begleitender körperliche Erkrankungen in die Betreuung mit einzubeziehen und auf eine entsprechende körperliche Untersuchung beim (Haus-) Arzt hinzuwirken bzw. diese selbst anzubieten. Der

Schwerpunkt der Versorgung liegt bei der Notfallhilfe und der langfristigen Betreuung von Patienten, deren psychische und soziale Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt sind.

Zielperspektiven:

- Konzentration auf die schwer und chronisch psychisch Kranken/Behinderten,
- partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen,
- qualifizierte und bei Bedarf kontinuierliche Hilfen,
- ambulante Schwerpunktsetzung der Hilfen bei regionaler Versorgungsverpflichtung

Vermittelt werden bei Bedarf weitere Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung, zu Arbeit und Ausbildung, zur sozialen Beziehungsgestaltung und kulturellen Teilhabe sowie zur Sicherung der materiellen Existenz. Die Mitarbeiter leisten eine sorgsame Planung und Durchführung der notwendigen Maßnahmen sowie die regelmäßige Überprüfung ihrer Angemessenheit und Wirksamkeit auf der Grundlage des individuellen Hilfebedarfs. Das übergreifende Ziel ist eine wirksame Betreuung bei einer psychischen Erkrankung/Behinderung und eine möglichst unbeeinträchtigte Lebensqualität der Betroffenen. Bei allen Interventionen wird der Kontext der psychischen und sozialen Probleme des einzelnen Patienten beachtet. In diesem Zusammenhang sollen familienbezogene Interventionen einen besonderen Stellenwert haben.

4.1.9 Grundlegende und spezielle Arbeitsweisen

Arbeitsweisen der Medizin und der Sozialen Arbeit werden mit ihren unterschiedlichen Perspektiven im Sozialpsychiatrischen Dienst gemeinsam wirksam, ausgerichtet auf die Erfüllung der gesetzlichen Zielbeschreibungen zu den Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen. Es sind ärztliche und soziale Behandlungen von „Störungen im Lebensfluss“ [20], nicht nur an der Störung selbst, sondern auch im Rahmen der sozialen Lebensbezüge der Betroffenen.

Beratung

Eine grundlegende Beratung umfasst Problemanalyse, Anamnese, Untersuchung, Spezielle Diagnostik, Umfeldanalyse, Auswahl geeigneter Möglichkeiten, Erstellung eines Hilfeplanes. Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt sich anderen

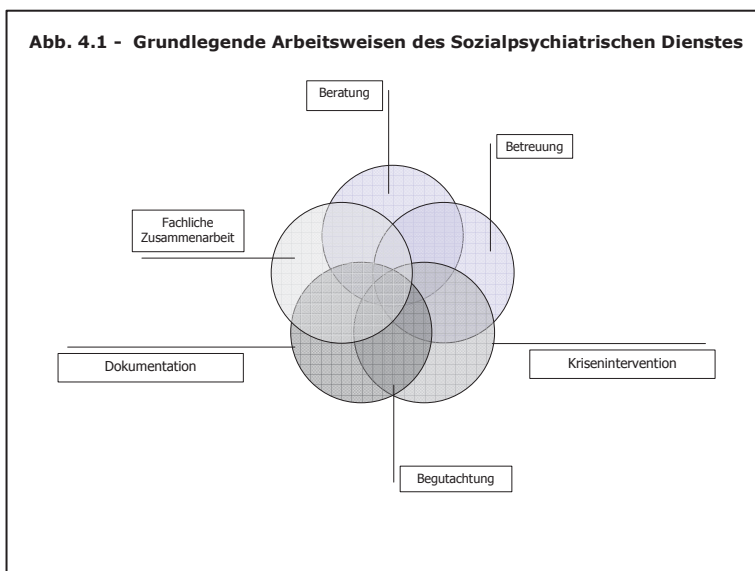
Hilfeanbietern und den speziellen Selbsthilfegruppen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit zur Seite und unterstützt.

Betreuung

Grundsätzlich soll Hilfe zur Selbsthilfe gewährt werden. Klienten, die in der Lage sind, sich selbst adäquate Hilfe zu holen, werden nicht vom sozialpsychiatrischen Dienst betreut, solange andere Anbieter zur Verfügung stehen. Die Betreuung umfasst im wesentlichen den Aufbau einer tragfähigen professionellen Beziehung zwischen Klientin, Klient und dem oder den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Erhebung und Beschreibung der Krankheitsgeschichte, der daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der Lebensgestaltung, der Bewältigungsstrategien, Erstellung eines Hilfeplanes mit Festlegung der Ziele in Einzelschritten, Absprachen mit anderen Einrichtungen der gemeindenahen Versorgung über die wahr zu nehmenden Aufgaben, Überprüfung der erreichten Ziele und ggf. ihre Anpassung an den jeweiligen Zustand des Klienten. Es ist nicht Aufgabe des Dienstes, die Durchführung von Arbeitszeit und Personal bindenden Langzeitbetreuungen in Konkurrenz zu anderen Leistungsanbietern, die Maßnahmen nach dem Sozialgesetzbuch durchführen, zu leisten.

Krisenintervention

Kriseninterventionen erfolgen ganz überwiegend bei akut psychotisch erkrankten und/ oder bei suizidgefährdeten Menschen. Unter Berücksichtigung des Einzelfalles findet in der Regel zeitnah ein Hausbesuch statt.



Hierbei geht es um die Beurteilung der aktuellen Gefährdung (einschließlich der Gefährdung durch die aktive Teilnahme am Straßenverkehr) Entwicklung eines

Hilfeangebotes. Grundsätzlich wird darauf hingearbeitet, dass die notwendige Behandlung durch ein Krankenhaus oder einen niedergelassenen Arzt erreicht wird. Gemäß § 6 Absatz 7 des NPsychKG wird auch bei Krisen darauf hingewirkt, dass Einrichtungen der klinisch stationären, teilstationären oder der ambulanten Versorgung und Rehabilitation sowie soziale und pädagogische Dienste je nach Bedarf in Anspruch genommen werden, soweit dies den Umständen nach sinnvoll erscheint. Wenn durch die Leistung von Hilfen eine Unterbringung nicht abgewendet werden kann, soll eine sofortige ärztliche Untersuchung der betroffenen Person durch den Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder den behandelnden Arzt erfolgen, um abzuklären, ob zur Abwendung unmittelbarer Gefahr Schutzmaßnahmen einzuleiten sind und wenn notwendig, dem Patienten unmittelbar beizustehen ist. Wenn nötig, ist das notwendige Gutachten zu erstatten, falls die Gefährdung nicht anders als durch eine Unterbringung abgewendet werden kann.

Begutachtungen

Im Rahmen des Betreuungsgesetzes werden Gutachten für Menschen mit psychiatrischen/ gerontopsychiatrischen (Fachgebiet der Psychiatrie für spezifische Bedürfnisse alter Menschen) Erkrankungen, die ihren Aufenthalt im Landkreis Stade haben, auf Anforderung der zuständigen Amtsgerichte erstellt. Diese Gutachten werden unter dem Aspekt der Hilfeleistung für die Betroffenen gesehen. Begutachtungen zu psychiatrischen Fragestellungen erfolgen auch als Amtshilfe für das Ausländeramt.

Dokumentation

Die Dokumentation der klientenbezogenen Arbeit erfolgt zeitnah und vollständig. Der Umfang richtet sich nach dem im Betriebsbuch vorgeschriebenem Muster. Beim Erstkontakt werden wenigstens die Informationen erhoben, die für die weitere Kontaktaufnahme notwendig sind.

Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen des Gesundheitsamtes, anderen Ämtern oder Behörden:

Die Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat Anspruch auf besonderen Vertrauensschutz und die Beachtung der Bestimmungen über die Schweigepflicht nach dem Strafgesetzbuch (StGB) [21]. Außer im Rahmen von Vertretungsregelungen erfolgt der interne Datenaustausch auch nur mit vorheriger schriftlicher Einverständniserklärung des Klienten, sofern kein rechtfertigender Notstand nach Rechtsgüterabwägung vorliegt. Durch die innerbetriebliche Organisation stellt der Amtsleiter des Gesundheitsamtes sicher, dass Kenntnisse, die er durch die Vertretungsarbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst erlangt hat, nicht für andere Aufgaben des Gesundheitsamtes verwendet werden können. Das geschieht dadurch, dass die inneramtliche Verteilung von Untersuchungsaufträgen für andere Ämter mit allen, den Patienten belastenden oder potentiell belastenden Verwaltungsakten so erfolgt, dass diese nicht von ihm durchgeführt werden. Insbesondere ist weder der Amtsleiter noch der Sozialpsychiatrische Dienst in Untersuchungen bei Menschen mit psychischen Störungen in Führerscheine Angelegenheiten für das Straßenverkehrsamt eingebunden. Da der Landkreis Stade die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe per Vertrag an die AG Sucht delegiert hat und nicht selbst wahrnimmt, können Untersuchungen bei Kraftfahrern, die polizeilich bereits wegen ihres Drogen- oder Alkoholkonsums aufgefallen sind, vom Amtsleiter ausgeführt werden.

Spezielle Arbeitsweisen

Soziale Behandlung durch Soziale Arbeit innerhalb des Dienstes bedeutet:

Die Arbeit wird ausschließlich im Rahmen der Methode – Soziale Einzelhilfe – durchgeführt. Dieser Ansatz beinhaltet auch die Einbeziehung anderer professioneller Hilfesysteme, wenn dieses notwendig ist. Alle Hilfen orientieren sich generell an vorausgesetzter Handlungsfähigkeit/ -willigkeit und der Eigenverantwortung des Klienten. Der Fürsorgegedanke soll nur in begründbaren Einzelfällen zur Grundlage des methodischen Handelns herangezogen werden, da Fürsorglichkeit die Aktivierungen der Klienten behindern kann.

Interventionsansätze

Beratung

Neben der rein informativen Beratung – durch Gesprächsführung auch Stützung und Mobilisierung der Bewältigungsstrategie des Klienten unter individueller problem- oder klientenzentrierter Beisteuerung von Informationen, Beratung über vorhandene Hilfen im Notfall, falls sich der Zustand des Klienten unvorhergesehen verschlimmert.

Krisenintervention

Schnelle Analyse der akuten Bedrohung, Planung der notwendigen Maßnahmen zur schnellen Linderung der Symptomatik des Patienten. Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt ist zu suchen.

Langzeitbegleitung

Wenn vorübergehend nicht anders möglich, aber notwendig: Unterstützung und Begleitung durch ein, für die Klientel, problembeladenes Alltagsleben, bei maximaler Belegung der Alltagsstrategien der Betroffenen, aber notfalls auch Vollzug praktischer Hilfemaßnahmen, falls andere Institutionen nicht zur Verfügung stehen. Vorhandene Ressourcen in Verwandtschaft und Nachbarschaft werden genutzt.

Übergreifende Aufgaben im Rahmen aller angeführten Interventionsansätze

- Neben der Einzelberatung für Menschen mit psychischen Störungen auch präventive Beratungen für Menschen die in Krisensituationen Rat und Hilfe brauchen, unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips
- Nachbetreuung von aus psychiatrischen Kliniken entlassenen Patienten
- Familienkontakte / Familienberatung für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige
- Einleitung von Langzeittherapiemaßnahmen (Vorsorge, Klinikkontakte, Nachsorge)
- Hausbesuche, Hilfe durch Aufsuchen und Nachgehen
- Ständige kooperative Zusammenarbeit mit den therapeutischen Teams fallbezogene Krankenhaus- und Klinikkontakte
- Arztkontakt

- Sprechstunden
- Prävention
- Kontakte und Zusammenarbeit mit Sozialstationen und sozialen Einrichtungen in der Hand freier Träger
- Mitwirkung bei Schutzmaßnahmen
- Begleitung und Kontakte zu entsprechenden Fach- und Beratungsstellen z. B. Schuldnerberatung, komplementären Einrichtungen (Rehabilitation, Betreutes Wohnen, Heime, Kontakt- und Begegnungsstätten)
- Hilfe bei der Suche von Wohnungen, Kontakten zu Behörden
- Therapie/-Heimvermittlung, Kostenregelung in der Regel durch Bahnung des Kontaktes zu spez. Einrichtungen
- Suchtberatung für Suchtkranke und Gefährdete (Alkohol, Tabletten, illegale Drogen, Spielsüchte, Essstörungen usw.) für Menschen, die in den freien Beratungsstellen keinen Platz oder den geeigneten Therapeuten gefunden haben
- Suchtberatung für Abhängige, die nicht in die freien Beratungsstellen gehen
- Dokumentation der Arbeit
- Kontaktpflege / Beziehungspflege / Austausch mit psychiatrischen Institutionen im LK Stade z. B. im Rahmen von Arbeitskreisen (AK Sucht, psychosozialer AK, Kontakte in den Außenstellen, Betreuungs- AG, kreisübergreifende Bezirkstreffen)

Die strukturell-integrative Weiterentwicklung der sozial- und gemeindepsychiatrischen Handlungsebene

Die Fachkraft trägt zur qualitativen Weiterentwicklung der Handlungsebene bei. Diese geschieht u. a. durch Reflexion der Bezüge des Arbeitsfeldes und den daraus entwickelbaren Handlungsleitlinien. Von Wichtigkeit sind z. B. Probleme bei Überleitung der Klienten in andere Betreuungsformen. Daneben werden konzeptionelle Weiterentwicklung des Dienstes mit Techniken der Zukunftswerkstatt erarbeitet, insbesondere zu den Themen: Gerontopsychiatrie im Landkreis Stade, Projekte in Schulen, Gruppenarbeit, Umgang mit neuen Medien u.a.m.

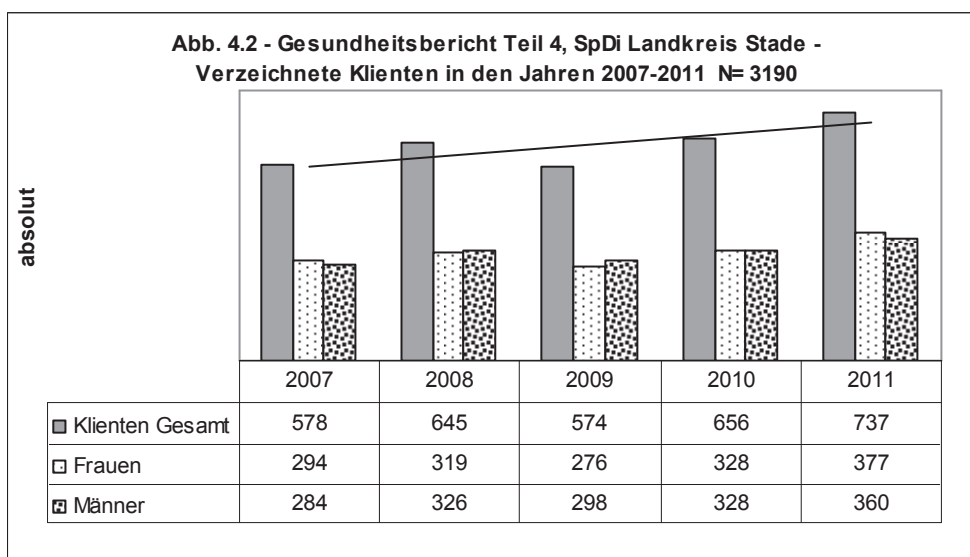
Weitere Elemente: Angebot von Fortbildung, Teilnahme an Fachtagungen, Weiterbildung und Arbeitskreisen (regional/-überregional), wöchentliche Team-

sitzung, Supervision, Klausurtagungen, Fallbesprechung, Pflege von Kontakten zu anderen Sozialpsychiatrischen Diensten (kollegialer Austausch, Optimierungen eigener Arbeitsweisen durch Vergleich mit anderen).

4.2 Die Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes

4.2.1 Klientenanzahl und Klientenkontakte

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes verzeichneten von 2007 bis 2011 eine steigende Anzahl von Klientinnen und Klienten. 2007 waren es noch insgesamt 578 Personen (294 Frauen und 284 Männer), bis 2011 kamen 159 Personen dazu (gesamt 737, Frauen 377, Männer 360). Im Jahr 2012 wurden in einem Tätigkeitsbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes [22] bereits 769 Klienten verzeichnet, 376 Frauen und 393 Männer. Zukünftige Entwicklungen bleiben abzuwarten, eine weitere leichte Steigerung der Klientenzahlen ist aber wahrscheinlich. Die Steigerungsrate der Gesamtklientel von 2007 bis 2011 betrug insgesamt 21,6 %, bei einer durchschnittlichen



Steigerung um 5,4 % pro Jahr. Die Steigerungsrate von 2011 bis 2012 betrug 4,2 %. Im gesamten Zeitraum zählten 3190 Personen zur Klientel, 1594 Frauen und

**Abb. 4.3 - Gesundheitsbericht Teil 4 Landkreis Stade
Übersicht verzeichneter Klienten des SpDi 2007 bis 2011**

Jahr	Frauen	Frauen in %	Männer	Männer in %	Gesamt
2007	294	50,9	284	49,1	578
2008	319	49,5	326	50,5	645
2009	276	48,1	298	51,9	574
2010	328	50,0	328	50,0	656
2011	377	51,2	360	48,8	737
Kl. gesamt	1594		1596		3190
Durchschnitt 2007-2011	318,8	49,9	319,2	50,1	638,0

1596 Männer, im jährlichen Durchschnitt also 638 Personen, ca. 319 Frauen und 319 Männer. Die Geschlechterverteilung der Klientel war ausgewogen.

Für die im Sozialpsychiatrischen Dienst handelnden Personen bedeutet dies, dass jede über den gesamten Zeitraum für durchschnittlich 106 Personen pro Jahr zuständig war. Diese Arbeit wurde im Rahmen von insgesamt 18.352 Klientenkontakten (für Frauen 9427, für Männer 8925) geleistet.

Wie kommen Frauen und Männer mit psychischen Störungen in Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst? Die Fülle der vorliegende Daten belegt: Die Kontaktabahnung ist in der Regel nicht spektakulär. Frauen und Männer suchen im Schwerpunkt selbst Kontakt oder werden durch Angehörige/ Bekannte, Polizei, Krankenhäuser, Fachkrankenhäuser und durch Jugendamt/ Jugendhilfeeinrichtungen (Jungerwachsene) vermittelt. Danach erst spielen alle erdenklichen Einrichtungen und Personen eine Rolle, in denen und bei denen Personen mit psychischen Störungen Auffälligkeiten zeigen. Das sind z.B. weitere Ämter, Gerichte, Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen, Betreuer, Hausärzte und Fachärzte, die Patienten Empfehlungen geben.

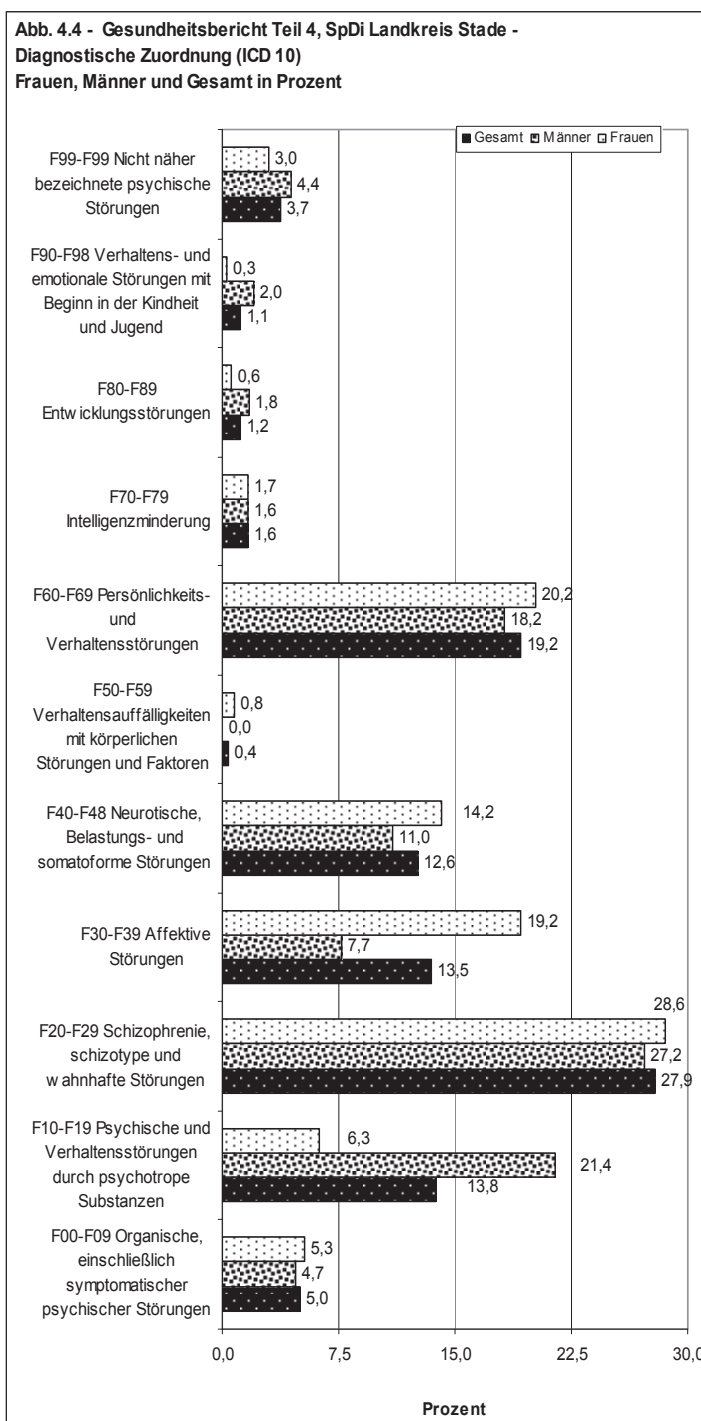
Bei der Frage nach Erstkontakt mit Klienten und der Länge von Betreuungsbeziehungen ergab sich folgendes Bild: Frauen - 1964 war die am weitesten zurückliegende Jahreszahl eines Erstkontaktes mit einer Klientin. Zu dieser Zeit gab es weder den Begriff der Sozialpsychiatrie noch gab es einen solchen Dienst. Damals wurden Menschen mit psychischen Störungen in der Regel in psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht und nach Entlassung ggf. auch durch das Gesundheitsamt betreut. Auch aus dem Jahr 1975 war ein Klientinnenereerstkontakt verzeichnet, der noch zu diesem Kreis gehörte.

Männer - Bei den Männern verhält es sich ähnlich, hier beginnen die ersten Kontakte in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts. Einen stärkeren Klientenzuwachs erfuhr der Dienst 2010 und 2011. Der Kernanteil der Menschen, die zwischen 2007 und 2011 durch den Sozialpsychiatrischen Dienst betreut wurden, hatten Erstkontakte, beginnend in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts bis zum Jahr 2011. Diese langen Betreuungszeiträume bestätigen das Bild der Klientel chronisch psychisch gestörter Menschen.

4.2.2 Diagnosen

Besonders deutlich unterstreichen die diagnostischen Einstufungen der Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes, dass es sich hierbei um Menschen mit schweren psychischen Störungen handelt, die in der Regel auch chronifiziert sind. Die am stärksten vertretene Gruppe sind Personen mit

schizophrenen Störungsbildern (F20-F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Durchschnittlich 28 % der Klientel sind hier betroffen, Frauen und Männer (28,6 %, 27,2 %) liegen in der Belastungsgröße gleichauf. Ähnlich verhält es sich bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Wenn auch im Durchschnitt etwas weniger stark (Gesamt 19,2 %, Frauen 20,2 %, Männer 18,2 %), so war auch diese Störungsform bei beiderlei Geschlecht gleich stark ausgeprägt. Ebenso verhielt es sich im Bereich „F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, wenn auch nur auf einem Niveau von durchschnittlich 5 %.



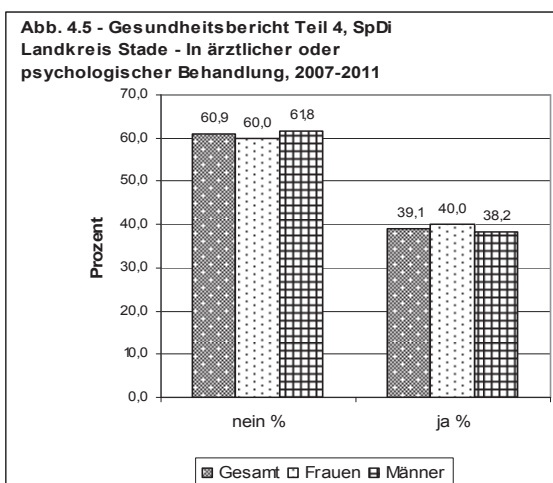
Leichte Unterschiedlichkeiten in der Ausprägung der gestellten Diagnosen zeigen sich im Bereich neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (F40-F48). Durchschnittliche 12,6 % der Klientel ist hiervon betroffen, 14,2 % der Frauen und 11 % der Männer.

Deutliche Unterschiede zeigen sich im Bereich so genannter affektiver Störungen (F30-F39). Diese, im Durchschnitt mit 13,5 % bei allen Klientinnen und Klienten vertretene Störung, ist sehr unterschiedlich verteilt. Während 7,7 % der Männer hiervon betroffen sind, sind Frauen zu 19,2 % hiermit belastet. Eine ähnlich unterschiedliche Verteilung ist aufzuzeigen im Bereich F10-F19, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Diese Diagnose¹ steht für durchschnittlich 13,8 % der Klientinnen und Klienten, Frauen betrifft es allerdings nur zu 6,3 %, Männer hingegen sind mit 21,4 % vertreten. Hier, im Bereich schwer psychisch gestörter Menschen, spiegelt sich ein Teil bekannter gesellschaftlicher Realität: der männlich dominierte Sektor des Gebrauchs und Missbrauchs psychotroper Substanzen.

Neben den angeführten dominierenden Diagnosefeldern sind deutlich weniger Menschen vertreten (zwischen 0 bis 4 %) aus den Diagnosebereichen „Nicht näher bezeichnete psychische Störung, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

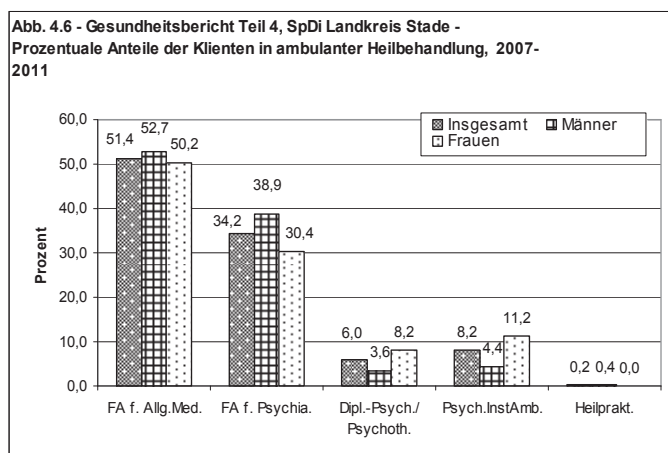
4.2.3 In ärztlicher oder psychologischer Behandlung

Kranke sollten ihre Krankheiten behandeln lassen. Dieses gilt auch für psychisch gestörte Menschen, wenn sie wieder gesunden wollen oder wenn sie im Rahmen einer lang anhaltenden Störung einer dauerhaften, fachlich angemessenen Begleitung bedürfen, damit



¹ Im Dokumentationssystem ISGA lassen sich aus technischen Gründen aber nur Erstdiagnosen einsetzen, Zweitdiagnosen werden nicht gezählt. Dieses ist ein bisher nicht abwendbarer Mangel in der Strukturqualität des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

ein bestmöglicher Zustand der Gesundheit einen ausreichenden Beitrag zur Lebensqualität erbringen kann. Diesem Rat folgen längst nicht alle Menschen, die durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes betreut werden. Insgesamt befanden sich im Durchschnitt 39,1 % der Klientinnen und Klienten in (fach-)ärztlicher oder psychologischer Behandlung, Frauen zu 40 %, Männer zu 38,2 %.



Neben den fachspezifischen medizinischen und / oder psychologischen Zuwendungen fanden natürlich andere ambulante Heilbehandlungen statt, die sich entweder auch auf die psychische Störung beziehen oder im Rahmen einer allgemeinen Behand-

lungsversorgung zu betrachten sind. In der Gesamtschau* spielten Hausärzte / Fachärzte für Allgemeinmedizin natürlich eine große Rolle. Über 50 % aller Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes suchten neben der ggf. stattfindenden Facharztbehandlung/ Psychologenbehandlung auch den Hausarzt auf. Neben der hausärztlichen Behandlung schien die Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie eine bedeutende Rolle einzunehmen, sie wurde zwischen 30 und 40 % genutzt, im Gegensatz zu eher noch geringen Nutzungsraten (Gesamt 6 %, Frauen 8,2 %, Männer 3,6 %) psychologischer Behandlungen. Auch die Nutzung der psychiatrischen Institutsambulanzen war von Bedeutung, im Durchschnitt zu 8,2 %, durch Männer eher geringer, zu 4,2 %, durch Frauen deutlicher, zu 11,2 %. Besuche bei Heilpraktikern spielten in der Gesamtversorgung keine Rolle.

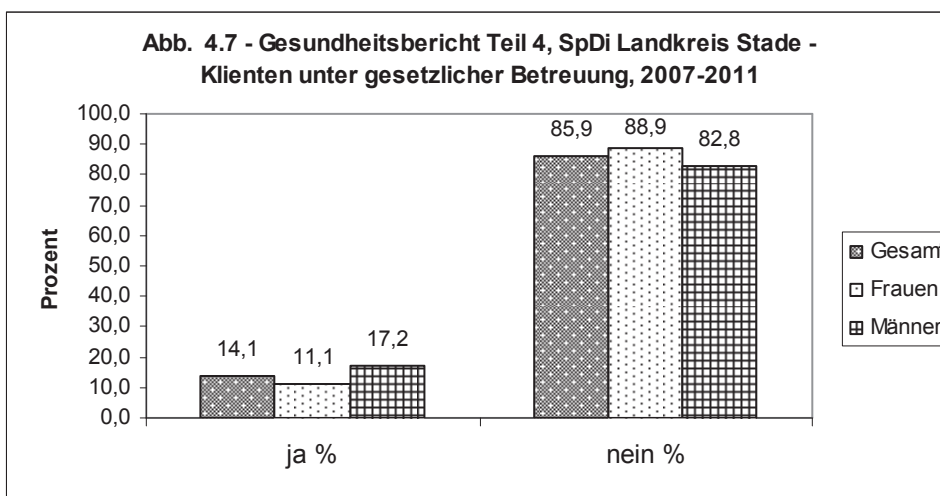
4.2.4 Unter gesetzlicher Betreuung

In vielfältiger Weise war und ist der Sozialpsychiatrische Dienst im Rahmen der Möglichkeiten gesetzlicher Betreuungen tätig.

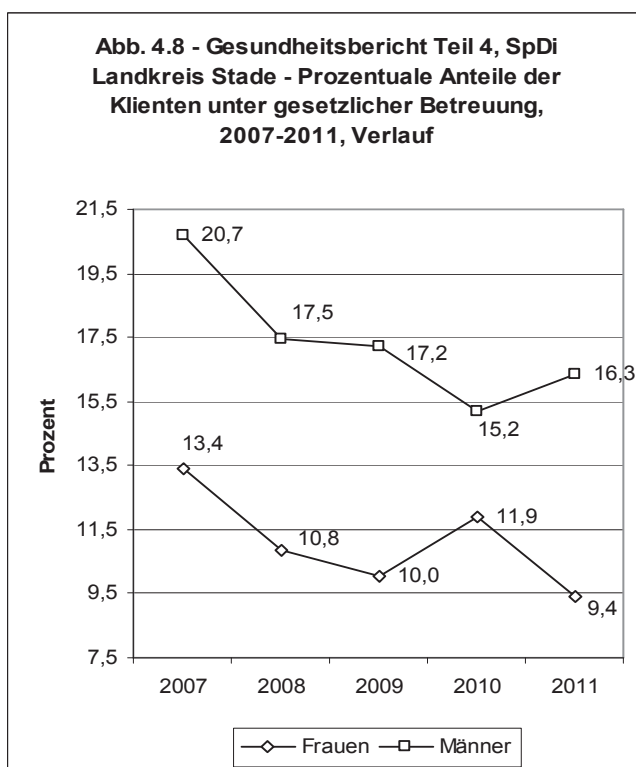
* sehr leichte Rundungsdifferenzen durch mehrfach notwendige Verwendung von Mittelwerten

Er gibt z.B. in Fällen, in denen dieses aus fachlicher Sicht nötig erscheint, Betreuungsanregungen an das zuständige Gericht und erstellt, neben weiteren Maßnahmen und Möglichkeiten, selbst Gutachten im gerichtlichen Auftrag gem. Betreuungsrecht.

Ein Teil der Klientel des Dienstes steht bereits unter gesetzlicher Betreuung. Durchschnittlich 14,1% aller Klientinnen und Klienten stand von 2007 bis 2011 in diesem gesetzlichen Sonderzustand, etwa 11 % davon waren Frauen, etwa 17 % Männer.



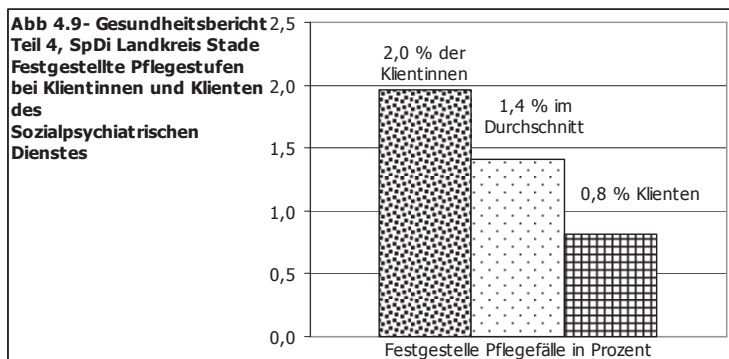
Die prozentualen Durchschnittswerte jeweils unter gesetzlicher Betreuung stehender Klientinnen und Klienten waren von 2007 bis 2011 aber rückläufig. Hierfür



gab es unterschiedliche Gründe. Männer, deren Betreuungsrate im gesamten Zeitraum größer als die der Frauen war, wurden 2011 noch mit durchschnittlichen 16,3 % verzeichnet, 2007 waren es noch über 20 %. Frauen waren 2007 noch mit 13,4 % im Betreuungsrahmen beteiligt. 2011 waren es unter 10 %.

4.2.5 Festgestellte Pflegestufen

Nur sehr wenige Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes bedurften von 2007 bis 2011 einer häuslichen bzw. stationären Pflege. Im Durch-

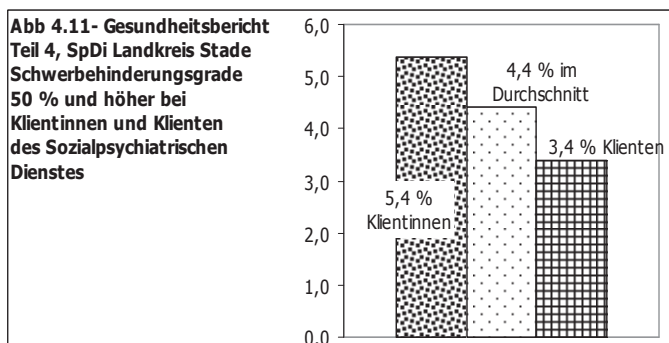
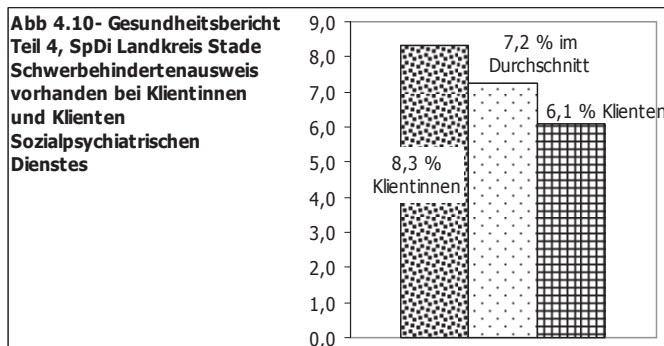


schnitt wurden bei 1,4 % der Stammklientel Einstufungen in Pflegestufen nach dem Sozialgesetzbuch XI festgestellt. Die Anzahl der Feststellungen bei Frauen und Männer unterschieden sich erheblich, so waren 2 % der Klientinnen hiervon betroffen, dagegen nur 0,8 % der Klienten.

4.2.6 Schwerbehinderung

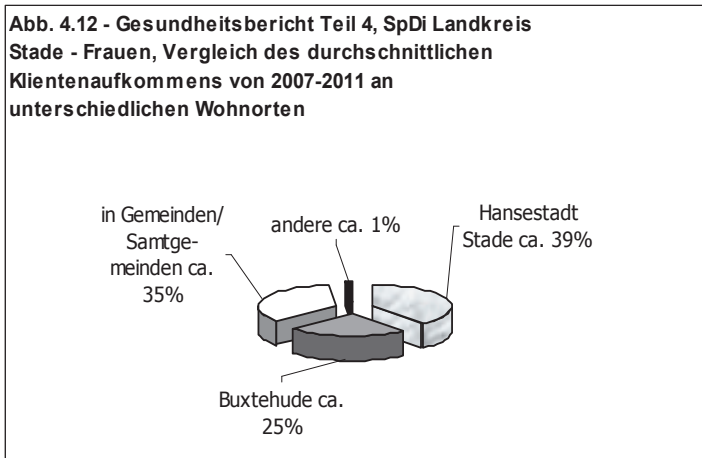
Anders ausgeprägt war die der Einstufungen der Schwerbehinderungen, nach dem Sozialgesetzbuch IX (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch-Rehabilitation und Teilhabe behinderter

Menschen). 8,3 % der Klientinnen und 6,1 % der Klienten konnten einen Schwerbehindertenausweis vorweisen, durchschnittlich 7,2 %.



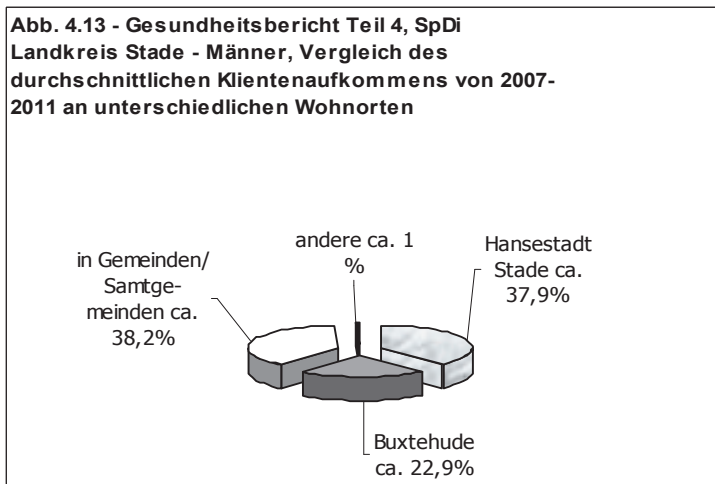
4,4 %, ebenso im Durchschnitt, hatten einen Grad der Schwerbehinderung von 50 % und mehr, von den Frauen 5,4 %, von den Männern 3,4 %.

4.2.7 Leben - in Stadt und Land

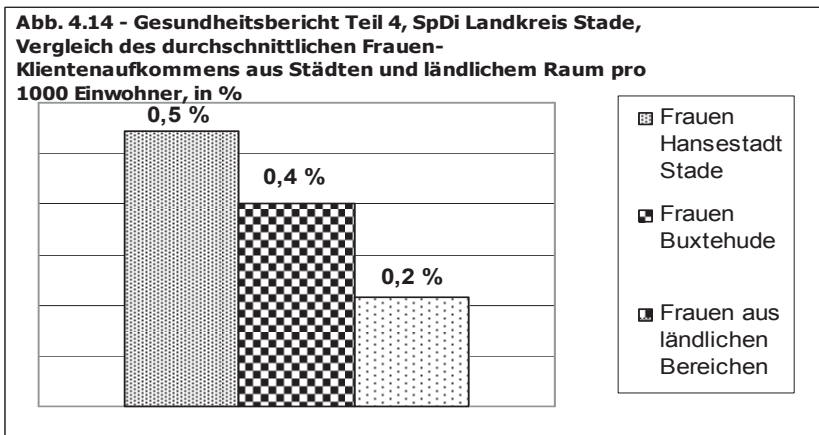


Die Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes - Menschen mit schweren psychischen Störungen - lebten im gesamten Kreisgebiet. Die größte Anzahl der Frauen lebte in den

Städten, ca. 39 % in der Hansestadt Stade und ca. 25 % in Buxtehude. Weitere 35 % der Frauen wohnten in Gemeinden und Samtgemeinden des Landkreises. Etwa 1 % der Personen waren zum Zeitpunkt der Betreuung

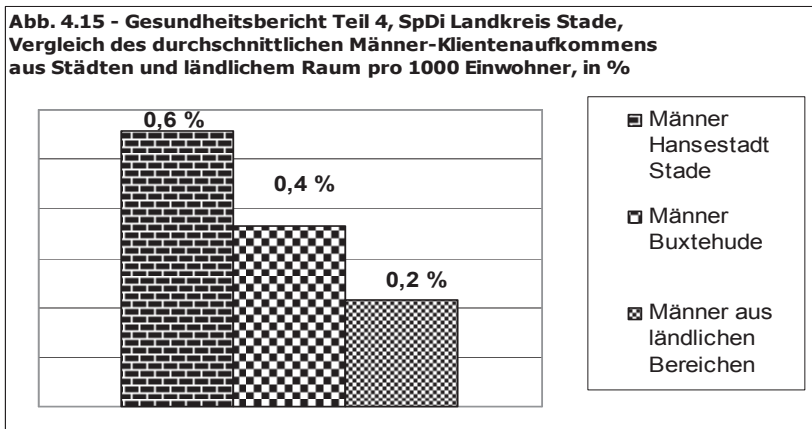


maßnahmen von Auswärts, ohne festen Wohnsitz oder verzogen unbekannt. Ein ähnliches Bild ergab sich bei den Männern. Ewa 38 % kamen aus der Hansestadt Stade. Etwa 23 % wohnten in Buxtehude. 38 % verteilten sich in den weiteren Gemeinden und Samtgemeinden. Bei etwa 1 % der Männer bestand ebenfalls Unklarheit über den Verbleib, sie waren ohne festen Wohnsitz oder kamen nicht aus dem Landkreis Stade.

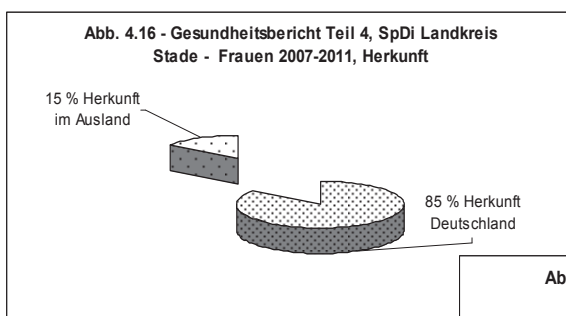


Unterschiedlicher wurde das Bild über die Klienten, betrachtete man die durchschnittliche prozentuale

Verteilung pro eintausend Einwohner in den Jahren 2007 bis 2011 [23].



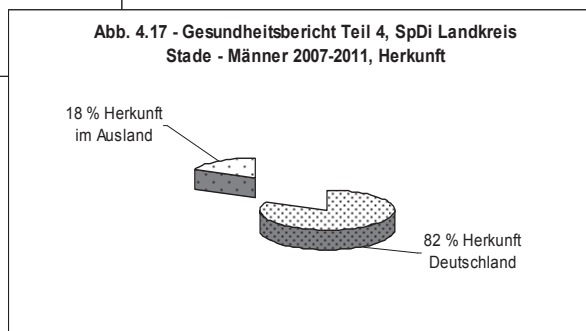
Der größere Teil der Klientinnen kam in dieser Zeit aus der Hansestadt Stade, ca. 0,5 % pro Tausend Einwohnern. Mit 0,4 % pro Tausend Einwohnern folgten weibliche Klienten aus Buxtehude. 0,2 % der Klientinnen pro Tausend Einwohner waren in Landgemeinden zu finden. Etwa gleichwertig waren die durchschnittlichen Klientenraten bei Männern, 0,6 % pro Tausend Einwohner fanden sich in der Hansestadt Stade, 0,4 % in Buxtehude und ca. 0,2 % kamen aus ländlichen Gebieten. Die größte Anzahl der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst betreuten Personen kam aus der Hansestadt.



4.2.8 Herkunft

Erwartungsgemäß war der größte Teil der Klientinnen und Klienten deutscher Herkunft. Etwa 15 %

der Klientinnen kamen aus dem Ausland; ausländische Männer waren mit ca. 18 % vertreten. Diese wenigen Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes ausländischer Herkunft kamen zwischen 2007 und 2011 aus 29 verschiedenen Ländern dieser Welt.



4.2.9 Wohnen

Insgesamt wohnte die überwiegende Anzahl der Klientinnen und Klienten des

Abb. 4.18 - Wohnen - Zusammenfassung	Verteilung in %
in Privatwohnungen*	91,1
in Einrichtungen	6,3
in Ersatzunterkünften	1,9
ohne festen Wohnsitz	0,5
nicht bekannt	0,1

Abb. 4.19 - Wohnen - Frauen	Verteilung in %
in Privatwohnungen*	94,8
in Einrichtungen	3,8
in Ersatzunterkünften	1,2
ohne festen Wohnsitz	0,1
nicht bekannt	0,1

Sozialpsychiatrischen Dienstes in Privatwohnungen, zu 91,1 %. Frauen nutzten zu 94,8 % solche Wohnmöglichkeiten, Männer nur zu 79,4 %, gemeint waren hier sowohl Mietobjekte als auch Wohnraum im Eigentum. Deutlich mehr Männer als Frauen lebten dafür in Einrichtungen für psychische gestörte Menschen, 9,2 % zu 3,8 %. Auch bei Ersatzunterkünften, die insgesamt von ca. 1,9 % der Klientinnen und Klienten genutzt wurden, hatten Männer mit 2,8 % den größeren Anteil.

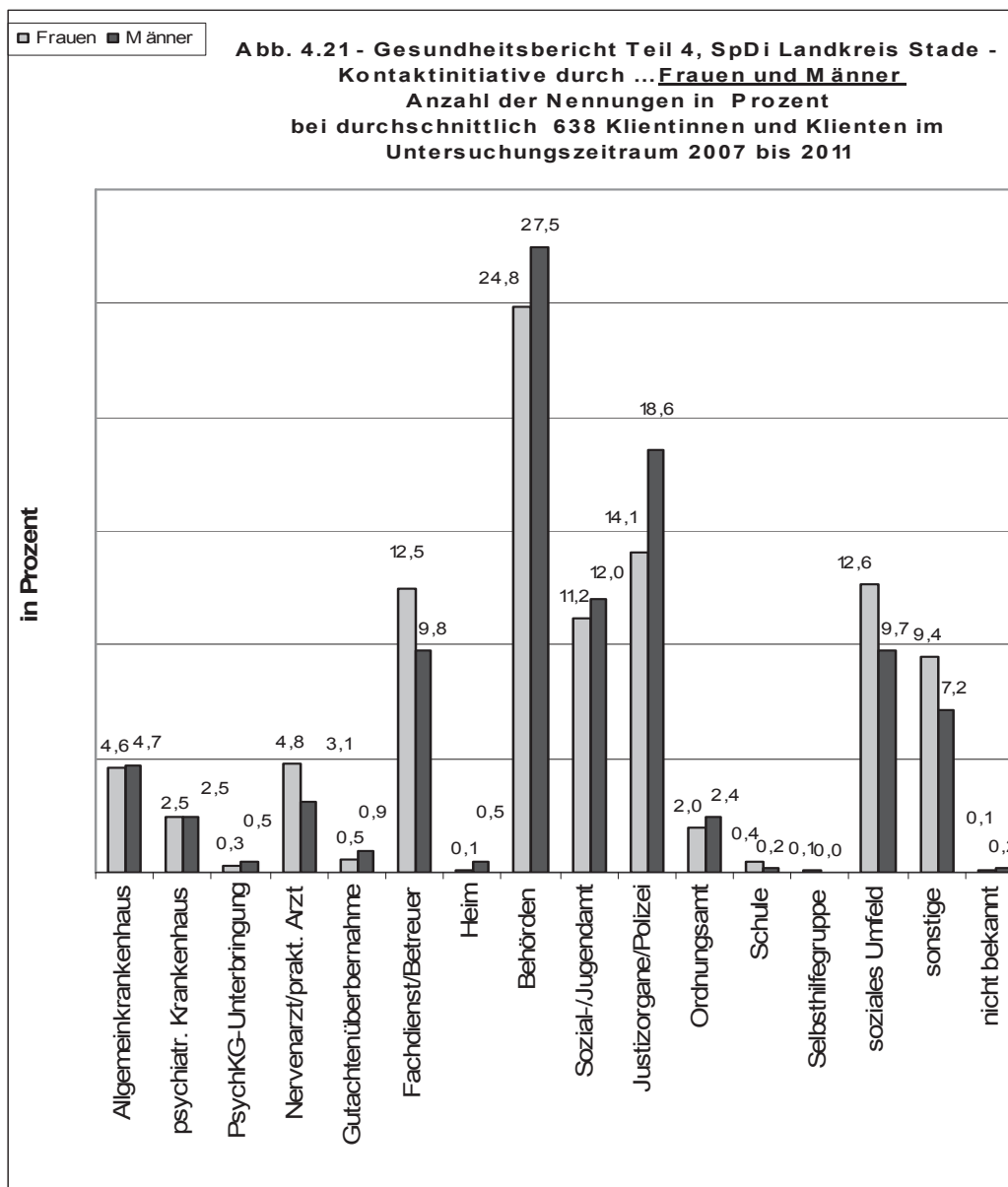
Ohne festen Wohnsitz waren zusammen betrachtet ca. 0,5 % der Klientel, nur

0,1 % der Klientinnen, aber 8,5 % der männlichen Klienten. Die Klientinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes lebten, im Gegensatz zu den Klienten, prozentual bewertet in insgesamt mehr privatem und häuslich geprägtem Wohnumfeld.

Abb. 4.20 - Wohnen - Männer	Verteilung in %
in Privatwohnungen*	79,4
in Einrichtungen	9,2
in Ersatzunterkünften	2,8
ohne festen Wohnsitz	8,5
nicht bekannt	0,1

4.2.10 In Kontakt kommen – eine nähere Betrachtung

Wodurch und auf welchen Wegen finden Sozialpsychiatrischer Dienst und Klienten überhaupt zueinander? Aus welchen Bereichen kommen Kontaktinitiativen für Frauen und Männer mit psychischen Störungen? Man könnte auch die Frage stellen, an welchen Orten diese Personen durch ihr andersartiges Verhalten so



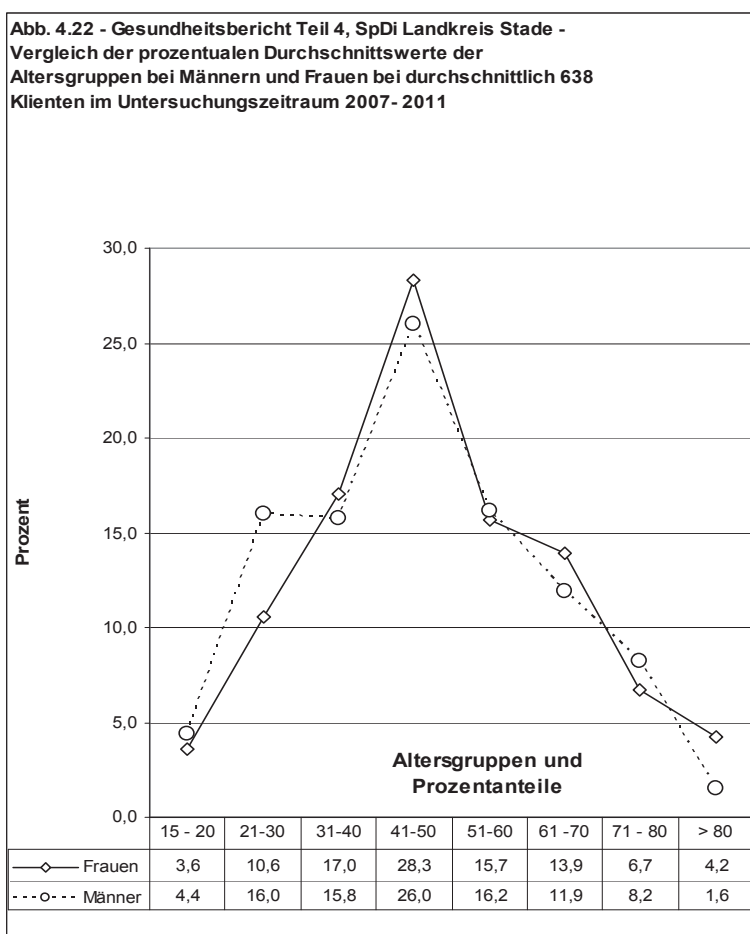
auffallen, dass besorgte Mitmenschen die Initiative ergreifen und, direkt oder über Dritte, einen Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst herstellen.

Am häufigsten geschieht dieses in Behörden jeglicher Art (m 27,5%; w 24,8%). Behördenbesuche finden meist aus wichtigen Gründen zur Regelung oder Information statt. Hier treten Bürger mit psychischen Störungen in Kontakt mit

den Bediensteten und werden dabei auffällig. An zweiter Stelle geschieht dieses ebenso speziell bei Polizei und Justiz (m 18,6%; w 14,1%). Sozial- und Jugendämter, Fachdienste der Sozialen Arbeit, gesetzliche Betreuer und das soziale Umfeld, also die Familie, die Nachbarn, Freunde u.s.w., setzen die bedeutsamen Orte der Kontaktinitiativen fort. Darauf erst folgen Allgemein-krankenhäuser, Facharztpraxen und andere Orte.

4.2.11 Alterdurchschnitt

Der Sozialpsychiatrischer Dienst ist eine Einrichtung der Erwachsenenpsychia-



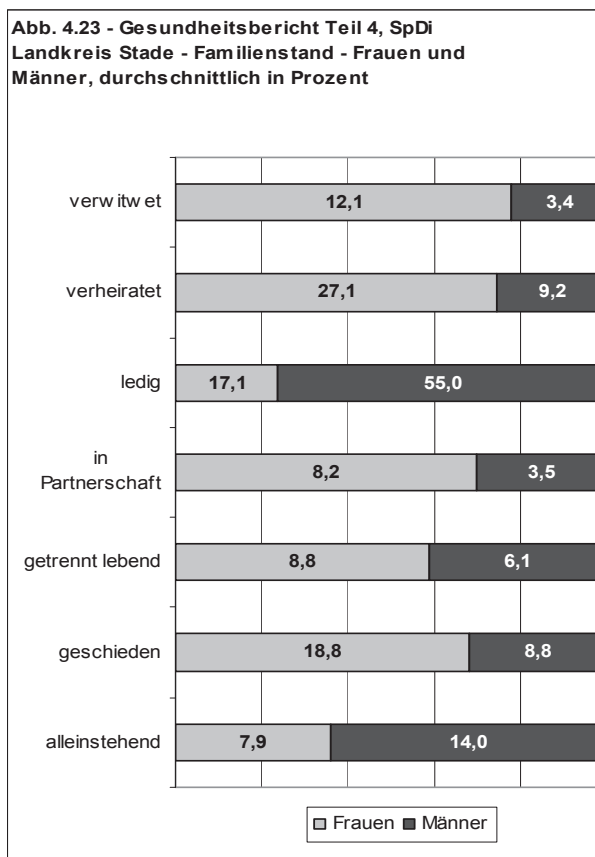
Die Klientel dieses Dienstes befand sich folgerichtig in den mittleren Altersgruppen. Nur sehr selten und nur vorübergehend, waren hier Personen, die zur Altersgruppe der 15-20jährigen gehören, zu finden (insgesamt ca. 4%). Kinder und Jugendliche wurden und werden außerhalb von Facharztpraxen für Kinder- u. Jugendpsychiatrie gem. § 35a des SGB VIII – Einglie-

derungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - durch das zuständige Jugendamt betreut. Die Schwerpunktaltersgruppe beider Geschlechter der Klientel der Erwachsenenpsychiatrie, bildet sich aus den 41 bis 50jährigen, wobei im Vorfeld die Gruppe der 31 bis 40jährigen genauso bedeutsam ist, wie die der Scheitelpunktgruppe folgende, der 51 bis 60jährigen. Hier spiegelt sich einerseits

der Entwicklungsverlauf schwerer, sich chronifizierender psychischer Störungen des Erwachsenenalters wider. Andererseits die Begleitungssysteme für diese Menschen. In jungen Jahren entwickeln sich psychische Störungen manchmal plötzlich und schnell, manchmal eher unbemerkt, verschleiert oder verborgen. Fachärztliche Behandlungen und Fachklinikaufenthalte helfen wohl den meisten Erkrankten, die Gesundheit wieder herzustellen. Schwere, chronische Störungen, führen aber nicht selten zu Prozessen der Desintegration, die einerseits dringend medizinischer andererseits psychosozialer Begleitung bedürfen. Dieses ist ein bedeutsames und anwachsendes Aufgabenfeld des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kontext mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund und seinen Einrichtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII. (→ Nähere Ausführungen zur **Eingliederungshilfe für Erwachsene** unter 4.3.1.1). Der Sozialpsychiatrische Verbund des Landkreises Stade stellt die komplementären Einrichtungen, in die dann Klienten des Dienstes nach einer Stabilisierung oder auch Re-Integration oder aber auch aufgrund des Älterwerdens gehen, wie Wohngemeinschaften, Wohnheime, spezielle Einrichtungen für psychisch gestörte ältere Menschen, bis hin zur Pflege.

4.2.12 Familienstand und Lebensformen

Die vorgefundenen Familienstände von Klientinnen und Klienten waren in einigen Bereichen recht unterschiedlich in ihren Schwerpunkten. Kennzeichnend war sowohl für Frauen als auch für Männer ein Leben außerhalb von Partnerschaften. Frauen waren zu 27,1 % verheiratet, zu 18,8 % geschieden, zu 17,1 % ledig oder zu 12,1 % bereits verwitwet. 8,2 %

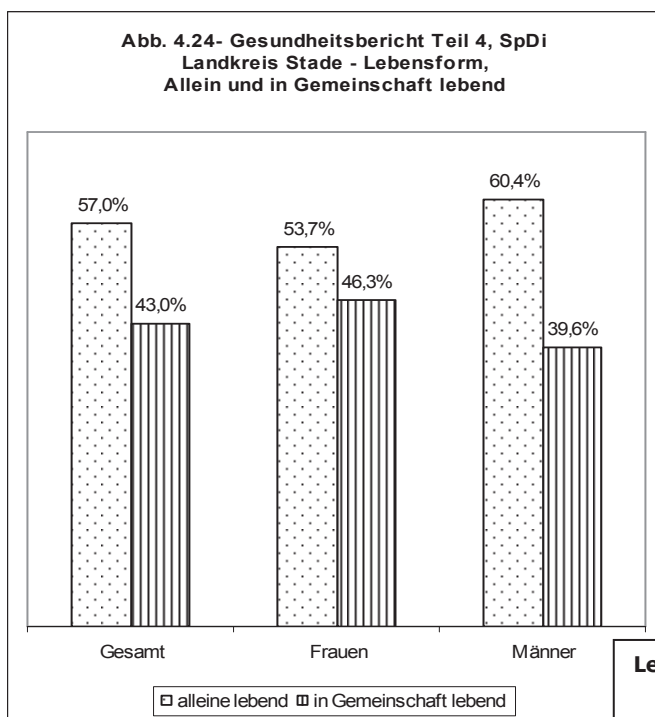


lebten in Partnerschaften, 8,8 % in Trennungssituation und 7,9 % bezeichneten sich als allein stehend, 35,3 % lebten somit in partnerschaftlich Beziehungen, 64,7 % aber nicht.

Die wesentliche Form des Familienstandes der männlichen Klientel war mit 55 % das Ledigsein, 14 % bezeichneten sich darüber hinaus als allein stehend. Verheiratet waren nur 9,2 % der Männer, geschieden 8,8 %, verwitwet 3,4 %, getrennt lebend 6,1 %. 3,5 % berichteten von einer Partnerschaft. Der Anteil der Männer ohne jegliche Partnerschaft liegt mit 73,3 % noch um 8,6 % höher als bei den Frauen.

Zur konkreten Ausgestaltung der Lebensformen lagen von nur etwa 60 % der Klientinnen und Klienten ausreichende Angaben vor. Von diesen - hier zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei Partnerschaften - lebten insgesamt etwa 57 % alleine und 43 % gemeinschaftsorientiert. Auch hier leben Männer nicht unerheblich isolierter als Frauen.

Von allen, die nicht alleine Leben, sondern in Gemeinschaften mit anderen- es müssen keine Partnerschaften sein- bewegen sich durchschnittlich 58,2 % in „sonstigen“ familialen Bezügen, 82 % der Frauen, aber nur 29,5 % der Männer. Bei den Eltern zu leben war daneben eine stark vertretene Lebens-



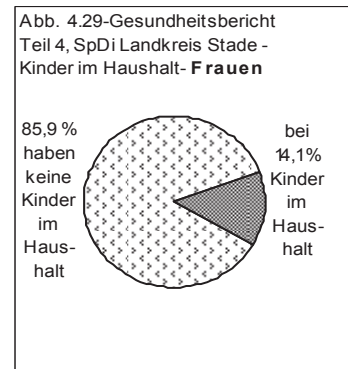
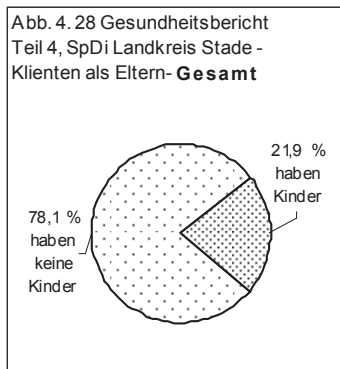
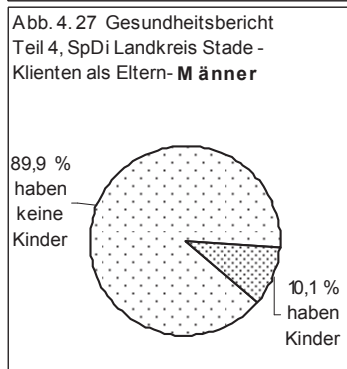
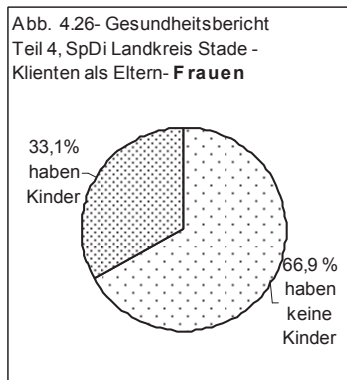
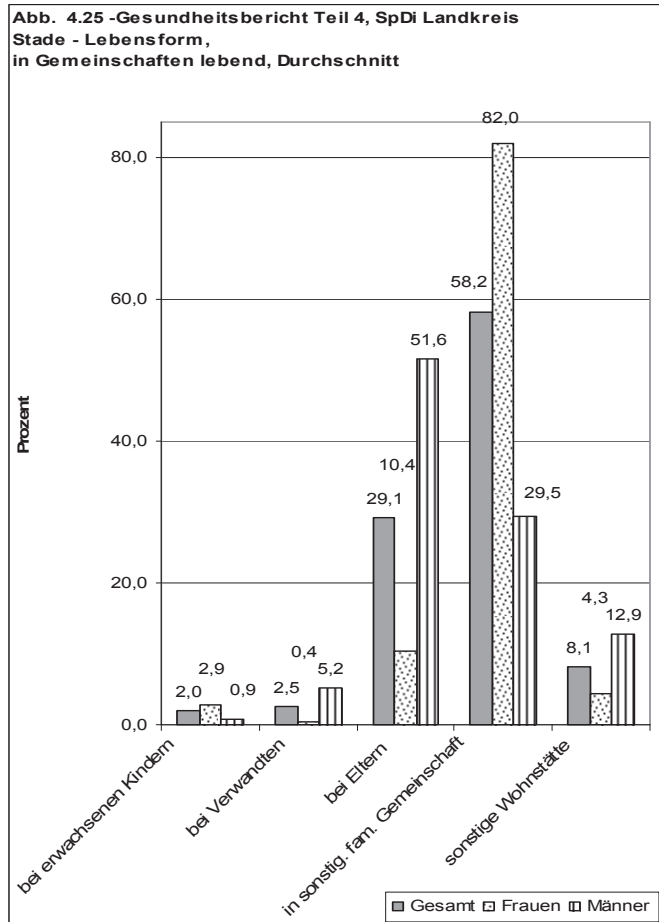
form. Insgesamt „wählten“ diese Lebensform 29,1 % der Frauen und Männer. Bei näherem Hinsehen überwiegen hier allerdings deutlich die Männer, mit 51,6 %, die Frauen hingegen sind nur mit 10,4 % vertreten. Männer leben, im Gegensatz zu Frauen, mit

- Legende**
- alleinlebend = alleine lebend
 - in Gemeinschaft lebend
 - bei erwachsenen Kindern
 - bei Verwandten
 - bei Eltern = bei Eltern, bei Vater, bei Mutter
 - in sonstig. fam. Gemeinschaft = mit Sohn, Tochter, Ehefrau, Ehemann, Partnerin mit Kindern
 - Partnerin/ Partner, auch allein erziehend
 - Sonstige Wohnstätte = WG, Heim,
 - Wohnstätte, Asylunterkunft etc.

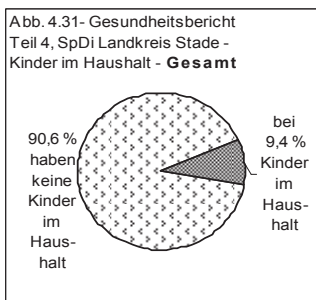
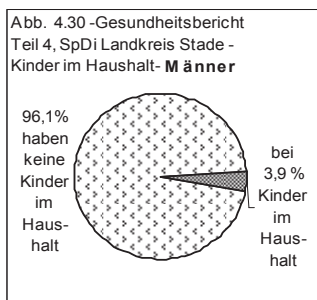
nur 4,3 %, zu 12,9 % in sonstigen Wohnstätten. Das Leben bei erwachsenen Kindern oder auch bei Verwandten spielte eher eine untergeordnete Rolle und war mit Durchschnittswerten zwischen 2 % und 2,5 % vertreten.

Klienten als Eltern und Kinder im Haushalt

Im Gesamtdurchschnitt waren 21,9 % der Klientinnen und Klienten Eltern. Frauen waren hierbei mit 33,1 % in größerer Zahl vertreten als Männer, die dieses nur zu 10,1 % aufweisen konnten.

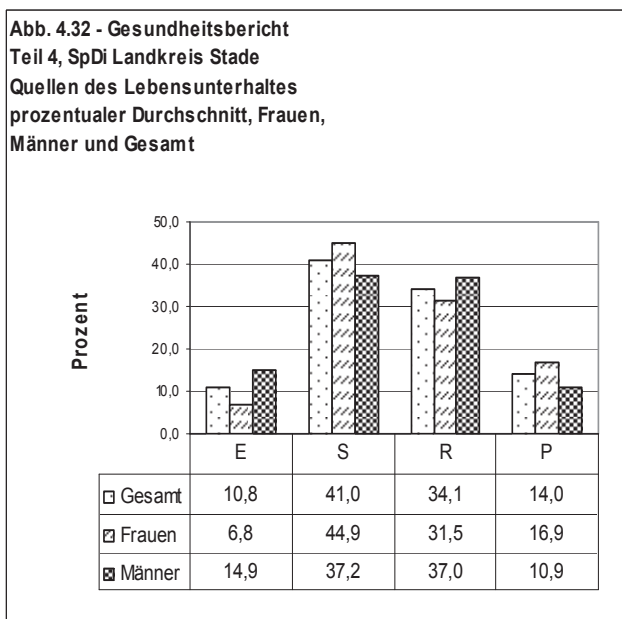


Durchaus Vergleichbares und Folgerichtiges ergab sich bei Fragen nach Kindern in den Haushalten der Klientel. Insgesamt lebten durchschnittlich 90,6 % ohne Kinder im Haushalt, bei 14,1 % der weiblichen Klienten lebten Kinder mit im Haushalt, bei den Männern war es nur in 3,9 % aller Fälle so.



4.2.13 Lebensunterhalt und Krankenversicherung

Der Lebensunterhalt speiste sich aus unter-



Legende - Quellen des Lebensunterhaltes

E = Erwerbstätigkeit oder verbunden mit Erwerbstätigkeit

- aus Erwerbstätigkeit
- Bafög und Azubi Entgelt
- Ausbildungsbeihilfe/ -geld
- Krankengeld
- ALG 1

S = Sozialleistungen

- Grundleistungen wie z.B. Grundsicherung und HLU
- SGB II Leistungen
- Wohngeld
- Elterngeld

R = Rentenleistungen

- Altersrente
- Hinterbliebenenrente
- Erwerbsminderungsrenten
- Pflegegeld

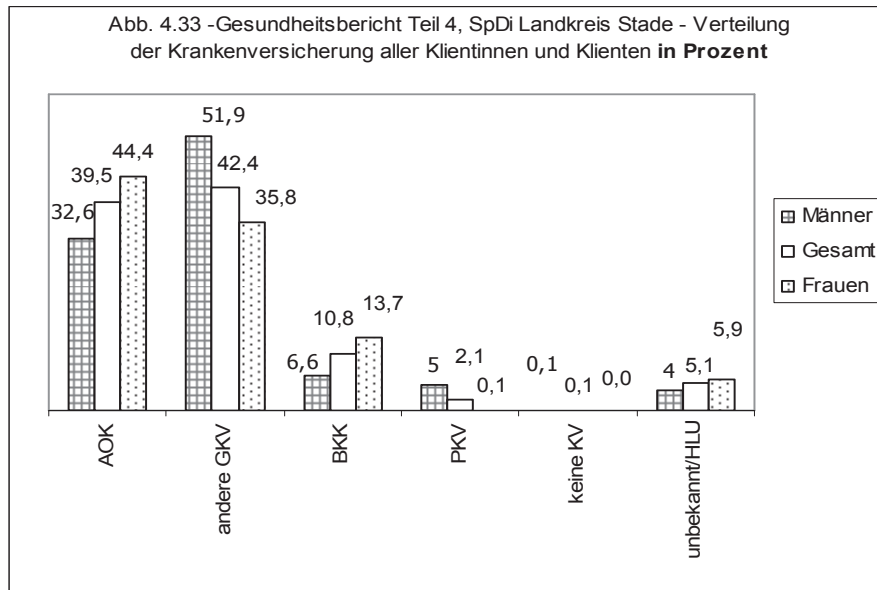
P = Private Quellen

- Unterhalt
- Vermögen
- sonstiges Einkommen

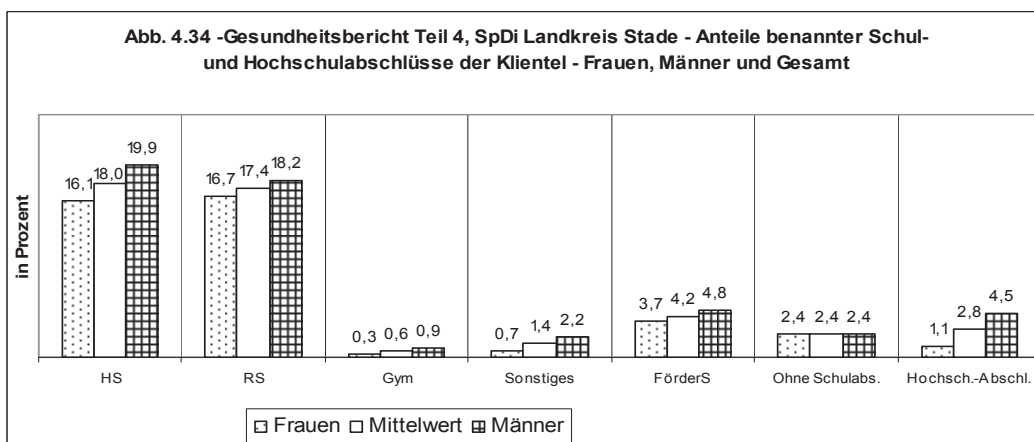
Anm.: Diese Aufstellung folgt dem Zweck der Zusammenfassung und ordnet nicht zwangsläufig nach z.B. gesetzlichen Kategorien

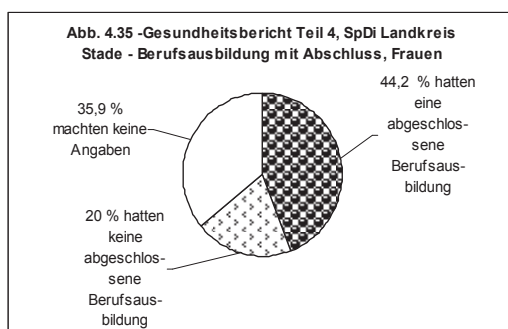
schiedlichen Quellen, die auch durchaus in Kombinationen genutzt werden (müssen). Aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben kann davon ausgegangen werden, dass im Durchschnitt insgesamt 10,8 % der Klientinnen und Klienten, Frauen 6,8 %, Männer 14,9 %, mit Geldern aus Erwerbstätigkeiten (Legende: E) oder hiermit verbundenen Bereichen ihren Lebensunterhalt ganz oder zumindest zu weiten Teilen bestritten. Dieses allerdings war der kleinste Posten. Zu ca. 41 % wurde der Lebensunterhalt durch Sozialleistungen (Legende: S) gesichert. Männer (37,2 %) und Frauen (44.9 %) waren hier zu etwa gleichen Teilen vertreten. Der nächste wesentliche Quellbereich waren Rentenleistungen (Legende: R). Frauen erhielten zu 31,5 %, Männer zu 37 % (Durchschnitt 34,1 %) hieraus Bezüge. Der Rest des Unterhaltes speiste sich aus privaten Quellen (Legende: P), insgesamt 14%, Frauen zu 16,9 %, Männer zu 10.9 %.

Die Klientinnen und Klienten waren weitestgehend Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen, im Mittelwert um die 40 %. Betriebskrankenkassen und private Krankenversicherungen schlossen, in Verbindungen mit Leistungen der Sozialhilfe, bis auf sehr wenige Ausnahmen alle Versorgungslücken.



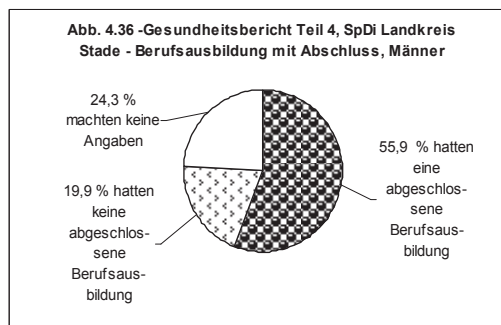
4.2.14 Bildung und Ausbildung Von 2007 bis 2011 verzeichnete der Sozialpsychiatrische Dienst im Durchschnitt 638 Klientinnen und Klienten pro Jahr (Frauen 49,9 %, Männer 50,1 %). Zu den formalen Bildungsabschlüssen dieser Personen gab es im Untersuchungszeitraum hinreichende Aufzeichnungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst:



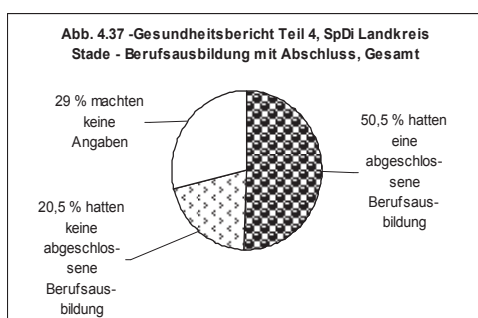


Vergleicht man die Bildungsabschlüsse in Deutschland [3] mit den hier benannten der Klientel, so gleichen sich die Größenordnungen beim Hauptschulabschluss, Deutschland 36,3% - 35,9%. Realschulabschlüsse

o. ä. werden in Deutschland mit 17,4% (einschl. ehemalige Polytechnische Oberschule) beziffert. Der hier angeführte Personenanteil mit diesen Abschlüssen ist höher. Die Größenordnung der benannten Klienten mit Hochschulreife (incl. Fachhochschulreife)



weicht mit 0,3 % sehr deutlich vom Deutschlandwert 26,6 % ab. 4,8 % der benannten Klientel sind ohne Schulabschluss, der deutsche Wert liegt bei 3,8 %.

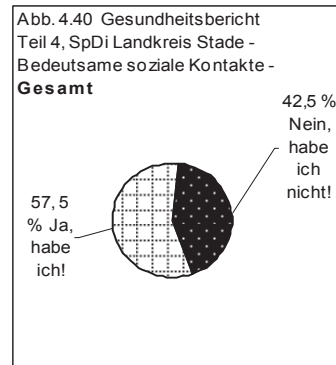
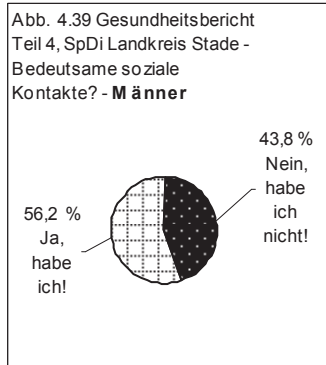


Auch die Anteile der Hochschulabschlüsse gleichen sich, Deutschland 6,1 % Klientelennungen 5,7 %. Wie auch bei den allgemeinen Bildungsabschlüssen antwortete ein Teil der Klientel nicht auf diese Frage. Daraus ergab sich folgendes Bild zur Frage, ob

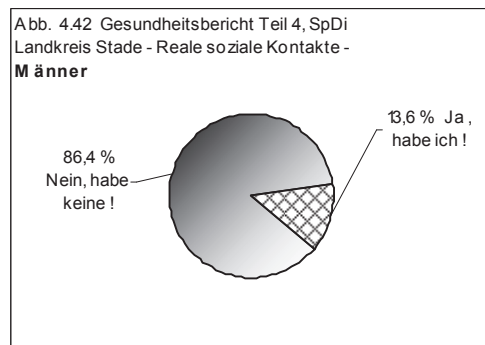
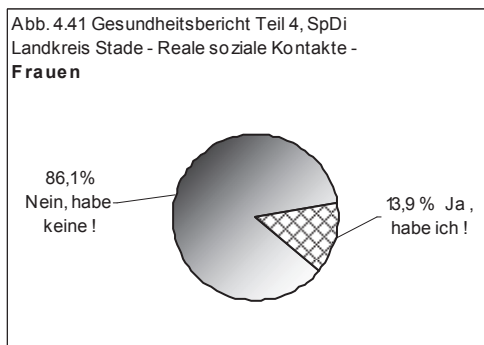
jemals überhaupt berufsbildende Abschlüsse absolviert wurden: Die Quote der Personen mit Berufsausbildungsabschluss stieg von 2007 bis 2011 insgesamt von 47,1% auf 53% (Frauen 34,6%/ 55,4%; Männer 58,4%/ 50,1%). Diese Aufwärtsentwicklung wurde durch die Klientinnen bewirkt, die Positivantworten gingen im männlichen Bereich leicht zurück und stiegen im Negativbereich leicht an. Der Personenkreis, der hierzu keine Angaben machte, ging von 2007 bis 2011 im Durchschnitt um die Hälfte zurück. Insgesamt verfügten 50,5 % der Personen über einen berufsbildenden Abschluss, durchschnittlich 55,9 % der Männer und 44,2 % der Frauen. Der übrige Teil hatte keinen solchen Abschluss oder gab darüber keine Auskunft.

4.2.15 Soziale Kontakte und erhöhter Hilfebedarf

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Ein Leben ohne ausreichende Kontakte zu

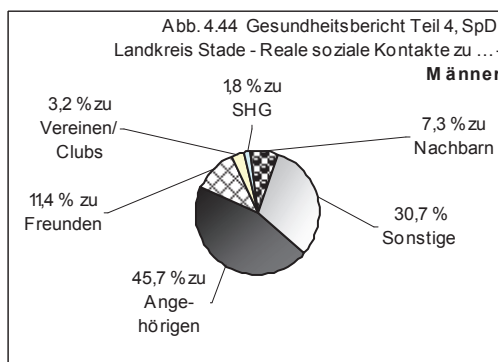
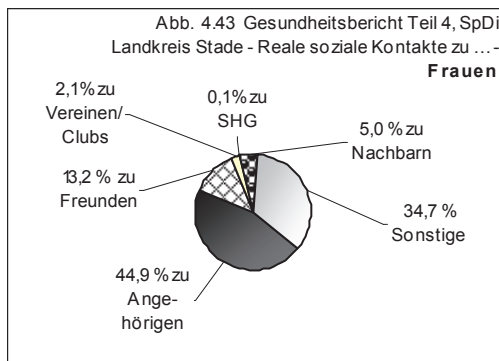


anderen Menschen, ist ein Leben in einer Dauerkrise und der Gesundheit in vielfältiger Weise eher nicht zuträglich. Ausnahmen bestätigen die Regel. Soziale Isolation erzeugt psychische Störungen, psychische Störungen erzeugen in vielen Fällen soziale Isolation. Psychisch gestörte Menschen isolieren sich selbst oder Mitmenschen distanzieren sich von auffälligen, gestörten Persönlichkeiten. Es ist erklärtes Ziel sozialpsychiatrischer Tätigkeit, daran zu arbeiten, dieser Isolation entgegenzuwirken. Die Frage, ob bedeutsame soziale Kontakte vorhanden waren, ergab für Frauen und Männer etwa das gleiche Ergebnis. Mehr als die Hälfte (Gesamt 57,5 %, Frauen 58,9 %, Männer 56,2 %) verfügte über bedeutsame soziale Kontakte. Aber: für etwas weniger als die Hälfte aller Personen musste diese verneint werden. Diese Größenordnung der Personen ohne bedeutsame soziale Kontakte ist eine ständige Herausforderung an das gesamte sozialpsychiatrische Versorgungssystem. Wurden die Aussagen zu den bedeutsamen sozialen Kontakten, ergänzt mit der Frage nach realen Kontakten, hinterfragt, sah dieses Bild deutlich anders aus. Nur ca. 14 % der Frauen und Männer der Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes hatte reale soziale Kontakte, über 86 % aber nicht.



Zu wem wurden Kontakte gepflegt?

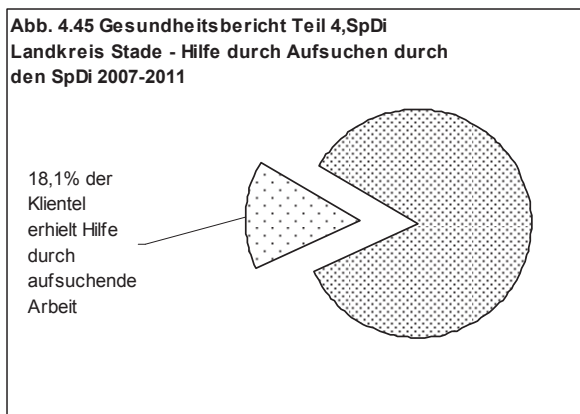
Frauen und Männer verhielten sich, was Kontakte zu Angehörigen angeht, genau gleich. Etwa 45 % verkehrten, im weitesten Sinne, mit der Familie. Dieses entsprach den Erwartungen. Einer Größenordnung von 34,7 % bei Frauen und 30,7 % bei Männern entsprach der



Anteil sonstiger Personen des bedeutenden persönlichen Kontaktes. Näheres war hier nicht zu erfahren. Freunde bildeten bei beiden Geschlechtern die nächstgrößere bedeutsame Gruppe (siehe Abb. 4.43 u. 4.44). Der Freundesbezug fiel bei Männern um 1,8 % geringer aus als bei Frauen. Der Rest verkehrte mit Nachbarn und in Vereinen /Clubs. Im Gegensatz zu den Frauen konnte für die Männer vermerkt werden: 1,8 % besuchte Selbsthilfegruppen, Frauen fast gar nicht, nur zu 0,1%. Hier dürfte es sich im Schwerpunkt um Selbsthilfegruppen im Bereich Alkoholkonsum handeln. Wie bereits beschrieben, sind Männer in diesem Bereich deutlich ausgeprägter betroffen als Frauen.

Erhöhter Hilfebedarf

Ein „Normalfall“ bei der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit psychisch gestörten Menschen ist kaum definierbar. Auch wenn viele Abläufe professionell planbar, durchführbar und kontrollierbar sind - jederzeit kann es zu Krisen kommen, deren erste Anzeichen noch relativ einfach zu beherrschen sind, deren Dynamik aber nicht aus dem Blick geraten darf. Hier gilt es, den Entwicklungen initiativ und nachgehend zu begegnen. Nicht nur die psychische Störung selbst kann sich verstärken. Äußere Anlässe können negative Entwicklungen anstoßen. Die nicht ausreichend ausgeprägte Fertigkeit mit Anforderungen des Alltags gelassen umzugehen oder sich hierbei Hilfe zu holen, kann zu krisenhaften

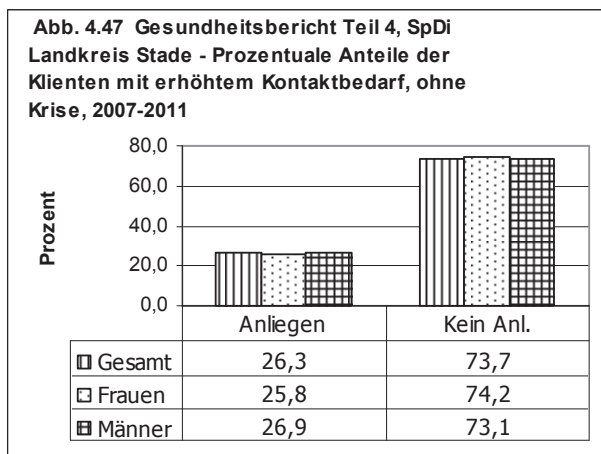


Zuspitzungen führen. Eine Form der sozialpsychiatrischen Arbeit ist die Hilfe durch Aufsuchen.²

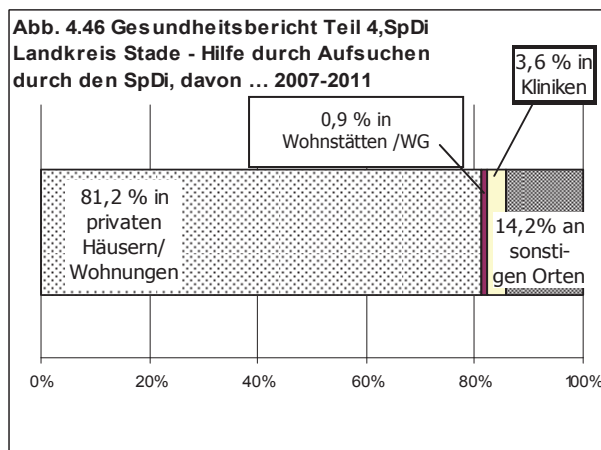
18,1 % der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst begleiteten Personen mussten mindestens einmal, in der Regel allerdings mehrfach und in unterschiedlichen Örtlichkeiten aufgesucht werden.

In privaten Häusern und Wohnungen geschah dieses in über 81 % der Fälle. 3,6 % wurden in Kliniken aufgesucht, z.B. zur Vorbereitung der Nachsorge.

In Wohnstätte und Wohngemeinschaften war dieses nur in geringem Umfang notwendig, da hier meist die Betreuung durch die Trägerschaft sichergestellt wird. An sonstigen Orten war dieses noch bei 14,2 % der Personen nötig. Ausgelöst wurden Hilfen durch Aufsuchen bei festge-



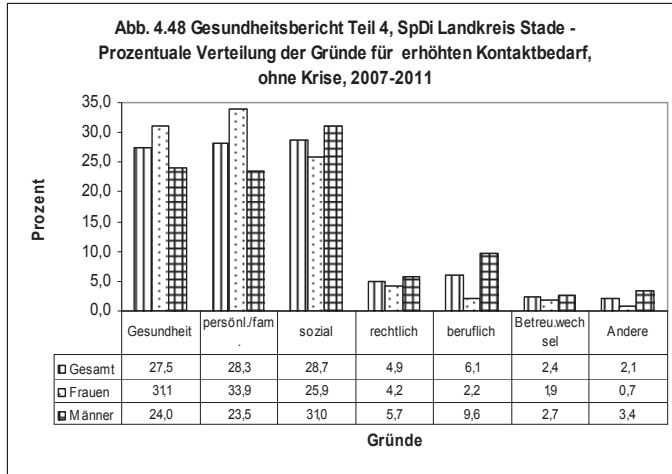
stelltem erhöhten Kontaktbedarf, ohne dass eine Krise vorlag, aber auch bei krisentypischen Anlässen. Ein Anliegen dieser Art hatten im Gesamtzeitraum ca. 26 % aller betroffenen Klientinnen und Klienten. Die wesentlichen Gründe - durchschnittlich knapp unter 30 % - für die erhöhte



Nachfrage jenseits von Krisen, waren gesundheitliche, persönlich- familiäre und

² Siehe auch: 4.Versorgungsstrukturen und betroffene Menschen, 4.1 Der Sozialpsychiatrische Dienst, spezielle Arbeitsweisen, Übergreifende Aufgaben im Rahmen aller Interventionen, 5. Strichaufzählung. Der auch im allgemeinen Sprachgebrauch genutzte Begriff des Hausbesuches greift alleine häufig zu kurz und suggeriert ein falsches Bild. Der hier gemeinte Besuch ist immer als zielgerichtete, zweckgebundene methodische Handlung zu verstehen.

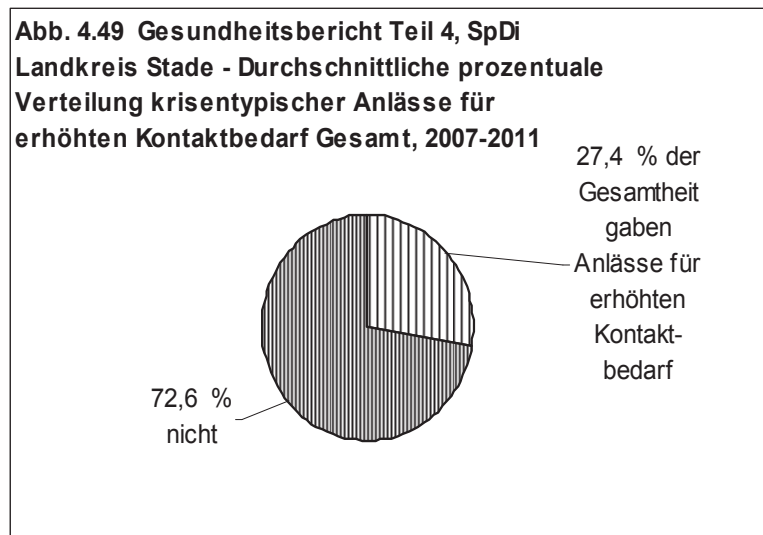
soziale Fragestellungen. Rechtliche, berufliche oder z. B. durch Betreuerwechsel oder andere Gründe ausgelöster erhöhter Kontaktbedarf, waren in diesen Jahren



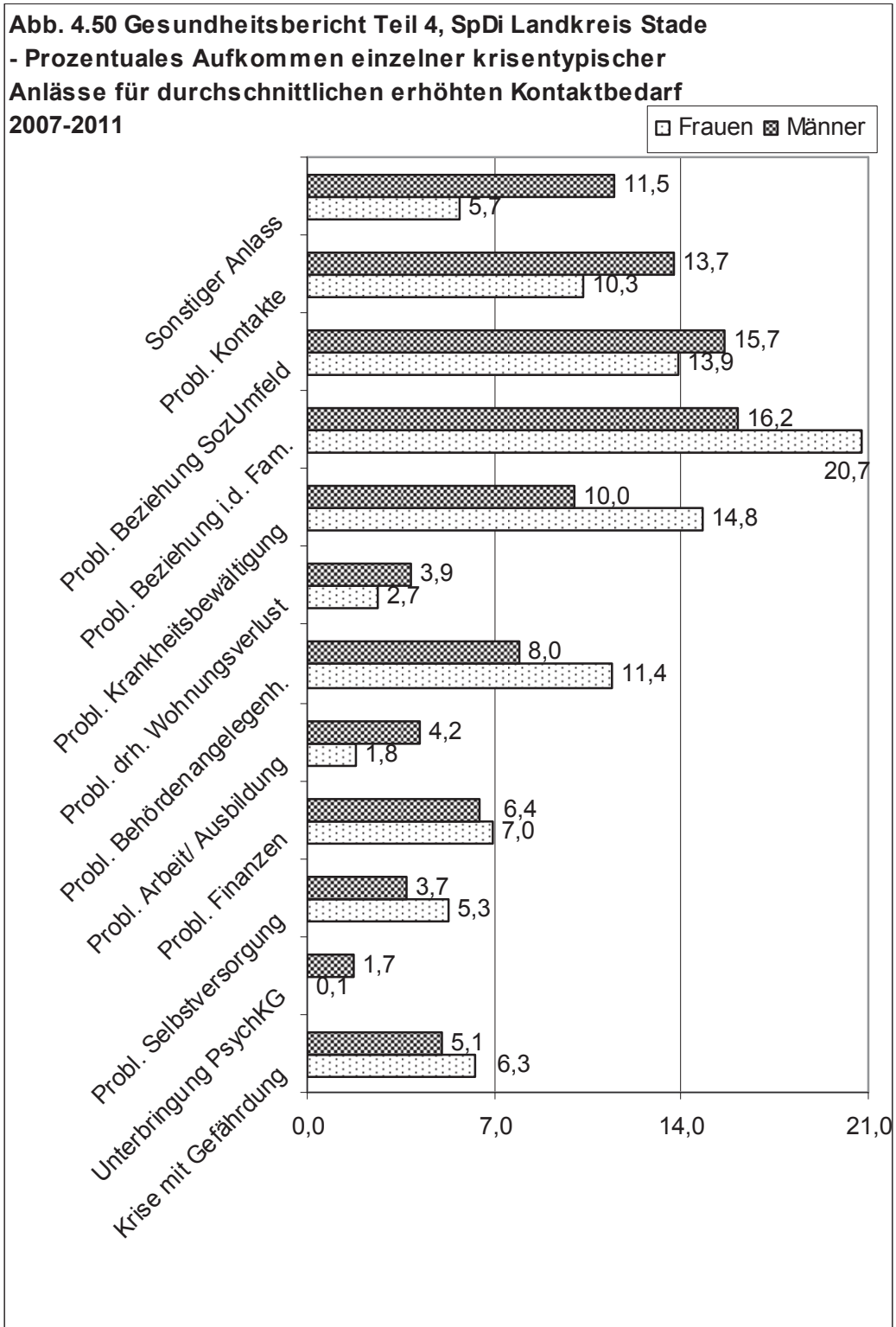
nicht bedeutsam ausgeprägt. Bei durchschnittlich etwas mehr als einem Viertel (27,4 %, Frauen 28,6 %, Männer 26,1 %) der Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes kam es im Untersuchungszeitraum zu krisentypischen Zuspitzungen, die der intensiven Begleitung bedurften.

Vor dem Hintergrund der psychischen Störungen stellten sich Beziehungsprobleme in der Familie, eine problematische Krankheitsbewältigung, Beziehungsstörungen im sozialen Umfeld und problematische Kontakte, als wesentliche krisentypischen Brennpunkte heraus. Frauen sind deutlicher betroffen als Männer im Bereich gestörter familiärer Beziehungen, bei Problemen mit der Bewältigung der psychischen Störung/ Krankheit und bei Behördenproblemen.

Männer entwickeln Probleme in anderen Bereichen.



4. Entwurf



4.3 Der Sozialpsychiatrische Verbund

4.3.1 Die Grundlage

Wie bereits in diesem Bericht unter „3.2 Rechtsgrundlagen zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ skizziert, sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, psychiatrische Versorgung regional und gemeindeorientiert als Sozialpsychiatrie zu organisieren und dieses im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke [25] festzulegen. In § 8 („Sozialpsychiatrischer Verbund“) des NPsychKG

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. Im Sozialpsychiatrischen Verbund sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 Abs. 1 vertreten sein. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt dessen laufende Geschäfte.

(2) Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen, um die Versorgung nach Maßgabe des § 6 Abs. 7 sicherzustellen. Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

(3) Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten.

4.3.1.1 Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch XII

In der Beschreibung der Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes (4.2.11, S. 37) wurden bereits deren mögliche und bedeutsame Störungen verdeutlicht. Hier wurde - ganz aus der Praxis - beschrieben, dass schwere, chronische Störungen nicht selten zu Desintegrationprozessen der Menschen führen. Diese bedürfen sowohl deutlicher medizinischer als auch psychosozialer Begleitung. Diese Dienstleistungen im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie wurden zum stetig anwachsenden Aufgabenfeld des Netzwerkes Sozialpsychiatrischen Dienst - Sozialpsychiatrischen Verbund. Um den betroffenen Menschen wirklich nachhaltig helfen zu können, regelt der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch XII die Eingliederungshilfen. In den §§ 53 bis 59 werden die Leistungsberechtigten und

die Aufgaben der Eingliederungshilfe benannt und die Leistungen näher beschrieben, Sonderregelungen für betroffene Menschen in Einrichtungen bezeichnet, ebenso die Hilfen in einer sonstigen Beschäftigungsstätte. Neben der Regelung zu einem trägerübergreifenden persönlichem Budget wird vor allem die Verantwortlichkeit zur Erstellung eines Gesamtplanes und die Aufgabenstellung des Gesundheitsamtes (für dieses Aufgabenfeld ist der Sozialpsychiatrischen Dienst federführend) genau beschrieben, um eine umfassende und koordinierte Hilfestellung umfänglich ausgestalten zu können.

Zur Umsetzung aller hier zu vereinenden Bemühungen bedarf es einer ausreichenden Ausstattung mit Personal und Einrichtungen.

Entwicklungen: Bis zum 01.10.2012 wurde im personellen Bereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Sozialarbeiter) seit Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts mit einem Stellenschlüssel von 1,8 Stellen/100.000 Einwohner gearbeitet, Zuständigkeit wurde nach Bezirken geregelt. Die Tätigkeiten umfassten neben notwendigen planerisch- organisatorischen und administrativen Handlungen die methodische Beratungs- und Betreuungs- bzw. Begleitungsarbeit. Während sich die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft des Landkreises im Laufe der Jahre veränderte, fanden im SpDi - neben der Schaffung von Außenstellen in Buxtehude und Freiburg - zunächst keine gravierenden Veränderungen statt. Im Jahr 2005 hielt das Elbeklinikum Stade 50 Psychiatriebetten vor und „Die Brücke Hilfe und Halt“ war zu dieser Zeit der einzige Anbieter ambulanten Betreuung seelisch behinderter Menschen mit 30 Plätzen im Rahmen der Eingliederungshilfen nach SGB XII, neben der ebenfalls ambulanten Betreuung suchtkranker Menschen in der Wohngemeinschaft des Verein für Sozialmedizin. Entsprechend dem gestiegenen Bedarf, wurde das ambulante Betreuungsangebot im Landkreis in den folgenden Jahren ausgebaut. Es sind aktuell - neben den bereits erwähnten Einrichtungen - auch die „Lebenshilfe Buxtehude“, „Birkenhof Bethel im Norden“ sowie der „B+S Pflegedienst“ in diesem Segment tätig. Zusätzlich wurden und werden Anträge im Rahmen der Amtshilfe für andere Landkreise bearbeitet. Die Fallzahlen nahmen und nehmen deutlich zu, das Sozialamt des Landkreises benötigt entsprechend mehr Stellungnahmen, um Entscheidungen hinsichtlich der Gewährung von Leistungen treffen zu können.

Entwicklung der zu bearbeitenden Eingliederungshilfefälle durch den Sozialpsychiatrischen Dienst von 2006 – 2013

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
65	64	58	68	100	103	146	173

Die Darstellung verdeutlicht den drastischen Anstieg der Fallzahlen. Es sind hier sowohl Antragstellungen für stationäre (regional: Steinmetzhaus, Schloss Holenwisch, Langzeiteinrichtung Bassenfleth), für teilstationäre (regional: Tagesstätte Birkenhof, Manufaktur des DRK) als auch für ambulante Angebote aufgeführt.

Die Zunahme der Fälle wirkte sich zunächst deutlich auf den zu leistenden Arbeitsaufwand aus, bei nicht ausreichender Personalstärke. Hilfeplan-konferenzen, die von Betroffenenverbänden, Angehörigen und auch der fachlichen Aufsicht (Besuchskommission, Landesfachbeirat) eingefordert wurden, konnten nur sporadisch in Einzelfällen durchgeführt werden.

Seit dem 01.10.2012 stehen für Sozialarbeiter nun 4 ganze Stellen zur Verfügung. Damit liegt man niedersachsenweit immer noch unter dem Durchschnitt, jedoch ermöglichte diese Aufstockung hier eine klientenorientierte Umstrukturierung sowie eine Entlastung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Neben Verbesserungen der Handlungsmöglichkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch Neugestaltung der Arbeit durch die Außenstelle Buxtehude kam es auch zu Veränderungen in der Bearbeitung der Fälle der Eingliederungshilfe: Erstanträge werden auch weiterhin durch den ärztlichen Leiter im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung geprüft. Jede Sozialarbeiterin und jeder Sozialarbeiter ist innerhalb ihres/ seines Bezirkes auch für die Verlängerungsanträge der Eingliederungshilfefälle zuständig. Mit dem Sozialamt finden regelmäßige Hilfeplangespräche statt. Auf diese Weise können nun jährlich ca. 70 Fälle bearbeitet werden.

Das gegenwärtige Verfahren bietet Vorteile:

- Alle Beteiligten sitzen an einem Tisch und können Entscheidungen sofort mitteilen
- Der Arbeitsaufwand ist verringert, da die Entscheidungswege erheblich verkürzt und die Schreibearbeiten auf ein notwendiges Minimum reduziert werden
- Die Landkreisverwaltung hat die volle Kontrolle über diesen Bereich und muss nicht auf externe Stellungnahmen der Behandler zurückgreifen.

- Die Bearbeitungszeit ist verkürzt, Leistungserbringer müssen nicht mehr in Vorleistung gehen
- Abgelehnte Verlängerungen werden als gemeinsame Entscheidung vertreten, der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelt aufgrund einer fachlich erarbeiteten und begründeten Teamentscheidung
- Fehlbelegungen können so wirksam unterbunden werden
- Bewilligungszeiträume können, den Umständen angemessen, kurz gehalten werden.

4.3.2 Angebote und Einrichtungen im Landkreis Stade

Allgemeinpsychiatrie - Beratung, Behandlung, medizinische Rehabilitation

Im Laufe der letzten 20 Jahre gab es im Rahmen der Entwicklung einer Allgemeinpsychiatrie im Landkreis Stade beachtliche Resultate.

Das größte Angebot besteht im Bereich der Allgemeinpsychiatrie, ein Basisangebot für alle Menschen mit psychischen Störungen. Im Rahmen der Allgemeinpsychiatrie stehen Kliniken, Ambulanzen und Fachpraxen zur Verfügung. Die folgenden Informationen bieten einen Überblick:

Psychiatrische Klinik mit Tagesklinik im Landkreis Stade [26]

Elbambulanz Stade Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	21682 Stade, Bremervörder Straße 111 Chefarzt: Prof. Dr.med. Martin Huber Psychiatrie und Psychotherapie	24 Stunden Bereitschaft und Vollversorgung
TAGESKLINIK im Elbambulanz Stade Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	21682 Stade, Bremervörder Straße 111	Öffnungszeiten 08:00 bis 16:00 Uhr

Die Bürger nutzen natürlich auch andere klinische Angebote außerhalb des eigenen Landkreises. Hier stehen im Radius von etwa 100 km ab der Hansestadt Stade sowohl die Seepark Klinik Debstedt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Langen- Debstedt, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die Psychiatrische Klinik Lüneburg und das Krankenhaus Ginsterhof in Rosengarten zur Verfügung.

Psychiatrische Ambulanzen im Landkreis Stade [27]

Elbkrankenhaus Stade Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 2 Ambulanzen	21682 Stade, Bremervörder Straße 111	1. Persönliche Ambulanz des Abteilungsleiters 2. Institutsambulanz
---	--------------------------------------	---

Der Sozialpsychiatrische Dienst [28]

Landkreis Stade Gesundheitsamt Sozialpsychiatrischer Dienst	21680 Stade, Heckenweg 3	Menschen über 18 Jahre; mit schwerwiegenden psychischen Störungen
--	--------------------------	---

Fachärztinnen/ Fachärzte für Psychiatrie (Stand 05/13, <http://www.arztauskunft-niedersachsen.de/arztsuche/index.action>)

Facharztpraxis Hökerstraße 37 21682 Stade	Herr Dr. med. Guido Micke	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Harsefelder Str. 3 21680 Stade	Frau Sabine Wegner	Fachgebiete: Psychiatrie/ Psychotherapie
Facharztpraxis Am Krankenhaus 1a 21614 Buxtehude	Herr Dr. med. Ulrich Oberländer	Fachgebiete: Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärztinnen/ Fachärzte für ärztliche Psychotherapie (psychotherapeutisch tätige Ärztin, psychotherapeutischer Arzt, Stand 05/13, <http://www.arztauskunft-niedersachsen.de/arztsuche/index.action>)

Facharztpraxis Harsefelder Str. 3 21680 Stade	Herr Dr. med. Volker von der Damerau- Dambrowski	Fachgebiete: Allgemeinmedizin, Psychotherapie
Facharztpraxis Jahnstr. 9 21680 Stade	Herr Dr. med. Michael Sostmann	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Jahnstr. 9 21680 Stade	Frau Dr. med. Renate Sostmann	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Wetternstr. 17 21682 Stade	Frau Birgit Raydt	Fachgebiete: Allgemeinmedizin, Psychotherapie

Facharztpraxis Archivstr. 1 21682 Stade	Herr Daniel Puchta	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Hökerstr. 37 21682 Stade	Herr Dr. med. Guido Micke	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Neubourgstr. 2 21682 Stade	Frau Dr. med. Heidrun Ziehm-Kossatz	Fachgebiete: Allgemeinmedizin, Psychotherapie
Facharztpraxis Bremervörder Str. 102 21682 Stade	Frau Sabine Wegner	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Hauptstr. 11 21614 Buxtehude	Frau Corry Wiethölter	Fachgebiete: Psychiatrie und Neurologie
Facharztpraxis Beim Priggen- kamp 5 21680 Stade	Frau Dr. med. Hannelore Kirstein	Fachgebiete: Neurologie und Psychiatrie nur privat tätig
Facharztpraxis Hauptstr. 11 21614 Buxtehude	Herr Dr. med. Sven Wiethölter	Fachgebiete: Psychiatrie und Neurologie
Facharztpraxis Lange Straße 14 21614 Buxtehude	Frau Dr.med. Henriette Bonitz- Swoboda	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Viverstr. 2 21614 Buxtehude	Frau Dr. med. Steffa Neumann- Hauschild	Fachgebiete: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Facharztpraxis Am Stadtgraben 2 21614 Buxtehude	Herr Joost Kokai	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie
Facharztpraxis Bahnhofstr. 37 21714 Hammah	Herr Dr. med. Thomas Jacubasch	Fachgebiete: Allgemeinmedizin, Psychotherapie

Fachpraxen für Psychologische Psychotherapie (Stand 05/13,
<http://www.arztauskunft-niedersachsen.de/arztuche/index.action>)

Praxis Höckerstraße 1 21684 Stade	Frau Dipl.-Psych. Marita Gedrange	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
---	---	--

Praxis Thuner Str. 4 21684 Stade	Frau Dipl.-Psych. Gabriele Münzer	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Theodor-Haubach- Weg 2 21684 Stade	Frau Dipl.-Psych. Frauke Meinhart	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Brinkstraße 25 21682 Stade	Frau Dipl.-Psych. Cornelia Rath	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Hökerstraße 1 21682 Stade	Herr Dipl.-Psych. Gunnar Rütjeroth	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Wasser West 17 21682 Stade	Frau Dipl.-Psych. Waltraud Schindler-Friedrichs	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Thuner Straße 4 21680 Stade	Frau Dipl.-Psych. Sulamith Sommerfeld	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Bäckerstraße 15 21682 Stade	Frau Dipl.-Psych. Regina Stürmann	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Hökerstraße 37 21682 Stade	Frau Dipl.-Psych. Kirsten Böntgen	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Hastedtstraße 11 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Rosemarie Gaubatz	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Bertha -von - Suttner- Allee 4 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Katja Pietzarka- Kampel	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Parkstraße 8 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Iris Maßmann	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Bertha-von- Suttner-Allee 4 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Annette Neumann	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Am Rethteich 7 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Stella Sielaff	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie

Praxis Bertha-von-Suttner Allee 4 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Maritta Aurin	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Tostedener Str.4 21614 Buxtehude	Frau Dipl.-Psych. Frauke Meinhard	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Ritterstraße 1 21614 Buxtehude	Herr Markus Peter	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Hauptstraße 30 21709 Himmelpforten	Frau Dipl.-Psych. Katrin Henk	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Gut Daudieck 21640 Horneburg	Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Gabriele Freytag	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Herrenstr. 9 21698 Harsefeld	Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Cornelia Krampitz	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Hollenbecker Str. 18 21698 Bargstedt	Herr Dipl.-Psych. Ralf Wessolowski	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Heinbockeler Str. 1 21709 Düdenbüttel	Herr Dr. phil. Dipl.-Psych. Dieter Bodeck	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie
Praxis Heinbockeler Str. 1 21709 Düdenbüttel	Frau Dipl.-Psych. Sonja Streletz	Fachgebiete: Psychologische Psychotherapie

Notfallversorgung - Wichtige Anmerkungen:

1. Grundsätzlich geht es bei einer psychiatrischen Notfallversorgung nur um die Sicherstellung fachärztlicher Hilfeleistungen.
2. Die stationäre psychiatrische Notfallversorgung gewährleistet das Elbeklinikum Stade.
3. Ambulante psychiatrische Notfallversorgung wird durch Hausarzt- und Facharztpraxen während der Öffnungszeiten gewährleistet.
4. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst sucht Notfälle auf und leitet die erforderlichen und möglichen Behandlungsschritte ein, sofern der

entsprechender Hinweis während der Öffnungszeiten des Dienstes dort eingeht und sofern die fachliche Situationsbeurteilung ein Aufsuchen der betroffenen Person rechtfertigt.

5. Ein nichtärztlicher psychiatrischer Krisendienst für dringenden Gesprächs- und Beratungsbedarf von psychisch Kranken und ihren Angehörigen unterhalb des ärztlich zu versorgenden Notfalls ist nicht vorhanden. (siehe auch Broschüre des Sozialpsychiatrischen Dienstes: Wege aus der Krise, Hinweise für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige)

Sollten Betroffene und Angehörige keine der beschriebenen Möglichkeit mehr nutzen können, stehen letztlich folgende öffentliche Angebote zur Verfügung: Polizei, Feuerwehr- u. Rettungsleitstelle, Notfallseelsorge, Kassenärztlicher Notdienst.

Kontakt- und Begegnungsstätten [29][30]

DIE BRÜCKE Hilfe und Halt e.V. in Stade	21682 Stade, Schiefe Straße 3	geöffnet: Mo-Fr	9:30 – 18:00
		Sa	14:00 – 17:00
DIE BRÜCKE in Buxtehude	21614 Buxtehude, Poststraße 10	geöffnet: Mo	10:00 - 19:00
		Di, Mi Do	10:00 - 18:00
		Fr	10:00 - 20:00
		So und Feiertage	10:00 - 14:00 11:00 - 16:00

Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion (niederschwellig) nehmen im Schwerpunkt Aufgaben in folgenden Zielbereichen wahr: Beratung von psychisch Kranken und Behinderten, sowie deren Angehörige und Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld. Die beiden Kontakt- und Begegnungsstätten bilden eine unverzichtbare tragende Säule im Spektrum der Angebote für psychisch kranke Menschen im Landkreis Stade. Es werden Einzelberatung, Gesprächs- und Interessengruppen angeboten. Neben den hauptamtlichen Mitarbeitern sind es vor allem ehren-amtlich tätige Menschen, die das Angebot mit ihrem Engagement inhaltlich füllen. Das Angebot sollte so beschaffen sein, dass möglichst viele Menschen erreicht werden.

4.3.3 Zum Beispiel: Die Brücke - Hilfe und Halt e.V. Anhand der folgend angeführten Darstellung - ausgewählt wurde hierzu ein aktueller Querschnitt des

Jahres 2012 – wird ein kurzer Einblick in eine solche Kontakt- und Begegnungsstätte gewährt. [31]

Strukturmerkmale

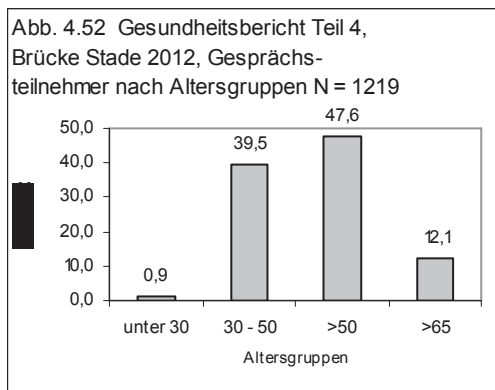
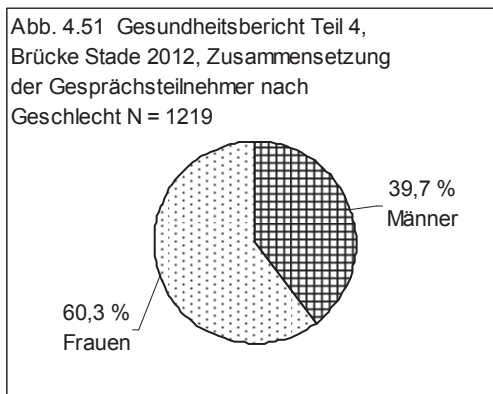
Funktion niederschwellig	Seit 1985 berät und informiert die Kontakt- und Begegnungsstätte Betroffene in sozialpsychiatrischen Belangen. Im Gegensatz zu einer Tagesstätte wird nicht therapeutisch gearbeitet. Deshalb: keine ärztliche Einweisung und Kostenzusage notwendig. - unkomplizierte Erreichbarkeit - schnelle Unterstützung und lebensnahe Beratung - ohne Anmeldung, Diagnosenennung, Einweisung und Kostenträgers
Zielgruppe	Psychisch gestörte Menschen ab 18 Jahren und ihre Angehörigen, hauptsächlich aus der Hansestadt Stade
Anreise	40 % per ÖPNV (Bus), 40 % zu Fuß, 20 % per Fahrrad oder Pkw
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	1 Geschäftsführerin und Leiterin Fachkrankenschwester für Psychiatrie
	1 Stellvertreterin Krankenschwestern mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung
	1 Fachkraft für Sekretariat, Buchhaltung
	1 Sozialpädagogin, Musiktherapeutin, Honorartätigkeit bis 31.03.2012
	1 Ergotherapeutin, Honorartätigkeit seit 18.04.2012
	1 Studentin, Illustration, Honorarkraft seit 19.04.2012
	2 Bundesfreiwilligendienstler, aufeinander folgend
	2 Personen - Zusatzjobs nach §§ 16 Abs.3 Satz 2 SGB II
	Etwa 30 betroffene Besucher der Einrichtung arbeiteten im Jahr 2012 regelmäßig ehrenamtlich in den Bereichen Kaffeestube, Gruppenangebote, bei weiteren Veranstaltungen und in der Öffentlichkeitsarbeit
Stellen- und Arbeitszeitkontingent, prozentualer Einsatz	1,5 Festanstellung 34 Std/Wo. GeschFü und Ltg. 23,75 Std/Wo. Stellvertretung 50 % reine Klientenarbeit 20 % Verwaltungsarbeiten 20 % Mitarbeit (Org. Team, Vorstand etc.) 10 % Öffentlichkeitsarbeit

Aktivitäten/ Angebote

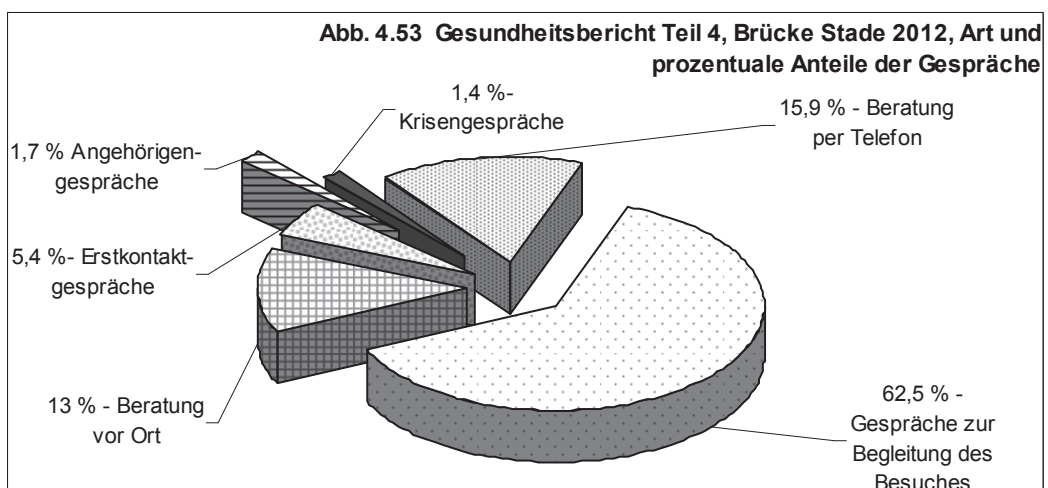
Gespräche mit Einzelpersonen

Miteinander reden ist bekanntermaßen eine bedeutsame Form menschlicher Kommunikation. Gesprächsangebote an Besucher sind elementare Substanz von Kontakt- und Begegnungsstätten. Miteinander gesprochen wird überall, von Person zu Person, in der Gruppen- und der speziellen Aktivitäten.

Auf insgesamt 1219 Gesprächsteilnehmern wurde vertieft durch unterschiedliche Gesprächsangebote eingegangen. 60,3 % davon waren Frauen, 39,7 % Männer.



Nur 0,9 % davon waren unter 30 Jahre alt. Da diese Einrichtung vorwiegend von älteren Erwachsenen besucht wird, bilden sich die Hauptnachfrager - Gruppen eben auch aus diesen. Die 30 bis 50jährigen sind zu 39,5 % Nutznießer von Einzelgesprächsangeboten, die über 50jährigen bilden mit 47,6 % die stärkste Gruppe.



12,1 % der Nachfrager sind älter als 65 Jahre. Einzelgespräche zur Begleitung des einzelnen Besuchers bilden mit einem Anteil von 62,5 % den überwiegenden Anteil. Das begleitende Gespräch bildet die Grundstufe professioneller

Aufmerksamkeit im Umgang mit Menschen und vermittelt das Maß an Wertschätzung, welches den Nutzern zeigt, dass sie willkommen sind und Unterstützung nach Bedarf auch bereit steht. Andererseits bleibt dem Besucher der Freiraum auszuweichen, falls das Bedürfnis nach Rückzug unter Gleichgesinnten für eine Zeit eher gewünscht ist. 13 % empfangen die Beratung von Person zu Person, im klassischen Sinne, entweder auf eigenen Wunsch oder auch auf sensible Initiative der Betreuungskräfte. Erstkontaktgespräche als Angebot an neue Besucher nahmen zu 5,4 % Raum, in 1,7 % suchten Angehörige Rat. Krisengespräche fanden mit 1,4 % der Besucher statt. Immerhin fanden auch 15,9 % der Beratungen per Telefon statt.

Gruppenarbeit

Das Zusammensein in sozialen Gruppen ist allen Menschen, auch mit psychischen Störungen, in hohem Maße förderlich. Aus diesem Grunde ist das Gruppenangebot vielfältig.

2012 wurden insgesamt 15 unterschiedliche Gruppen vorgehalten, diese wurden von 2808 Besucherinnen und Besuchern in 432 Treffen besucht. Jedes Angebot wurde somit im Durchschnitt von 6,5 Personen genutzt.

Abb. 4.54 Brücke Stade e.V. - Gruppenwochenstatistik 2012									
Gruppe	Männlich	Weiblich	Unter 30	über 30	über 50	über 65	Summe	Anzahl der Treffen	Anz. Teiln. / Treffen
Summen (Gesamt)	922	1886	251	933	1218	406	2808	432	6,5
Tanztee	24	52	7	15	33	21	76	6	12,7
Offene Gesprächsgruppe	118	156	24	61	164	25	274	31	8,8
Boulegruppe	182	312	59	132	227	76	494	43	11,5
Redaktionsgruppe	103	76	7	74	78	20	179	27	6,6
Bastelgruppe	0	177	0	80	82	15	177	34	5,2
Malgruppe	38	108	9	65	56	16	146	36	4,1
Schwimmgruppe	32	73	0	25	78	2	105	32	3,3
Brückechor	17	51	7	23	32	6	68	12	5,7
Unterwegsgruppe	17	17	3	10	18	3	34	6	5,7
Trommelgruppe	7	96	3	40	45	15	103	24	4,3
Spielgruppe	105	123	23	79	72	54	228	45	5,1
Dartgruppe	179	36	29	37	115	34	215	39	5,5
Handarbeitsgruppe	0	476	43	214	126	93	476	44	10,8
Bewegungsgruppe	67	74	28	48	52	13	141	30	4,7
Ergo Gruppe	33	59	9	30	40	13	92	23	4,0

1886 davon waren Frauen (67 %), 922 Männer (33 %). Die stärkste Nachfragegruppe stellten insgesamt die über 50jährigen mit 1218 Personen (43

%). Einen weiteren Überblick in absoluten Zahlen bietet die eingefügte Tabelle aus dem Jahresbericht 2012.

Besuch in der Kaffeestube

Abb. 4.55 Brücke Stade - Besucher der Kaffeestube 2012								
Monat	Summe	männl.	weibl.	unter 30	30 - 50	50-65	über 65	Besucher pro Tag
Januar	911	469	442	42	319	418	132	33
Februar	904	436	468	26	359	375	144	38
März	1097	506	591	28	430	465	174	33
April	863	387	476	19	303	384	157	41
Mai	903	413	490	13	364	379	147	36
Juni	1011	440	571	16	348	461	186	33
Juli	862	396	466	13	311	388	150	40
August	731	341	390	15	253	352	111	48
September	914	423	491	20	345	414	135	40
Oktober	1053	474	579	52	361	486	154	34
November	1001	459	542	47	363	430	161	36
Dezember	685	313	372	25	252	307	101	41
MW	911,3							37,8
Summe	10935	5057	5878	316	4008	4859	1752	
in %	100	46,2	53,8	2,9	36,7	44,4	16,0	

Der Besuch in der Kaffeestube der Brücke ist für viele Gäste eine regelmäßige Selbstverständlichkeit. Hier ist ein Treffpunkt, ein Ort zum persönlichen Gespräch, zum gemütlichen Zusammensein. 10935 Besuche fanden

hier 2012 statt, Frauen und Männer lagen fast gleich auf (w. 5878, m.5057). Wenig überraschend in einer Einrichtung der Erwachsenen- Psychiatrie: im Schwerpunkt waren die Besucherinnen zwischen 30 und 65 Jahre alt.

4.3.4 Weitere Angebote der Allgemeinpsychiatrie

Einrichtungen zur sozialen Rehabilitation, zur Förderung und Wiedererlangung von Tagesstruktur und zum Wohnen

Birkenhof e.V. Tagesstätte Stade [32]	21680 Stade, Hökerstraße 37, 1. Etage
Für chronisch psychisch kranke Erwachsene mit erheblichen sozialen Integrationsproblemen, Mo, Di 10:00–12:30, Do 14:00-16:00	
Haus Heidberg [33]	21682 Stade, Am Heidberg 10
Tagesbetreuung für ältere Menschen, die körperlich und/oder psychisch krank sind, die allein leben oder deren Angehörige Entlastung brauchen Mo - Fr 08:30–16:15	
Steinmetz- Haus [34]	21709 Himmelpforten , Hauptstraße 32
Wohn- und Übergangwohnheim Zielgruppe: volljährige, wesentlich seelisch behinderte, rehabilitationsfähige und -willige Menschen zwischen 18 und 55	

Ausschluss: Suchtkranke, akut Suizidale und Krankheitsuneinsichtige	
DIE BRÜCKE in Stade Betreutes Wohnen [35]	21682 Stade, Schiefe Straße 3
Betreutes Einzelwohnen in der eigenen Wohnung	
Wohnheim Schloss Holenwisch [36]	21737 Wischhafen, Stader Str.345
Langzeiteinrichtung für seelisch Behinderte gem. § 53 SGB XII i.V.m. § 3 Nrn 1, 2 und 4 der Verordnung gem. § 60 SGB XII	

Komplementäre Einrichtungen bieten schwer psychisch gestörten Menschen notwendige Möglichkeiten zur sozialen Rehabilitation, zur Stabilisierung oder Wiederherstellung persönlicher Tagesstruktur, z.B. nach langen Klinikaufenthalten oder nach Rückentwicklungen sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten, bedingt durch die psychische Störung. Und wenn bei alle dem auch noch die Fähigkeit zum Wohnen in der eigenen Wohnung vorübergehend oder ganz verloren gehen sollte, bieten solche Einrichtungen Möglichkeiten beschützten Wohnens.

Die genannten Einrichtungen stellen sich in ihrer Konzeption unterschiedlich dar und versorgen demzufolge unterschiedliche Patientengruppen. Einerseits geht es um Wiederherstellung der bisher vorhandenen, wenn auch möglicherweise eingeschränkten Handlungsfähigkeit, es geht auch um Wohnangebote in einer Übergangszeit, alles für eher jüngere psychisch gestörte Menschen mit hohem Betreuungsbedarf. Andererseits sind Langzeiteinrichtungen wie das Wohnheim Schloss Holenwisch auch für ältere, schwer chronisch erkrankte bzw. behinderte Menschen unverzichtbar, da bei dieser Klientel Rehabilitation i.d.R. nur noch sehr schwierig durchzuführen ist. Das Steinmetzhaus und Schloss Holenwisch verfolgen ein stationäres Vollversorgungskonzept, dass auch überregional genutzt wird

Betreutes Einzelwohnen

Betreutes Einzelwohnen	
DIE BRÜCKE Hilfe und Halt e.V. [37]	21682 Stade, Schiefe Straße 3
Klienten werden in ihrer eigenen Wohnung kontinuierlich betreut.	
Lebenshilfe Buxtehude [38]	21614 Buxtehude, Schanzenstraße 18

wie oben	
Betzin und Schmidt [39]	20537 Hamburg, Diagonalstraße 41
Betreutes Einzelwohnen wie oben im LK Stade	

Das betreute Einzelwohnen stellt eine Spezialisierung und Weiterentwicklung aufsuchender Sozialer Arbeit dar. Der Fokus richtet sich hierbei auf das Wohnen und Leben der Klientel in der eigenen Wohnung und der Stabilisierung und Entwicklung aller hiermit verbundenen psycho-sozialen Lebensbezüge, mit dem Ziel wieder weitgehender Selbstständigkeit der Betroffenen.

Arbeit und Ausbildung

„Das Lädchen“ [40]	21682 Stade, Hagedorn 1
Eine Einrichtung von: Die Brücke – Hilfe und Halt e.V. Stade für psychisch Kranke Menschen, Kaffeespezialitäten, Muffins und ein breites Angebot von second hand – Artikeln	
Die Manufaktur [41]	21682 Stade, Am Hofacker 14
Schwinge Werkstätten des DRK, für psychisch kranke Menschen, Arbeits- und Berufsbildungsplätze	
Berufsförderungs- werk Friedehorst [42] Bremen -in Stade	21682 Stade Am Güterbahnhof 7
Fördermaßnahmen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Arbeitsprozess, für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	
<p>Die einzelnen Angebotselemente :</p> <p>PAS- Projekt - Für Menschen der Zielgruppe, die ins Arbeitsleben einsteigen oder zurückkehren wollen, Dauer bis zu 12 Monate, Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes, Einstiegspraktikum, Betriebspraktikum etc.</p> <p>BTZ und Moin (Berufliches Trainingszentrum)</p> <p>BeO (berufliche Orientierung)</p> <p>BRB (berufliche Rehabilitation in Betrieben)</p> <p>BPW (berufliche Weiterbildung)</p> <p>Modul EDV - für Bewerbungen</p> <p>Modul Clearing - Klärung der Teilnahmefähigkeit an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <p>Integrationsfachservice IFS - Beratung, Begleitung und Unterstützung Arbeit suchender und beschäftigter Menschen mit Behinderungen oder davon bedrohter unterschiedlichen Grades, bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt</p> <p>MOVE (modulare Vermittlung)</p> <p>TOP- Integration (Feststellungsmaßnahmen für junge Erwachsene)</p> <p>Psychologische Eignungsuntersuchung</p>	

Integrationsfachdienst des Integrationsamtes IFD Stade [43]	21682 Stade, Am Hofacker 14
<p>Aufgaben nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX), schwerbehinderte und behinderte Beschäftigte und Arbeit suchende Menschen zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten, um einen geeigneten Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz zu finden oder zu erhalten.</p> <p>Arbeitgebern und dem betrieblichen Integrationsteam als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und sie umfassend zu informieren, zu beraten und zu unterstützen.“</p>	

4.3.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Kinder- u. Jugendpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Stade betreibt die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie Lüneburg auf dem Gelände des Elbe Klinikums zurzeit eine Tagesklinik. Eine notwendige vollstationäre Versorgung findet hilfsweise direkt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik Lüneburg statt. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Nutzung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme).

Kinder- und Jugendpsychiatrische Facharztpraxis – Hansestadt Stade(Stand 05/13, keine Gewähr, siehe auch <http://www.arztauskunft-niedersachsen.de/arztuche/index.action>)

Harsefelder Straße 16 21680 Stade	Dr. med. Peter Hellwege	Kinder-u. Jugendpsychiatrie, Kinder-u. Jugendpsychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie
--------------------------------------	-------------------------	--

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und –therapeuten für den Landkreis Stade

Die Versorgung psychotherapiebedürftiger Kinder und Jugendlicher findet auch in folgenden Fachpraxen im Landkreis Stade statt:

Bäckerstraße 15 21682 Stade	Frau Adelheid Brüggemann	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Bäckerstraße 15 21682 Stade	Frau Regina Stürmann	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Hökerstraße 37 21682 Stade	Frau Kirsten Böntken Dipl.- Psychologin	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Bungenstraße 4 21682 Stade	Frau Dorothea Waetzoldt Dipl.- Sozialpädagogin	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie

Theodor-Haubach-Weg 2 21684 Stade	Frau Dipl.-Psychologin Frauke Meinhart	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Facharztpraxis Jahnstr. 9 21680 Stade	Herr Dr. med. Michael Sostmann	Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- u. Jugendpsychotherapie
Hökerstraße 1 21682 Stade	Frau Dipl.-Psychologin Marita Gedrange	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Brinkstraße 25 21680 Stade	Frau Dipl.-Psychologin Cornelia Rath	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Wasser West 17 21682 Stade	Frau Dipl.-Psychologin Waltraut Schindler- Friedrichs	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Zwischen den Brücken 4-6 21614 Buxtehude	Herr Dr. phil. Hans-Adolf Hildebrandt Diplom-Psychologe	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Breite Straße 20 21614 Buxtehude	Frau Dr. paed. Ilka von Ostrowski Dipl.-Psychologin	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Breite Straße 20 21614 Buxtehude	Frau Dipl.- Psychologin Elisabeth-Cornelia Winkelmann	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Schulstraße 4 21706 Drochtersen	Frau Dipl.- Sozialpädagogin Christa Hennig	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Heinbockeler Straße 1 21709 Düdenbüttel	Herr Dr. phil. Dieter Bodek Dipl.- Psychologe	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Hollenbecker Straße 18 21698 Bargstedt	Frau Dipl.-Psychologin Ilse Wessolowski	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Hollenbecker Straße 18 21698 Bargstedt	Herr Dipl.-Psychologin Ralf Wessolowski	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Ostener Straße 14 21737 Wischhafen	Frau Dipl.-Psychologin Birgit Gallenberger	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie

4.3.6 Gerontopsychiatrie

Hinweise und Einrichtungen

1. Eine gerontopsychiatrische Versorgung im Sinne eines zuständigkeits-geregelten, koordinierten und mehrdimensionalen Hilfeansatzes existiert im Landkreis Stade noch nicht.

2. Die Versorgung stützt sich auf den herkömmlichen Strukturelementen für alte Menschen ab. Dieses sind im Wesentlichen medizinische und pflegerische Einheiten, die sich im Dreiklang mit Angehörigen und Selbsthilfeinitiativen um die alten Hilfebedürftigen bemühen.
3. Die Behandlung psychisch kranker alter Menschen erfolgt ambulant durch die niedergelassene Ärzteschaft, insbesondere Allgemeinmediziner, Psychiater, Neurologen und Internisten, die stationäre Behandlung durch die zuständigen Kliniken.
4. Die pflegerische Versorgung leisten Angehörige, ambulante Pflegedienste und Alten- und Pflegeheime.

Die vorhandenen Institutionen / Einrichtungen mit einer Gerontopsychiatrischen Schwerpunktbildung werden hier beschrieben, soweit die Informationslage dieses ermöglicht:

Alzheimer-Gesellschaft Stade e.V. [44]	Katholisches Altenheim St. Josef c/o Alzheimer Gesellschaft Stade e.V. Schiffertorsstr. 17 21682 Stade
Beratungstelefon, Selbsthilfegruppen, stundenweise Betreuung, Informationsveranstaltungen	
Demenz-Wohngemeinschaft Horneburg DRK [45]	21640 Horneburg Horneburg - Alte Druckerei - Otto-Balzer-Straße 6
Versorgung und Umgebung ist so gestaltet, dass Menschen in der WG- trotz Einschränkungen - bei bestmöglicher Pflege und Betreuung ein Leben in Geborgenheit, Würde, größtmöglicher Sicherheit und Selbstständigkeit erhalten.	
Herbstzeitlose e.V. Demenz-Wohngemeinschaft Hüsselhuus in Himmelpforten [46]	21709 Himmelpforten Forth 42
Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft. Wie in einer Familie leben dort acht bis zehn schwerstdeemente Menschen.	
Haus Heidberg [47]	21682 Stade Am Heidberg 10
Tagesbetreuung für ältere Menschen, die körperlich und/oder psychisch krank sind, die allein leben oder deren Angehörige Entlastung brauchen Mo – Fr. 08:30–16:15	

Selbsthilfegruppen für Demenzkranke und deren Angehörige [48]	Kontakt über Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Stade
Je eine Selbsthilfegruppe in Stade, Himmelpforten, Horneburg, Hemmoor	

4.3.7 Selbsthilfegruppen Psychische Störungen - Hinweis

Selbsthilfegruppen bilden sich bedarfsorientiert durch Initiative Betroffener oder Angehöriger. Eine Gründung oder eine Einstellung dieser Gruppen wird dadurch nicht zwangsläufig bekannt. Hier empfiehlt sich eine jeweils aktuelle Anfrage bei: KIBIS Stade- Selbsthilfekontaktstelle im Landkreis Stade [49]

4.3.8 Suchtberatungsstellen und Spezialeinrichtungen für Suchtkranke

Suchtkrankenhilfe ist eine sozialpsychiatrische Aufgabe. Im Landkreis Stade ist diese Aufgabe auf vertraglicher Basis der AG Sucht (Verein für Sozialmedizin Stade und Diakonieverband Buxtehude - Stade) übertragen worden. Die Träger der Aufgaben betreiben folgende Einrichtungen zur Durchführung der Arbeit in vollen Leistungsumfang:

Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Verein für Sozialmedizin Stade [50]	21682 Stade Steile Straße 19
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Verein für Sozialmedizin Stade Außenstelle Freiburg	21729 Freiburg Hauptstraße 3
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Verein für Sozialmedizin Stade Außenstelle Drochtersen	21706 Drochtersen, Sietwender Str. 7
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Verein für Sozialmedizin Stade Außenstelle Himmelpforten	21706 Himmelpforten Villa von Issendorf Poststraße 2
Verein für Sozialmedizin Stade Betreute Wohngemeinschaft	21682 Stade Steile Str. 19
Verein für Sozialmedizin Stade Langzeiteinrichtung Bassenfleth	21723 Hollern - Twielenfleth
Verein für Sozialmedizin Stade Café Contact	21682 Stade, Steile Straße 19

Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Diakonieverband Buxtehude - Stade [51]	21682 Stade, Neubourgstraße 6
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Diakonieverband Buxtehude - Stade Außenstelle Buxtehude	21614 Buxtehude, Harburger Straße 2

4.3.9 Psychosoziale Beratung Substituierter (PsB)

„Die Substitution mit Opiatersatzstoffen ist eine Behandlungsform von Heroinabhängigen. Durch die regelmäßige Vergabe der Ersatzstoffe über den Arzt ist der Einstieg in ein geregeltes Leben möglich.

Über die psychosoziale Begleitung soll erreicht werden, dass Heroinabhängige eine Behandlung der Suchterkrankung beginnen, wobei Ressourcenaktivierung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und aktive Hilfe zur Problembewältigung im Vordergrund stehen. Die Angebote finden in erster Linie in Form von Einzelgesprächen statt.“ [52]

„ Die Substitution erfolgt mit Arzneimitteln, die dem Betäubungsmittelrecht unterliegen, da sie selbst wieder zu Missbrauch und Abhängigkeit führen können. Die einschlägigen Rechtsvorschriften und Regelwerke für die Substitutionsbehandlung sind das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), die Richtlinien der Bundesärztekammer und die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (gBA).“ [53] Die Regelungen zur Durchführung vor Ort obliegen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

4.3.10 Selbsthilfegruppen Suchthilfe - Hinweis

Im Landkreis Stade arbeiten zurzeit ca. 50-55 Selbsthilfegruppen. Eine Darstellung an dieser Stelle würde zu weit greifen. Aktuelle Auskünfte über Selbsthilfegruppen gibt es

- in allen oben aufgeführten Beratungsstellen, hier liegen aktuelle Verzeichnisse vor
- im Sozialpsychiatrischen Dienst (siehe S.2)
- in der Suchtpräventionsstelle des Landkreis – Gesundheitsamtes unter 04141/ 12780
- von der KIBIS Stade - Selbsthilfekontaktstelle im Landkreis Stade, über 04141/ 3856 (siehe S.5)

5. Bewertung des Versorgungsstandes und zukünftige Aufgaben

Die aktuelle psychiatrische/ psychotherapeutische Versorgungssituation im Landkreis Stade, ist aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Da ist zum einen die ärztliche Kompetenz mit ihren medizinischen-therapeutischen Möglichkeiten, die an dieser Stelle auch die Psychotherapie durch andere Berufsgruppen beinhalten soll. Zum anderen müssen ergänzende stationäre, teilstationäre oder ambulante sozialpädagogische Angebote in die Betrachtung einbezogen werden. Außerdem muss zwischen verschiedenen Diagnosegruppen differenziert werden, um gezielte Bedarfe deutlich machen zu können.

Ärztlich medizinische Situation (SGB V)

Im Landkreis Stade besteht ein Mangel an ambulanten psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten

Neben der psychiatrischen Abteilung des Elbeklinikums Stade, die stationäre (Stationen 7A bis U1B), teilstationäre (Tagesklinik) und ambulante (Psychiatrische Institutsambulanz) Behandlungsmöglichkeiten vorhält, sind im Landkreis derzeit drei niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Kassenzulassung psychiatrisch tätig, weiterhin 36 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und-therapeuten, ebenfalls mit Kassenzulassung.

Die vorhandenen Strukturen sind überlastet, die Wartezeiten viel zu lang

Eine Folge aus diesem Missstand ist die zunehmende Frequentierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der jedoch aufgrund der nicht vorhandenen Behandlungsermächtigung keine adäquate Alternative darstellen kann. Die Behandlung psychisch erkrankter Menschen wird von Hausärzten mitgetragen, Altenheime und Angehörige haben immer häufiger mit dementen Patienten mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Auffälligkeiten zu tun und bekommen kaum ausreichende gerontopsychiatrische Unterstützung. Die psychiatrische Abteilung des Elbeklinikums deckt mit 72 Betten das gesamte notwendige Spektrum ab, ohne dass Spezialabteilungen existieren. Die Liegezeiten sind kurz, Behandlungsindikationen werden auf Druck der Krankenkassen streng ausge-

legt. Es existiert eine Trennung zwischen offener und geschlossener Station. In der Institutsambulanz werden ausschließlich ehemals stationäre Patienten betreut. Auch die Wartezeiten für einen ambulanten Psychotherapieplatz sind lang, u.U. länger als ein Jahr. Ein Erstgespräch wird im Mittel nach ca. drei Monaten geführt. Da eine Psychotherapie keine Akutmaßnahme darstellt, darf eine gewisse Wartezeit in Kauf genommen werden, jedoch sollte sie nach hiesigem Ermessen drei Monate nicht überschreiten.

Ergänzende Maßnahmen (SGB XII)

Anpassung des Personalstandes des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Über die vergangenen Jahre hat sich im Landkreis ein wachsendes Netz von Leistungserbringern etabliert, das vor allem im ambulanten Rahmen für Unterstützung sorgt. Durch die Neugestaltung des internen Procedere hinsichtlich der Hilfeplanung, kann der Sozialpsychiatrische Dienst gemeinsam mit dem Sozialamt und den Patientinnen und Patienten passgenaue Hilfen entwickeln und das Verfahren flexibel gestalten. Die seit März 2013 durchgeführten Hilfeplankonferenzen bei Kostenverlängerungsanträgen stellen nach hiesiger Einschätzung eine wesentliche Verbesserung i. S. von Transparenz und Inklusiongedanken sowie eine Beschleunigung des Verfahrens dar. Der Landkreis fing die Entwicklung durch eine Stellenerweiterung auf. Bei einem Fortschreiten der Entwicklung könnten weitere personelle Veränderungen erforderlich werden, insbesondere unter dem Aspekt zunehmender geronto- psychiatrischer Versorgung. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst übernehmen immer mehr die Rolle eines Fallmanagers und vermitteln die Hilfen, die für die Unterstützung suchenden Patientinnen und Patienten geeignet sind. Personenorientierte Langzeitbegleitungen werden dadurch selbst immer weniger übernommen. Vor dem Hintergrund gestiegener Patientenzahlen und einem deutlich verbesserten ergänzendem Angebot in den letzten Jahren war ein Wechsel des Verfahrens im Rahmen sozialer Behandlung notwendig geworden. Es ist davon auszugehen, dass die Fälle der Eingliederungshilfe auch weiter ansteigen werden und somit auch die Ausgaben im Gesundheitsbereich des Landkreises. Diese Entwicklung muss mit einem hohen Qualitätsanspruch begleitet werden. Eine enge Vernetzung von Sozial- und Gesundheitsamt ist

auch in der Selbstreflexion zu fördern, um Fehlentwicklungen frühzeitig begegnen zu können. Regelmäßig stattfindende Besprechungen zur Beurteilung der Situation hinsichtlich der Eingliederungshilfe (Strukturkonferenzen) sind wünschenswert.

Handlungsbedarfe

Stationäre Wohnangebote im Sinne einer Vollversorgung sollten perspektivisch eher zugunsten passgenauer, bedarfsorientierter Assistenzmodelle ersetzt werden. Flexible beschützte Beschäftigungsangebote für seelisch behinderte Menschen könnten neben dem bestehenden Angebot (Tagesstätte, DRK Manufaktur) das Angebotsspektrum erweitern. Leider ist in den meisten Fällen keine Rückkehr von einem beschützten Arbeitsplatz in den ersten Arbeitsmarkt möglich, sodass auch hier von einem steigenden Bedarf ausgegangen werden muss.

Diagnosegruppen

Schizophrene Psychosen - ausgewogene Versorgung

Das bestehende Versorgungsnetz ist besonders auf Patienten zugeschnitten, die unter einer schizophrenen Psychose leiden. Diese Klientel kann bei vorhandener Kooperationsfähigkeit und Krankheitseinsicht ihren Bedürfnissen entsprechend gut behandelt und unterstützt werden. Es existiert eine entsprechende differenzierte Versorgungskette, von der stationären Behandlung im Elbeklinikum bis hin zur Betreuung in einer der beiden Begegnungsstätten im Landkreis.

Versorgungslücke für gerontopsychiatrischen Patienten

Eine vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wachsende Versorgungslücke besteht bei gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten. Zunächst ist die bestehende stationär-psychiatrische Vollversorgung zu hinterfragen. Grundsätzlich ist eine Demenz keine Behandlungsdiagnose, jedoch sollte ein Angebot für Behandlungsfälle, z.B. depressive Episode bei Demenz, manische Episode bei Demenz etc. bereitgehalten werden. Dieses Klientel bedarf eines interdisziplinären Spezialsettings. Zu denken ist an eine stationäre Einheit, die internistisch und psychiatrisch geführt wird, da es sich bei dieser

Gruppe von Patienten oft um multimorbide Menschen* handelt. Es sollte ein fakultativ geschlossener Rahmen mit höherem Personalschlüssel bereitgestellt werden. Weiterhin denkbar sind eine gerontopsychiatrische Tagesklinik sowie spezialisierte aufsuchende Hilfen (Pflege-, Betreuungsdienste).

Zusätzliches Angebot für Suchtkranke

Hinsichtlich suchtkranker Menschen (legale Substanzen) sollte die Möglichkeit eines ambulanten aufsuchenden Betreuungsangebotes für diejenigen erwogen werden, die durch ein stationäres Behandlungs- bzw. Betreuungsangebot nicht erreicht werden. Das aktuelle qualifizierte Entgiftungsangebot des Elbeklinikums Stade ist für eine Vielzahl von Patienten geeignet und sollte weitergeführt bzw. ausgebaut werden. Eine psychiatrisch/ internistisch geführte Station eigens für die Behandlung entgiftungswilliger Patienten könnte sicher für die weitere Entlastung andere Strukturen (z.B. Polizei, Sozialpsychiatrischer Dienst) sorgen.

* durch verschiedene, gleichzeitige Krankheitsverläufe in mehrfacher Weise nachhaltig beeinträchtigte und nur noch wenig widerstandsfähige Menschen (kränkelnd)

6. Grundlagen diese Berichtes

Datenbasis:

Epidemiologische Daten des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Stade, für den Zeitraum 2007 bis 2011, entnommen aus der im Gesundheitsamt genutzten Datenbank ISGA, in Form von DBF Dateien, zur Auswertung umgestaltet zu Excel Dateien.

Alle zur Verfügung stehenden Rohdatensätze des Sozialpsychiatrischen Dienstes generierten sich aus den Angaben zu insgesamt 3190 Einzelpersonenkontakten im Untersuchungszeitraum bei einem daraus resultierenden Mittelwert von 638 Personen pro Jahr. Es waren hierzu 1150 Rohdatensätze mit insgesamt 3.705.992 Einzeldaten auszuwerten, hiervon waren 18.352 kontaktbezogene Daten, der Rest bezog sich auf nähere Aussagen zur Klientel. Zur Herstellung der Aussage - Datenbasis wurden 33 Arbeits- zu 16 Darstellungskategorien entwickelt, die sich im Text zu 4.2 darstellen.

Zur Erarbeitung der Gesamtdarstellung wurden weitere Quellen herangezogen. Diese sind in Kapitel 7 ausgewiesen.

7. Endnoten-, Literatur-, Quellenverzeichnis, Anmerkungen

End-note	Literatur, andere Quellen, Anmerkungen
[1]	<p>siehe auch u.a. N. Gumpert unter http://www.dr-gumpert.de/html/psychische_stoerung.html#c18385, 12.03.2013</p> <p>psychnet - Hamburger Netz psychische Gesundheit, 01.08.12 unter http://www.psychenet.de/unsere-partner/unsere-partner/oeffentliche-einrichtungen-in-hamburg.html</p> <p>LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2 40629 Düsseldorf unter http://www.rk-duesseldorf.lvr.de/behandlungsangebote/frueherkennung/was_ist_psystoerung/, 01.08.12</p> <p>http://www.seelischegesundheit.net./index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=23&Itemid=397, 01.08.2012</p>
[2]	<p>siehe - N. Gumpert unter http://www.dr-gumpert.de/html/psychische_stoerung.html#c18385, 12.03.2013</p>
[3]	<p>http://www.psychiatrie.de/krankheitsbilder/, 12.03.2013</p> <p>Anmerkung: In Zeile 5 des abgebildeten Textes der Quelle steht im Original die Bezeichnung: ICD-19. Dieses wurde hier im Text verbessert, um im Lesefluss keine Fehlinformationen zu leisten, die durch einen vermutlichen Schreibfehler entstanden. Diese Ziffer stellt die jeweilige Nummer der vorliegenden Revision dar. Die letzte vorliegende und zurzeit gültige Revision ist die Nr.10.</p>
[4]	<p>siehe: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm, 12.03.2013</p>
[5]	<p>http://www.dimdi.de/static/de/klassi/basisinfo-klassi.pdf, 12.03.2013</p>
[6]	<p>http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlqm2012/block-f20-f29.htm,m, 12.03.2013</p>
[7]	<p>Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 13, 31. März 2006, A 834</p>
[8]	<p>Die Angaben beruhen auf den umfangreichen Ausführungen folgender Quellen, die sich im Laufe der Jahre der Veröffentlichungen auf einen auch hier benannten Wissenschaftlerkreis beziehen:</p> <p>Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland Hans-Ulrich Wittchen*, Fank Jacobi, Jürgen Hoyer Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, AG Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie Das Forschungsvorhaben wurde als Teilprojekt des Bundesgesundheits-surveys '98 des Robert Koch Instituts durchgeführt.</p> <p>Artikel - Alle Fachgebiete sind gefordert, Astrid Bühren, Ulrich Voderholzer, Michael Schulte-Markwort, Thomas H. Loew, Friedrich Neitscher, Fritz Hohagen, Mathias Berger Deutsches Ärzteblatt, Heft 5. Mai 2008 (beziehen sich auf Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung, anhand des Bundesgesundheits-surveys '98. Bundesgesundheitsblatt 2001; 44: 993–1000.</p> <p>Epidemiologische Untersuchungen sowie Daten der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zugenommen haben.</p> <p>Franc Jacobi, Timo Harfts, Psychische Erkrankungen — Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung, Die Krankenversicherung 5/ 07, S. 3 ff</p> <p>Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung gGmbH, „Chronische Erkrankungen“, Komorbidität somatischer und psychischer Störungen, Häufigkeit des Auftretens, IGV-Fact- Psychische Störungen IGV, 03/ 2008, S. 8</p> <p>Die Größenordnung psychischer Störungen in Europa Frank Jacobi & Hans-Ulrich Wittchen Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie</p>

7. Endnoten-, Literatur-, Quellenverzeichnis, Anmerkungen

	<p>Technische Universität Dresden, 4. Workshopkongress Klinische Psychologie und Psychotherapie vom 5. - 7. Mai 2005 in Dresden</p> <p>Psychische und Verhaltensstörungen Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Der Erhalt oder die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Andreas Weber, Georg Hörmann, Volker Köllner, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 13, 03/2006</p> <p>BpTK - Studie zur Arbeitsunfähigkeit Psychische Erkrankungen, Bundespsychotherapeutenkammer, 2011</p> <p>DEGS, Studie zur Gesundheit Erwachsener, Hans-Ulrich Wittchen & Frank Jacobi Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS) Technische Universität Dresden, RKI - DEGS Symposium, 14.06.2012, ppt S.12</p>
[9]	<p>Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2012, Bevölkerung nach Altersgruppen, (...), Altergruppen 18 bis 65 unter https://www.destatis.de, 12.08.2012</p>
[10]	<p>Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, 2001-2012, LSKN-Online: Tabelle K1000111 unter http://www.nls.niedersachsen.de, 12.08.2012</p>
[11]	<p>Zukunft jetzt – Das Magazin der Deutschen Rentenversicherung, Ausgabe 3.2013, S.4</p>
[12]	<p>Viele Fundstellen, hier z.B. Ein kurzer Überblick über Geschichte der Psychiatrie → siehe Kasten im Abschnitt 3.1 Quelle: Pusch, Robert , HELIOS Klinikum Aue, Akademisches Lehrkrankenhaus an der Technischen Universität Dresden, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Klinken.de/Aue/Medizin._Fachbereiche/Pflegeschule_Psychiatrie/E.pdf, 27.03.2013</p>
[13]	<p>Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V., Bonn http://www.apk-ev.de/public/apk.asp?id=2&mod=User, 25.03.2013</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung eines Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“: Zwischenbericht (1973), Abschlussbericht „Psychiatrie-Enquete“ (1975); - Beraterkommission zur Begleitung des Modellprogramms Psychiatrie (1980-1986) und „Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psycho-somatischen Bereich“: Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988); - „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen“ (1991); - Projektgruppe „Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie“: Bericht „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ (1996); - Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“: Berichte „Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“ (1997).
[14]	<p>Bericht über die Lage der Psychiatrie - Psychiatrieenquete, Unterrichtung durch die Bundesregierung unter https://shop.bundesanzeiger-verlag.de/parlamentsdrucksachen/bericht-ueber-die-lage-der-psychiatrie-psychiatr/, 25.03.2013</p>
[15]	<p>"Alonso, J (et al.) (2007) "Population level of unmet need for mental healthcare in Europe." Br J Psychiatry 190: 299-306. European Commission (ed.) (2005) Directorate-General Health and Consumer Protection. Grünbuch: Die Psychische Gesundheit Der Bevölkerung Verbessern. Entwicklung Einer Strategie Für Die Förderung Der Psychischen Gesundheit in Der Europäischen Union. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki. January 2005, 12-15 „ zitiert in "Forschungsnetz psychische Gesundheit, Warum Versorgungsforschung?", http://www.forschung-psychische-gesundheit.de/fpg/versorgungsforschung-forschungsnetz-psychische-gesundheit.php, 27.03.2013</p>
[16]	<p>Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD), vom 24. März 2006, Nds. GVBl. 2006, S. 178</p>

7. Endnoten-, Literatur-, Quellenverzeichnis, Anmerkungen

[17]	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG), vom 16. Juni 1997, Nds. GVBl. 1997, S. 272
[18]	Diese Angaben basieren weitestgehend auf dem Betriebsbuch des Gesundheitsamtes des Landkreises Stade, Kapitel: Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises Stade, Stand: 10.05.2013 (6. verbesserte u. ergänzte Auflage) Fundstelle im Internet: Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen unter http://www.lfbpn.de , Instrumente des Sozialpsychiatrischen Verbunds, <u>Betriebsbuch Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises Stade</u> -Teil B: Ausarbeitung, 11.10.13
[19]	Qualitätsmanagement umfasst Standardverfahren zur Qualitätssicherung, die im Betriebsbuch zusammengefasst sind. Das Betriebsbuch wird zu Beginn des Jahres auf Zweckmäßigkeit der Standards und Abläufe geprüft und nach Genehmigung durch den Amtsleiter ggf. angepasst. Dabei werden nur die wichtigen und wesentlichen Dinge geregelt. Das Betriebsbuch soll übersichtlich bleiben. Die interne Qualitätssicherung erfolgt über Fortbildung, Supervision, Fall- und Dienstbesprechungen. Kriterien für Fortbildungen: Arbeiten gegen Vergessenskurve unter Berücksichtigung der Arbeitsschwerpunkte, Neuerungen, zum Schutz vor Überlastung und Überforderung, Reduktion persönlicher Stressoren. Zur Fortbildung dienen die auf Kosten des Landkreises bestellten Zeitschriften und Literatur, die sich der Sozialpsychiatrische Dienst ausgewählt hat. Der Bildungsurlaub dient als nicht direkt fachgebundene Maßnahme, <u>auch</u> der Reduktion persönlicher Stressoren im Sinne einer gelungenen Work - Live Balance („Burn-Out“ Prophylaxe).
[20]	„Störungen im Lebensfluss“, Motto der 6. Niedersächsischen Aktionstage Seelische Gesundheit, Oktober 2013 in Stade, Eine Veranstaltung des Sozialpsychiatrischen Verbundes des Landkreises Stade in Zusammenarbeit mit Akademie für Sozialmedizin e.V. Niedersachsen
[21]	Das Strafgesetzbuch, § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen, regelt die Schweigepflicht vieler Berufsgruppen und anderer Tätiger in sensiblen Tätigkeitsfeldern, unter anderem auch von Ärzten und staatlich anerkannten Sozialarbeitern und staatlich anerkannten Sozialpädagogen siehe auch: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_203.html
[22]	Der Bericht „Jahresstatistik der unteren Gesundheitsbehörden Niedersachsen, Berichtsjahr 2012 - 29 Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Tabelle 29.2: (...)“ lag zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Grundlagen für den Gesundheitsbericht Teil 4 noch nicht vor. Einige Ergebnisse des Berichtes werden - soweit wichtig - als Zitate eingefügt.
[23]	Ergebnisse aus Klientelzahlen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und den betreffenden Einwohnerzahlen nach Geschlecht - Quelle: http://www1.nls.niedersachsen.de/statistik/html/mustertabelle.asp , Tabelle K 1000121, am 18.10.2012
[24]	Quelle: Statistisches Bundesamt, Staat & Gesellschaft, Bildungsstand, 11/12 unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html , 20.11.2012 neuere Vergleichszahlen, aber doch die bisherigen Angaben bestätigend: http://www.bpb.de , Bildungsstand der Bevölkerung
[25]	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG), vom 16. Juni 1997, Nds. GVBl. 1997, S. 272
[26]	siehe auch: http://www.elbekliniken.de → Psychiatrie
[27]	wie [26]
[28]	siehe auch: http://www.landkreis-stade.de/ → Gesundheitsamt
[29]	siehe auch: http://www.die-bruecke-stade.de/
[30]	siehe auch: http://www.die-bruecke-ev.de/

7. Endnoten-, Literatur-, Quellenverzeichnis, Anmerkungen

[31]	Ausführungen aus dem Geschäftsbericht 2012, Brücke - Hilfe und Halt e.V.
[32]	siehe auch: http://www.bethel-im-norden.de/unsere-angebote/eingliederungshilfe/landkreis-stade/die-tagesstaette-stade.html
[33]	siehe auch: http://stader-betreuungsdienste.de/index.php/tagespflege
[34]	siehe auch: http://www.bethel-im-norden.de/unsere-angebote/eingliederungshilfe/landkreis-stade/das-birkenhof-steinmetz-haus.html
[35]	siehe auch: http://www.die-bruecke-stade.de/
[36]	siehe auch: http://wohnheim-schloss-holenwisch.de/
[37]	siehe auch: : http://www.die-bruecke-stade.de/
[38]	siehe auch: http://www.lebenshilfe-buxtehude.de/
[39]	siehe auch: http://www.betzin-schmidt.de/
[40]	siehe auch: wie [29]
[41]	siehe auch: http://www.mehr-als-blaulich.de/index.php?option=com_content&view=article&id=150&Itemid=141
[42]	siehe auch: http://www.bfw-friedehorst-bremen.de/aussenstellen/stade1/angebote.php
[43]	siehe auch: http://www.integrationsaemter.de/ifd/88c814i51/index.html
[44]	siehe auch: http://www.alzheimergesellschaft-stade.de/
[45]	siehe auch: http://www.mehr-als-blaulich.de/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=128&0d5ddd7f9400b04a16
[46]	siehe auch: http://www.herbstzeitlose.org/pressespiegel/lebenswerter-alltag-fur-demente-menschen/
[47]	siehe auch: wie [33]
[48]	siehe auch: http://www.kibis-stade.de/
[49]	siehe auch: wie [48]
[50]	siehe auch: http://suchtkrankenhilfe-stade.de//pages/verein-fuer-sozialmedizin-stade-e.v.php
[51]	siehe auch: http://www.diakonieverband-buxtehude-stade.de → Suchtberatung
[52]	http://suchtkrankenhilfe-stade.de//pages/unsere-angebote-einrichtungen/psychosoziale-beratung-substituierter.php , 13.06.2013
[53]	Zitat aus einer ausführlichen Darstellung: Niedersächsischer Landtag – 16. Wahlperiode Drucksache 16/5476 , Kleine Anfrage mit Antwort , unter www.landtag-niedersachsen.de/Drucksachen/...16_7500/.../16-5476.pdf , 13.06.2013