Hochsauerlandkreis
Gesundheitsamt

Sozialpsychiatrischer Dienst

Jahresbericht
2007

Hochsauerlandkreis
- Der Landrat-
Gesundheitsamt
Steinstraße 27

59872 Meschede

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text durchgängig die männliche Form verwendet.

Vorwort

Landrat Dr. Karl Schneider

Sehr geehrte Damen und Herren,

der vorliegende Jahresbericht vermittelt Ihnen einen Überblick über die vielfältigen und komplexen Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes des Hochsauerlandkreises.

Zielgruppen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind vor allem psychisch Kranke, Suchtkranke, geistig und körperlich behinderte Menschen sowie an Demenz erkrankte Menschen, die krankheitsbedingt aus mangelnder Eigeninitiative keinen Zugang zu anderen psychiatrischen Hilfesystemen finden.

Nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NW) und dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NW) liegt die Versorgung psychisch kranker Menschen bei den Kreisen und kreisfreien Städten - unteren Gesundheitsbehörden – als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Die zu leistenden Hilfen durch den **Sozialpsychiatrischen Dienst** sind im PsychKG NW näher beschrieben. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt bei der **Beratung, Betreuung und Begleitung** der Betroffenen und deren Angehörigen im Rahmen der **Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention**.

Dr. Karl Schneider
Landrat des Hochsauerlandkreises

Inhalt:

1. Vorbemerkung

2. Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

3. Organisationsstruktur

4. Problemfelder

4.1 Psychosen

4.2 Abhängigkeitserkrankungen

4.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.4 Gerontopsychiatrie

4.5 Zwangseingewiesene Patienten

5. Substitutionsambulanz

6. Behinderte - Behindertenberatung

7. Pflege- Wohnberatung

8. Schwangerschaftskonfliktberatung

9. Koordination

10. Anhang

Sozialpsychiatrischer Dienst

1. Vorbemerkung

„Das Thema psychische Gesundheit hat nach der Psychiatriereform sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch in der politischen Debatte nachhaltig an Bedeutung gewonnen ... Es gilt aber bundesweit, dass sie (gemeint sind die Sozialpsychiatrischen Dienste) in den meisten Bundesländern **unverzichtbarer Bestandteil des ambulanten psychiatrischen Versorgungsspektrums** sind. Neben der Unterbringung nach dem PsychKG, der - oft auch aufsuchenden – Krisenintervention – obliegt diesem Basisdienst, der durch den öffentlichen Gesundheitsdienst getragen wird, häufig auch die **personenbezogene Steuerung von erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen** insbesondere der chronisch psychisch und chronisch suchtkranken Menschen.“[1] .

2. Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der Sozialpsychiatrische Dienst mit den Schwerpunkten Hilfen für Menschen mit

- psychischen Erkrankungen,
- Suchterkrankungen,
- geistigen Behinderungen,
- Körperbehinderungen,
- Sinnesbehinderungen,
- chronischen Erkrankungen
- und Hilfen für alte Menschen sowie
- dementiell erkrankte Menschen

bietet ein sehr **komplexes und differenziertes Hilfsangebot** beratender, vorsorgender, begleitender und nachsorgender Hilfen und Schutzmaßnahmen. Es handelt sich um psychiatrische, behinderungsspezifische, pädagogisch/sozialarbeiterische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und rechtliche Hilfen zur Förderung und Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Lebensverhältnisse und Lebensweisen der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Personen aus ihrem weiteren sozialen Umfeld.

Die Hilfen werden durch

- Beratung,
- Diagnostik,
- Case Management,
- Krisenintervention,
- Betreuung und
- langfristige Begleitung

[1] Psychiatrie in Deutschland – Strukturen – Leistungen- Perspektiven, Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Herausgeber Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007, Febr. 2007.

erbracht. Das **Anforderungsprofil** für die Arbeit mit **psychisch Kranken, behinderten Menschen, chronisch Kranken, alten Menschen und Suchtkranken** bedingt die Fähigkeit zur Anleitung und Delegation sowie zum Management individuell zugeschnittener Produkte und Dienstleistungen in einem Spektrum von Beratung, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege.

Psychische und geistige Behinderungen, Schwerstmehrfachbehinderungen und Sinnesbehinderungen sowie typische Alterserkrankungen wie Depression, Altersparanoia und senile Demenz gehen mit besonderen psychischen krisenhaften Belastungsreaktionen für die Betroffenen und deren Angehörigen einher. Hieraus resultiert eine steigende Anzahl spezifischer Formen von Alltags- und Altersproblemen, die nicht den gängigen Normen entsprechen wie Verwahrlosung, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch,/- Abhängigkeit, Aggressionen und latente oder akute Suizidalität seitens der Betroffenen sowie körperliche und psychische Gewalt gegenüber den Betroffenen als Ausdruck von Überforderung durch Angehörige. Vor Ort müssen die Mitarbeiter zumeist ohne ärztliche Beteiligung klären und entscheiden, wie und auf welche Art der Krisensituation angemessen begegnet werden muss.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist oft der einzige Fachdienst, der in diesem Spannungsfeld Verantwortung zeigt, da sich andere Institutionen für nicht zuständig, nicht kompetent genug oder für überfordert erklären.

Der **SpDi** bietet schwerpunktmäßig umfangreiche und differenzierte Hilfen an für den Personenkreis der psychisch kranken, suchtkranken und gerontopsychiatrisch kranken Menschen. Die **Behindertenberatung** ist Teil des SpDi und bietet Hilfen beratender Art für Geistigbehinderte, Körper- und Mehrfachbehinderte, Sinnesbehinderte und chronisch Kranke an.
Dem SpDi ist weiter die **Trägerunabhängige Pflege- und Wohnberatung** sowie die **Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte und Hilfen für Schwangere** und die **Substitutionsambulanz** angegliedert.

Eingebunden in den SpDi ist ebenfalls die **Psychiatrie- Sucht- und Behindertenkoordination** zur Planung, Steuerung und Koordinierung der gemeindepsychiatrischen suchtspezifischen und behindertengerechten Versorgungsangebote in Kooperation mit den Leistungs- und Kostenträgern sowie die Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

3. Organisationsstruktur:

Der SpDi des Hochsauerlandkreises ist im Fachbereichsplan der Verwaltung vom 01.01.2007 dem Fachbereich 3: Ordnung, Umwelt und Gesundheit zugeordnet und als Sachgebiet 37/3 im Fachdienst 37, Untere Gesundheitsbehörde – Gesundheitsamt – eingebunden.

Sachgebiet Sozialpsychiatrischer Dienst 37/3

Vorwahl:
A: 02931 -94
M: 0291 -94
B: 02961 -94

Leiter	Dr. Joachim Scholz	A - 4297
stv. Leiter	Karl Josef Fischer	M -1469

Koordinationsstelle
Frau Brouwers A - 4217

Sozialpsychiatrische Hilfen

Dienststelle Meschede
N.N M -1105
Petra Schneider-Voß M -1123

Dienststelle Arnsberg
Dr. Joachim Scholz A - 4297
Anna Katharina Baulmann A - 4420
Elke Rienhoff A - 4337
Christine Stucka A - 4426

Dienststelle Brilon
Benita Herrmann B -3350
Hubertus Martin B -3336

Behindertenberatung / Trägerunabhängige Pflege- und Wohnberatung

Dienststelle Meschede
Ingrid Knappe M -1111
Dienststelle Arnsberg
Hartmut Humpert A - 4000
Dienststelle Brilon
Birgitta Serafin B - 3122
Annegret Schreckenberg B - 3333

Schwangerschaftskonfliktberatung
Dienststelle Meschede
Gerlinde Ossenbrink M -1209

Substitutions-Ambulanz
Meschede, Kolpingstr. 2
Dr. Joachim Scholz
Nicole Solbach 0291 / 908 6521

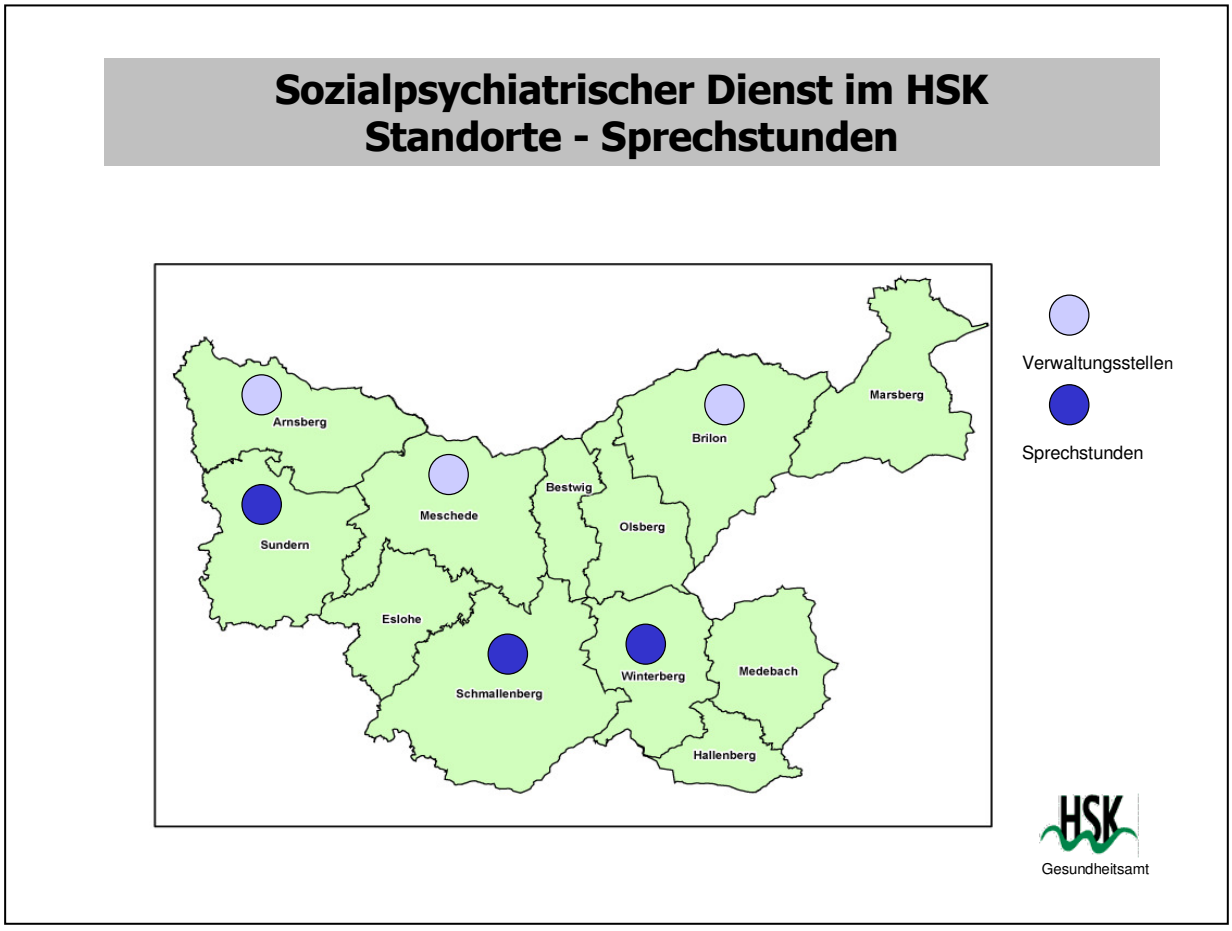
Psychosoziale Begleitung
Bernhard Hahnke M: - 1206
Jürgen Britten M - 1217
Anna Katharina Baulmann A - 4420

Psychiatrie-, Sucht- und Behindertenkoordination
Geschäftsstelle Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft HSK
Dienststelle Meschede
Karl Josef Fischer M - 1469

Stand: Juli 2008

Personelle Ausstattung des Sachgebiets 37/3 – SpDi (Stand 31.01.2008)

Profession	**Stellenanteile**
Arzt / Psychiater (Leitung)	1,000
Dipl.-Sozialarbeiter / Psychiatriekoordinator (stellv. Leitung)	1,000
Dipl. Sozialarbeiter/innen (Sozialpsychiatrie)	5,732
Dipl. – Psychologin (Psychosoziale Begleitung)	0,390
Dipl.-Sozialarbeiterin (Schwangerschaftskonfliktberatung)	0,744
Dipl.-Sozialarbeiter (Psychosoziale Begleitung)	1,519
Dipl.-Sozialarbeiter/innen (Behindertenberatung / Pflege-Wohnberatung)	3,000
Ärztliches Assistenzpersonal	0,800
Sekretärin	1,000
Gesamt:	**15,185**



4 Störungsbilder

4.1 Psychosen

Zu den Psychosen zählen die Schizophrenien und die affektiven Psychosen. Bei jedem 4. der Patienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes liegt eine solche Erkrankung vor. Die Psychosen sind die schweren Verlaufsformen psychischer Störungen mit oftmals gestörtem Bezug zur Realität und mangelnden Fähigkeiten, mit den Anforderungen des täglichen Lebens zurecht zu kommen. Hieraus resultiert auch die "Noncompliance", d. h. die Patienten verstehen nicht die Notwendigkeit einer Behandlung und entziehen sich dieser. Hier ist es Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, durch Kontaktaufnahme, durch Hausbesuche und beharrliche Fürsorge zu erreichen, dass die Patienten Hilfen akzeptieren.

Ein Beispiel macht dies deutlich.

Der 35-jährige C. fällt beim JobCenter der Stadt auf. Er wirkt auf die Mitarbeiter unruhig, gespannt und unter Druck stehend. Im Kontaktverhalten ist er unwillig und nicht zu erreichen. Der städtische Mitarbeiter teilt mit, dass Herr C. immer von einem "Chip im Kopf" spricht.

Beim nächsten Termin im JobCenter ist ein Mitarbeiter des SpD anwesend. Dieser stellt fest, dass Herr C. produktiv psychotisch ist, er war vor 3 Monaten noch auf der psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus, verließ diese, nachdem sich die Ärzte weigerten, ihn zu einem Neurochirurgen zu überweisen. Herr C. hatte die Vorstellung, dass ihm dieser den Chip aus dem Kopf entferne. Die Medikamente hatte er am Tag der Entlassung abgesetzt.

Der Kontakt zu Herrn C. fällt schwer, weil dieser darauf besteht, dass er endlich den Verursacher seiner Probleme (der ihm den Chip in einem unbemerkten Moment eingepflanzt hat), zur Rechenschaft ziehen wolle. Dieser wohne in Dortmund, die Adresse werde er noch herausfinden. Und dann sei er dran.

Für den Sozialpsychiatrischen Dienst stellen sich mehrere Fragen:

1. Inwieweit geht von Herrn C. angesichts der durchaus ernst gemeinten Drohungen eine Gefahr aus die Maßnahmen nach dem PsychKG (Psychisch-Kranken-Gesetz, s.a. 4.5) erforderlich machen?

2. Wie bekommt man Herrn C. wieder dazu, seine Medikamente einzunehmen?

3. Welche Möglichkeiten gibt es, ihn im täglichen Leben zu unterstützen und vielleicht auch bei dem noch jungen Patienten eine Rehabilitation voranzutreiben?

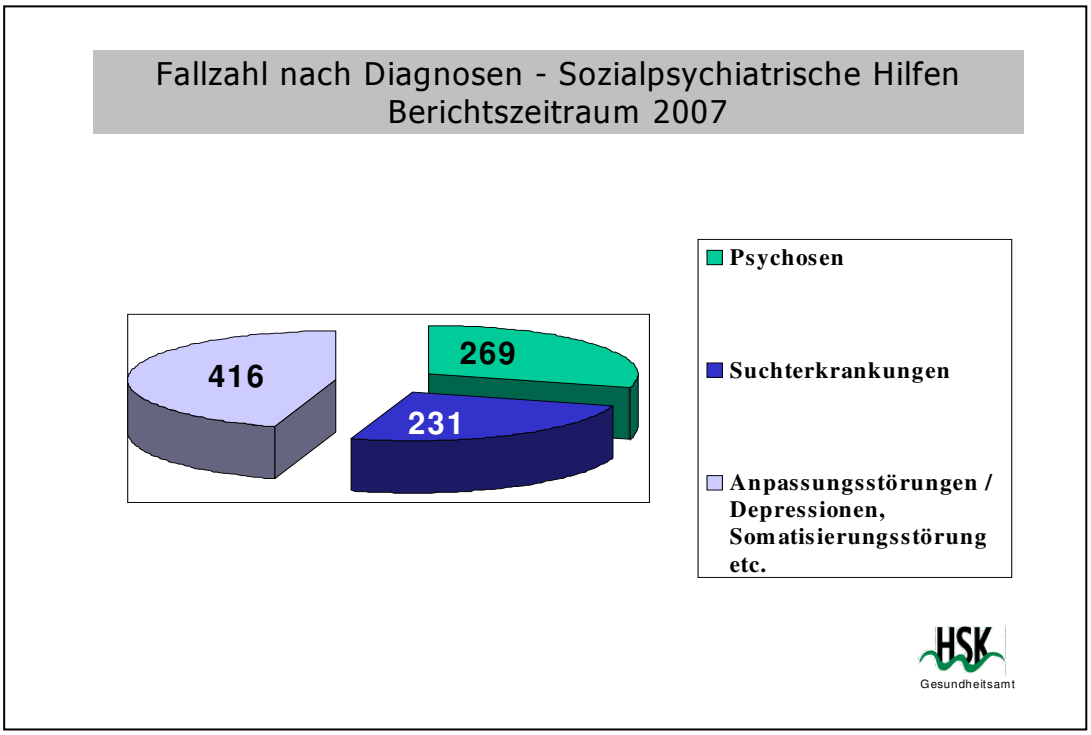
Im Berichtsjahr wurde es geschafft, Herrn C. zur - wenn auch diskontinuierlichen - Einnahme von Neuroleptika zu bringen. Hierdurch konnte die Symptomatik etwas entschärft werden und vor allem die fremdaggressiven Impulse waren nicht mehr zu beobachten. Kontakt zum Betreuten Wohnen für psychisch Kranke wurde hergestellt. Dieser Maßnahme steht Herr C. jedoch skeptisch gegenüber. Er meint, dass er keine Unterstützung benötigt, es müsse nur ein Arbeitsplatz für ihn gefunden werden, dass er "wieder Geld verdienen könne".

Es liegt auch auf der Hand, dass Betroffene mit einer solchen Störung nicht zu regelmäßigen Terminen in das Gesundheitsamt kommen bzw. kommen können, denn bei fehlender

Krankheitseinsicht besteht auch keine Einsicht in die Notwendigkeit sozialpsychiatrischer Betreuung. Der Kontakt wird daher über **Hausbesuche** gehalten.

Diese aufsuchenden Hilfen sind zwar zeitaufwendig, häufig jedoch die einzige Möglichkeit, **Kontakt zu schwierigen Patienten** herzustellen und dauerhaft zu halten. Kernklientel des SpDi sind schwierig Patienten mit komplexem Hilfebedarf und schlechter Compliance, die von anderen Hilfen nicht profitieren können.

Allein im Bereich der Sozialpsychiatrischen Hilfen wurden im Berichtsjahr
1131 Hausbesuche durchgeführt.



4.2 Abhängigkeitserkrankungen

Zu den Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Hochsauerlandkreises gehören suchtkranke Menschen sowohl aus dem legalen als auch aus dem illegalen Bereich. Auch hier liegen die Arbeitsaufträge des SpDi in den gesetzlichen Bestimmungen des PsychKG.

Fallbeispiel Doppeldiagnose Sucht/psychische Erkrankung
Die Westfälische Klinik für Psychiatrie ruft beim SpDi an und berichtet über die bevorstehende Entlassung eines ihrer Patienten, der aufgrund von Alkohol- und Tablettenmissbrauch dort für einige Zeit behandelt wurde. Während der Behandlung wird noch eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und phobischen Zügen diagnostiziert. Da der Patient bereits während der Behandlung nicht recht zugänglich war und auch keinerlei Krankheitseinsicht zeigt, wurde mit ihm vereinbart, dass der SpDi nach seiner Entlassung mit ihm Kontakt aufnehmen wird.

Ein telefonisch vereinbarter Termin zum Hausbesuch wurde von Herrn St. allerdings nicht eingehalten, so dass zunächst kein Kontakt zu Stande kommt. Erst nach einigen Wochen wird er im Rahmen einer Psych-KG-Unterbringung wieder auffällig. Anlass für die zwangsweise Unterbringung

ist ein massiver Rückfall mit aggressiven Ausbrüchen gegenüber seiner Familie (teilweise Zerstörung der Wohnungseinrichtung), zu der er zwischenzeitlich umgezogen ist. Herr St. zeigt sich weiter uneinsichtig in seine Erkrankung und schiebt die ganze Schuld für sein Dilemma seiner Ehefrau zu, die sich nicht ausreichend um ihn kümmert und sich stattdessen mit anderen Männern einlässt. Durch die Ehefrau kann in Erfahrung gebracht werden, dass Herr St. einige Termine bei der Suchtberatungsstelle hatte, diese aber schon seit längerer Zeit nicht mehr wahrnimmt.

Auch nach der Entlassung aus der Klinik fällt Herr St. wieder in seine alten Verhaltensweisen zurück. Er entwickelt weiter Eifersuchtsideen die zu einer zwischenzeitlichen Trennung von der Ehefrau führen. Der Umzug zu seiner Mutter entschärft die Situation jedoch auch nicht, so dass eine weitere Unterbringung nach dem Psych-KG wg. Eigen- und Fremdgefährdung (aggressive Übergriffe, Handgreiflichkeiten) erforderlich wird. Während der Behandlung in der Klinik verspricht er der Ehefrau, Hilfen bzgl. seiner Suchterkrankung zuzulassen, worauf diese wieder mit ihm in eine Wohnung zieht.

Es zeigt sich allerdings recht schnell, das dies alles leere Versprechungen waren, da Herr St. bereits nach wenigen Tagen wieder zur Flasche greift. Er geht dabei soweit, dass er seine Sucht als Mittel zur Erpressung einsetzt. „Wenn ihr nicht das macht was ich will, trinke ich weiter.“ Während dieser Zeit finden mehrere Hausbesuch durch den Sozialpsychiatrischen Dienst statt, da Herr St. aufgrund seiner ausgeprägten Persönlichkeitsstörung von sich aus keine Hilfe annehmen kann und will. Aufgrund der Doppeldiagnose Sucht/psychiatrische Erkrankung und der daraus entstehenden Problematik, besteht eine Hauptaufgabe des SpDi in der Durchführung von Hausbesuchen, da diese in dem Moment die einzig mögliche Hilfe darstellen. Durch das Wissen um psychiatrische Erkrankungen auf der einen und um die Suchterkrankung auf der anderen Seite, ist der SpDi für diese Aufgaben im Besonderen geeignet.

Mittlerweile hat sich der Gesundheitszustand von Herr St. soweit verschlechtert, dass er kaum noch feste Nahrung zu sich nehmen kann und sich laufend erbricht. Erst nach intensiven Gesprächen und mehreren Hausbesuchen erklärt sich Herr St. bereit, einer erneuten stationären Aufnahme zuzustimmen. Während der stationären Behandlung wird seine Ehefrau als gesetzliche Betreuerin für ihn eingesetzt, da er eingesehen hat, dass er sich nicht mehr um seine Angelegenheiten kümmern kann.

Während der gesamten Entwicklung bestand und besteht die Aufgabe des SpDi darin, die Ehefrau bzw. die Familie durch Gespräche im Rahmen von Hausbesuchen zu unterstützen und ggfs. bei Krisensituationen beratend zur Seite zu stehen, da Herr St. nach wie vor aufgrund seiner Suchterkrankung und ausgeprägten Persönlichkeitsstörung nur wenig professionelle Hilfen annehmen kann.

Der SpDi nimmt primär Aufgaben in den Hilfefunktionen Überlebenssicherung; Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Situation; Langzeitmaßnahmen / Therapie / Entwöhnung / Reintegration und Gefahrenabwehr sowohl für den legalen wie illegalen Suchtbereich wahr. Die Arbeit des SpDi im Bereich der Suchtkrankenhilfe betrifft schwerpunktmäßig die Betreuung von chronisch multimorbiden Abhängigen. Diese Klientel wird vielfach durch Dritte an den SpDi herangetragen, der wiederum diesen Personenkreis überwiegend nur durch Hausbesuche erreicht.
Die Grundprinzipien einer flächendeckenden, regionalen Wahrnehmung der Aufgaben für Suchtkranke werden durch den SpDi in Kooperation mit der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle des CV Brilon sowie der Suchtberatungsstelle der Stadt Arnsberg – „Wendepunkt“ - erfüllt.

4.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Veränderungen im Sozialleistungsbereich (SGB II und SGB XII) mit der Zielrichtung „Fördern und fordern“ haben den Focus zunehmend auf eine neue Zielgruppe, die jungen psychisch kranken Erwachsenen, gerichtet. Diese jungen Erwachsenen stellen oft ganz neue Herausforderungen an die professionellen Helfer. Durch konventionelle Angebote werden sie häufig nicht erreicht, entziehen sich Maßnahmen oder brechen Maßnahmen oft vorzeitig ab. Die „jungen Wilden“ mit psychischen Störungen (Persönlichkeitsstörung, Borderline, drogeninduzierte Psychosen) und Drogenkonsum nehmen zahlenmäßig zu und erfordern ein differenziertes Betreuungskonzept. Erschwert wird die Arbeit mit diesen Kranken durch deren mangelnde Bereitschaft zur Mitarbeit.

4.4 Gerontopsychiatrie

Der demographische Wandel wird eine Zunahme der alten und der multimorbiden Menschen bringen. Es geht einerseits um das Krankheitsbild der Demenzen, bei denen eine Verlegung ins Heim ansteht, andererseits auch um eine Vielzahl weiterer psychischer Erkrankungen im Alter (Schizophrenien, affektive Psychosen, Angststörungen, Abhängigkeitssyndrome), die ein differenziertes sozialpsychiatrisches Case-Management und Krisenintervention erforderlich machen. Dies ist häufig mit zeitaufwendigen Hausbesuchen verbunden.

Fallbeispiel aus der Gerontopsychiatrie

Ein Hausarzt meldet sich telefonisch beim SpDi und bittet bei einer 95-jährigen Patientin einen Hausbesuch durchzuführen. Er erläutert, dass die Patientin allein lebe, Ehemann und Sohn seien verstorben. Er habe den Eindruck, dass die Patientin sich nicht mehr angemessen versorge, sie esse und trinke wenig, sei uneinsichtig, verschroben und lehne angebotene nachbarschaftliche Hilfe ab. Auch die Wohnung befinde sich in einem verwahrlosten Zustand. Die Caritas-Sozialstation komme 1x tgl. zur Medikamentenvergabe. Diese habe bereits eine gesetzliche Betreuung beim Amtsgericht angeregt.

Am nächsten Tag wird ein Hausbesuch bei Frau C. durchgeführt. Sie ist hager und vom äußeren Erscheinungsbild her ungepflegt, die Wohnung befindet sich in einem verwahrlosten Zustand. Im Gespräch ist Frau C. zeitlich, örtlich und zur Person orientiert.

Frau C. gibt an, noch selbst zu kochen, ein Lebensmittelgeschäft aus dem Ort bringe ihr 1x wöchentlich Lebensmittel und Getränke. Da Frau C. eine Unterbringung in einem Altenheim vehement ablehnt, wird mit ihr über ambulante Hilfemöglichkeiten („Essen auf Rädern“, Haushaltshilfe, Anschluss an einen Hausnotruf, Inanspruchnahme des Pflegedienstes für die Körperpflege) gesprochen.

Frau C. ist mit dem Einsatz einer Haushaltshilfe einverstanden, weitere Hilfeangebote lehnt sie zum Zeitpunkt des Erstkontaktes ab. Es wird Kontakt mit dem Lebensmittelgeschäft aufgenommen, um sicherzustellen, dass Frau C. regelmäßig mit Lebensmitteln und Getränken versorgt wird. Mit Unterstützung der Caritas- Sozialstation kann rasch eine Haushaltshilfe gefunden werden. Bei einem weiteren Hausbesuch mit der Haushaltshilfe stellt sich heraus, dass der Kühlschrank nicht mehr funktioniert und der Inhalt verdorben ist. Es erfolgt in der folgenden Zeit eine enge Kooperation mit dem Hausarzt und der Sozialstation. Ziel ist es, Frau C. zu motivieren, „Essen auf Rädern“, Anschluss an einen Hausnotruf und Unterstützung bei der Körperpflege in Anspruch zu nehmen

Die Beteiligten sind sich einig, dass bei einem Scheitern der ambulanten Hilfemaßnahmen oder auch bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt eine Verlegung in einen Altenheim – notfalls auch gegen den Willen der Patientin- unumgänglich sein wird. Darüber hinaus soll Frau C. psychiatrisch untersucht werden.

Die Patientin wird an einem Vormittag vom Pflegedienst desorientiert und auf dem Boden liegend angetroffen. Es erfolgt sofort eine Krankenhauseinweisung. Das Amtsgericht bittet den SpDi aufgrund des bereits eingeleiteten Betreuungsverfahrens um Stellungnahme zur Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung.

Es erfolgt eine psychiatrische Untersuchung im Krankenhaus. Frau C. ist zeitweise desorientiert, es wird eine gemischte Demenz diagnostiziert und die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung empfohlen. Frau C. wird vom Krankenhaus direkt in eine Altenheim verlegt.

Eine Trennung zwischen Sozialpsychiatrischer und Behindertenberatung ist nicht sinnvoll aufgrund bestehender Synergieeffekte sowie auch häufig nicht möglich, weil bei vielen alten Menschen auch körperliche Behinderungen vorliegen.

Hinzu kommen alte Menschen ohne klares psychiatrisches Störungsbild, die an Vereinsamung (siehe auch Suizidalität im Alter), Verwahrlosung und Verhaltensauffälligkeiten leiden und die von sich aus keine Hilfe aufsuchen. Auch hier muss der SpDi aufsuchend tätig werden.

4.5 Zwangseingewiesene Patienten

„Der vom SpDi betreute Personenkreis der **chronisch psychisch kranken Menschen** befindet sich . . . in einer Lebenslage, die eindeutig mit der Lebenslage der gesellschaftlichen Gruppen vergleichbar ist, welche am **Rande des gesellschaftlichen Lebens** stehen“.[2] Die psychotischen Syndrome (z. B. Schizophrenie, psychotische Syndrome bei affektiven Störungen) sind zwar im Vergleich zu den anderen Störungen niedrig prävalent, jedoch oft mit besonders **schwerwiegenden Konsequenzen und mit Chronizität** assoziiert und gehören zur Kernklientel des SpDi. Ausgrenzung, Isolierung und Vereinsamung sind einerseits Auswirkungen dieses Krankheitsbildes und verursachen vielfach einen gesellschaftlichen Rückzug. Zum anderen können im Rahmen akuter psychotischer Störungen Betroffene z.B. durch wahnhafte Verkennungen und/oder Halluzinationen vorübergehend in erheblichem Maße sich selbst und/oder andere gefährden. Im Rahmen einer solchen Krisenintervention klärt der Arzt des SpDi, ob eine Eigen- und Fremdgefährdung vorliegt und eine Unterbringung gemäß des **Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen Nordrhein-Westfalen /PsychKG - NW)** oder Maßnahmen nach dem **Betreuungsgesetz (BtG)** notwendig ist

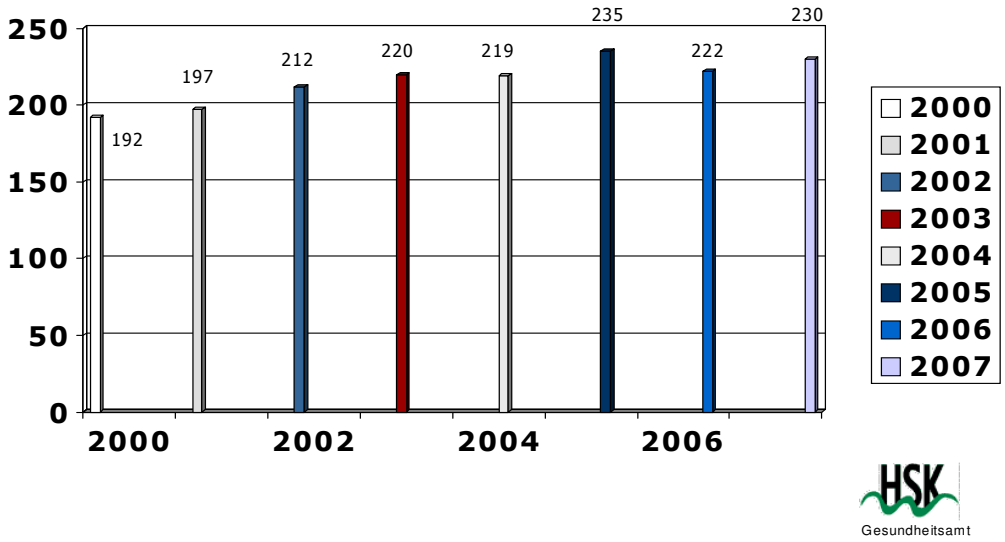
Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 17.12.1999 (PsychKG NW) regelt Hilfen für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind, oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen (Betroffene), die Anordnungen von Schutzmaßnahmen durch die Untere Gesundheitsbehörde und die Unterbringung der Betroffenen (§1).
Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden . . . (§ 3).
Die Hilfen obliegen den Kreisen und kreisfreien Städten – unteren Gesundheitsbehörden – als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung und werden insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste geleistet (§ 5).

[2] Klaus Obert : „Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns“ Psychiatrie Verlag 2001, Seite 39

Die nach dem PsychKG zwangseingewiesenen Patienten bedürfen einer systematischen Nachsorge durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (§ 27 PsychKG). Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit den Kliniken. Der SpDi ist hier verlässlicher Ansprechpartner. Die anderen ambulanten Unterstützungssysteme wie WfB, Betreutes Wohnen, Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle greifen nicht bei fehlender Krankheitseinsicht.

Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd), seit dem 01.01.2008 **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA-NRW)** untersucht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung die "Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach PsychKG NRW und Betreuungsrecht des Bundes (BtR)". Die Daten für diese Erhebung werden durch den SpDi – **Psychiatriekoordination** - von den Städten und Gemeinden des Hochsauerlandkreises erfasst und dem LIGA-NRW mitgeteilt. Das LIGA-NRW wertet die Daten für das Land NRW aus.

Übersicht über die Anzahl der Einweisungsfälle nach PsychKG im HSK 2000 – 2007 (Gesamt)



Nach der Auswertung der Daten durch das LIGA NRW für das Jahr 2006 „konnte eine Unterbringungsquote von 1,11 Unterbringungen pro 1000 Einwohner auf der Grundlage des PsychKG errechnet werden" [3]. Für den Hochsauerlandkreis ergibt sich für das Jahr 2006 eine Unterbringungsquote von 0,81 pro 1000 Einwohner.

[3] Die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen (PsychKG NRW) und dem Betreuungsrecht des Bundes (BtR) – Ergebnisse der Datenerhebung 2006 – Bericht Hochsauerlandkreis.

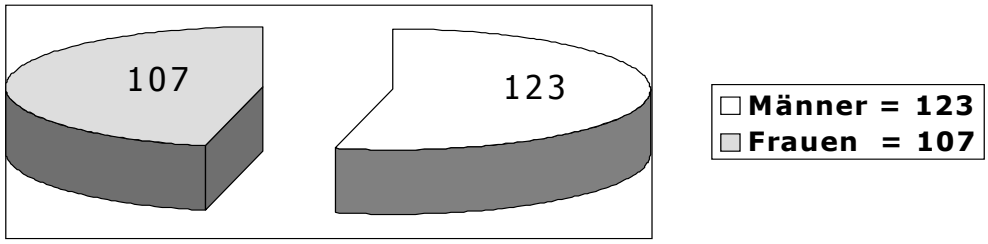
Übersicht über die Anzahl der Einweisungsfälle nach PsychKG im HSK 2000 – 2007 (Angabe: Städte u. Gemeinden im HSK)

Stadt/Gemeinde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	**2007**
Arnsberg	70	69	76	95	82	102	94	**93**
Bestwig	9	2	4	6	0	5	3	**2**
Brilon	12	6	7	12	13	11	13	**13**
Eslohe	3	4	2	0	2	0	3	**0**
Hallenberg	0	2	3	4	1	0	0	**1**
Marsberg	48	57	60	52	61	67	49	**71**
Medebach	1	2	2	0	2	0	2	**0**
Meschede	29	25	25	24	15	14	22	**21**
Olsberg	2	11	4	7	12	5	6	**13**
Schmallenberg	6	7	8	6	9	16	7	**5**
Sundern	7	7	10	10	13	7	13	**5**
Winterberg	5	5	11	4	9	8	10	**4**
Summe	**192**	**197**	**212**	**220**	**219**	**235**	**222**	**230**

Gesundheitsamt

Im Jahr 2006 wurden durchschnittlich 94 % der Unterbringungen in NRW als sofortige Unterbringungen auf der Grundlage des § 14 PsychKG durchgeführt. In 38% der Kommunen wurden sogar ausschließlich sofortige Unterbringungen praktiziert.
Im Hochsauerlandkreis wurden nach den vorliegenden Daten im Jahr 2006 90,09% aller Unterbringungen nach § 14 PsychKG NRW veranlasst, für das Jahr 2007 86,95%.

PsychKG 2007 – Anteil Männer und Frauen

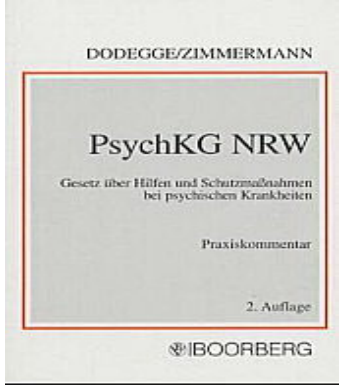


Gesundheitsamt

Nach dem Bericht LIGA-NRW 2006 liegt die Wahrscheinlichkeit einer Unterbringung nach PsychKG als Folge einer psychischen Erkrankung bei Männern höher als bei Frauen. Dieser Trend ist auch für den Hochsauerlandkreis feststellbar.

PsychKG 2007 – Aussteller ärztliches Zeugnis

- Niedergelassener Arzt eines anderen Fachgebietes / kassenärztlicher Notfalldienst = **82**
- Arzt einer psychiatrischen Krankenhausstation = **71**
- Arzt einer Krankenhausabteilung eines anderen Fachgebietes = **50**
- **Arzt eines Sozialpsychiatrischen Dienstes = 17**
- Andere Ärzte = **7**
- Niedergelassener Nervenarzt oder Psychiater = **3**



HSK Gesundheitsamt

„Dem Antrag auf Unterbringung nach § 14 PsychKG ist ein ärztliches Zeugnis beizufügen, das „grundsätzlich von Ärzten auszustellen ist, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind“. Vgl. § 14 Abs. 1 Satz 2 PsychKG NRW). Als „auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren“ gelten Ärzte, die im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit psychische und Suchterkrankungen behandeln und entsprechende Leistungen abrechnen können, als auch Ärzte, die im Rahmen von Weiterbildungen entsprechende Erfahren erworben haben“ [4].

Für den Hochsauerlandkreis ergibt sich folgendes Bild:
Vom Arzt des SpD sind im Jahre 2007 17 ärztliche Zeugnisse nach PsychKG ausgestellt worden. Weitaus häufiger wurde jedoch bei Einschaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Rahmen von § 12 PsychKG - ("Die Unterbringung wird auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom Amtsgericht – Vormundschaftsgericht - angeordnet") - die Unterbringung verhindert und Alternativen hierzu entwickelt. In nur 3 Fällen sind niedergelassene Nervenärzte bei den Unterbringungen beteiligt. Diese geringe Zahl entspricht dem Trend im Land NRW.

[4] Die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen (PsychKG NRW) und dem Betreuungsrecht des Bundes (BtR) – Ergebnisse der Datenerhebung 2006 – Bericht Hochsauerlandkreis – Seite 13

Sozialpsychiatrische Hilfen

Dienststelle Meschede	
Johannes Kleine (z.Zt. N.N.)	0291 – 94 1105
Petra Schneider-Voß	0291 – 94 1123
Dienststelle Arnsberg	
Dr. Joachim Scholz	02931 – 94 4297
Anna Katharina Baulmann	02931 – 94 4420
Elke Rienhoff	02931 – 94 4337
Christine Stucka	02931 – 94 4426
Dienststelle Brilon	
Benita Herrmann	02961 – 94 3350
Hubertus Martin	02961 – 94 3336

5. Substitutionsambulanz

„Die Eindämmung des Drogen – und Suchtproblems bleibt eine der wichtigsten politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen in Deutschland“, so Sabine Bätzing, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Seit dem 01.01.2007 betreibt der SpDi des Gesundheitsamtes des Hochsauerlandkreises in der Kolpingstraße in Meschede eine Substitutionsambulanz. Die Substitution bei Opioidabhängigkeit ist grundsätzlich Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Versorgung dieses Personenkreises durch die niedergelassenen Ärzte vor Ort konnte jedoch in Meschede nicht realisiert werden.

Für heroinabhängige Suchtkranke ist die Behandlung mit einem Opiatersatzstoff (Substitut) oft hilfreich. Die Substitutionsbehandlung ist eine anerkannte und die mittlerweile am häufigsten durchgeführte Intervention bei Opioidabhängigkeit.

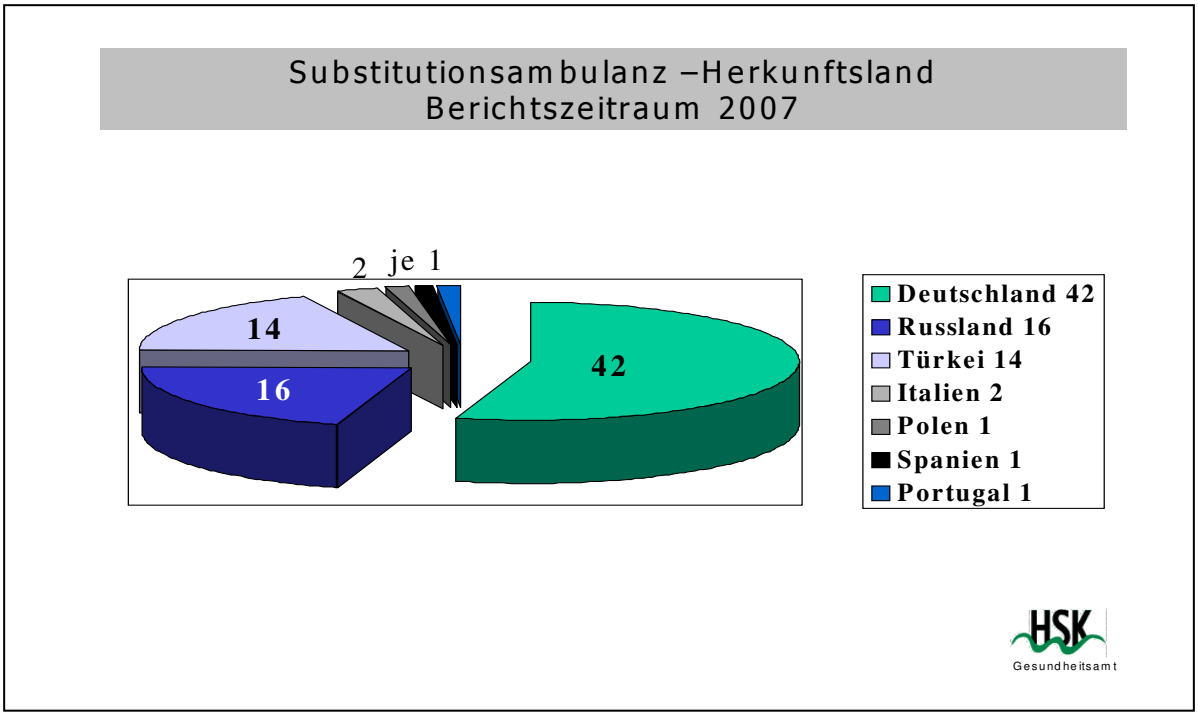
Rechtsgrundlage für die beabsichtigte Methadonsubstitution ist § 4 in Verbindung mit § 14 ÖGDG. Nach den Veröffentlichungen zum ÖGDG handelt es sich bei den in § 14 ÖGDG aufgeführten Aufgaben um pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben. Das bedeutet, dass das Gesundheitsamt nicht entscheiden kann, **ob** es diese Aufgabe wahrnimmt, sondern nur entscheiden kann, **wie** die Aufgabe wahrgenommen wird.

Konzeptionell besteht die Substitutionsambulanz aus einem interdisziplinären Team von Ärzten, ärztlichem Assistenzpersonal und Dipl. Sozialarbeitern. Gesetzliche Grundlage für die Substitutionsbehandlung ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie die BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Diese Gesetze und Richtlinien sehen vor, dass die ärztliche Behandlung in eine psychosoziale Begleitung eingebettet ist. Das heißt, Suchtmedizin und Drogenberatung kooperieren und gewährleisten so die Umsetzung von Therapieplänen in die Wirklichkeit mit dem Ziel der Suchtmittelfreiheit oder, wo diese nicht mehr erreicht werden kann, die größtmögliche gesundheitliche und soziale Stabilisierung Opiatabhängiger.

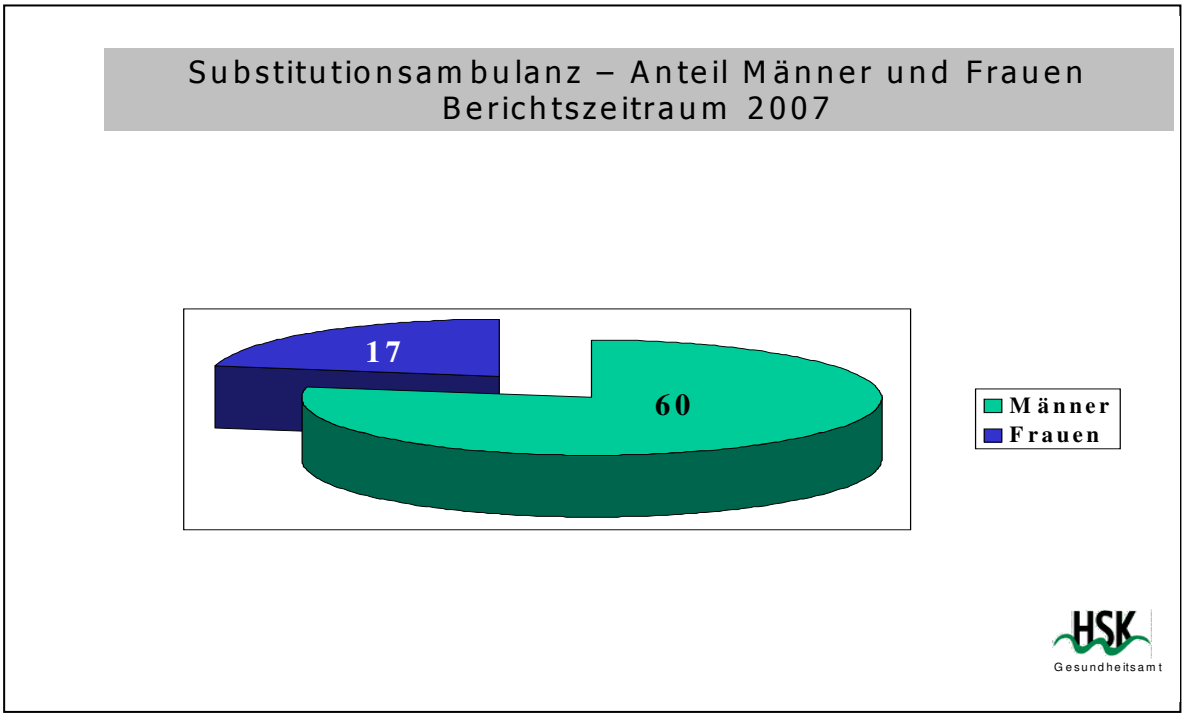
Die Substitutionsambulanz ist insoweit eine notwendige Ergänzung zu dem übrigen Versorgungssystem. Nur durch die enge Verzahnung zwischen psychosozialer Betreuung und medizinischer Behandlung werden auch diejenigen Zielgruppen erreicht, die aufgrund der Schwere der Erkrankung vom herkömmlichen Versorgungssystem nicht erreicht werden. Es geht also darum, schwerstabhängige Menschen durch die Niedrigschwelligkeit der Substitutionsambulanz zu erreichen.

Die Arbeit in der Substitutionsambulanz (z.Z. ca. 50 chronisch und zum Großteil sozial verelendete Abhängige von Heroin) zeigt die große Wichtigkeit der konsequenten Behandlung und Betreuung dieser schwierigen Patientengruppe als Aufgabe des ÖGD.

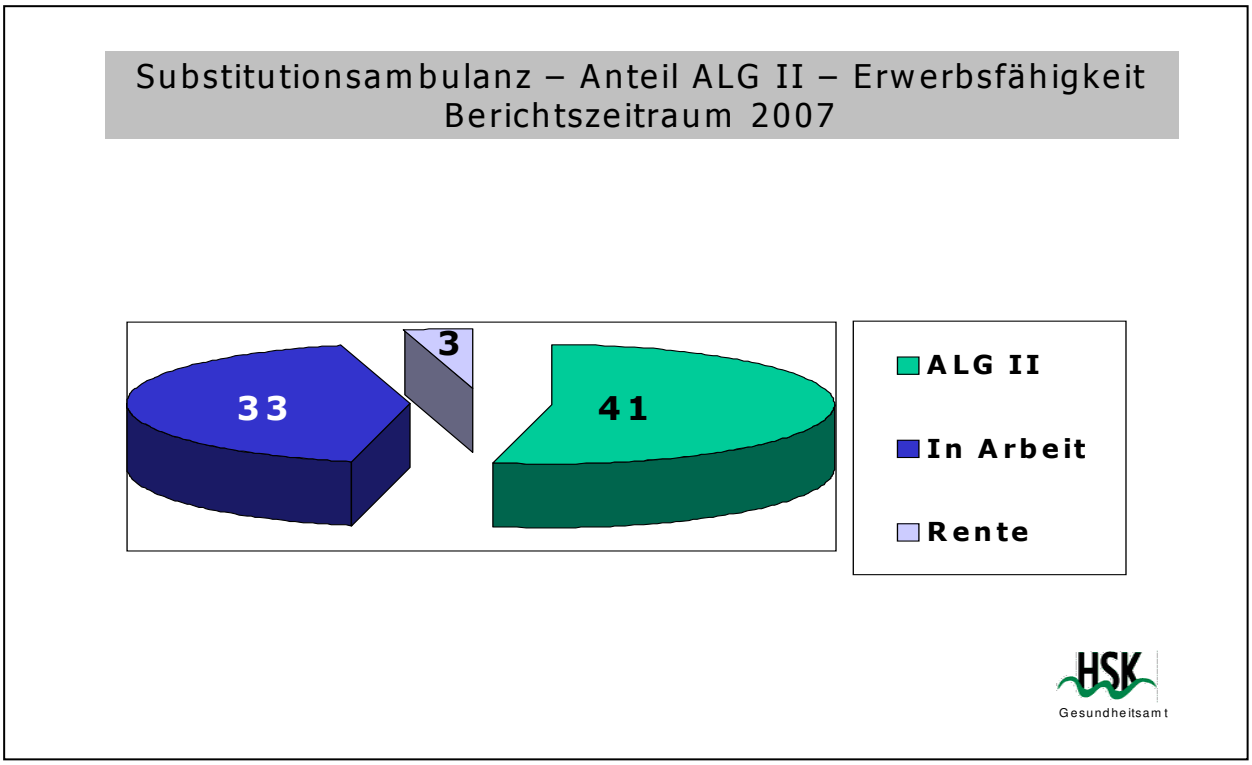
Bei Behandlungsbeginn am 01.01.2007 wurden 25 Patienten substituiert. Im Laufe des Jahres 2007 kam es zu 52 Neuaufnahmen. Insgesamt wurden durch die Substitutionsambulanz im Jahr 2007 68 Patienten substituiert und psychosozial begleitet und 9 Patienten zur externen Substitution vermittelt und durch den Arzt der Ambulanz konsiliarisch begleitet (n=77). Ein Großteil der Patienten war deutscher Herkunft (42/54,5%).



Die nächst größere Gruppe waren Migranten aus der russischen Förderation (16/20,7%), gefolgt von Türken (14/18,1%), 2 Italienern und je einem Patient aus Polen, Spanien und Portugal.



Davon waren 60 männlich (77,9 %) und 17 weiblich (22,1%).



Fast die Hälfte der Patienten lebte von Arbeitslosengeld II. Immerhin 33 Patienten (43 %) erwirtschafteten ihr Einkommen selbst. Ohne Substitution wäre dieser Personenkreis arbeitslos geworden bzw. hätte nicht in Arbeit vermittelt werden können. 3 Patienten bezogen Rente.
40 (51,9 %) Patienten hatten eine oder mehrere stationäre Entwöhnungsbehandlungen mit Erfolg durchlaufen oder abgebrochen, 33 (42,8 %) hatten Hafterfahrung.

Motivation und Vermittlung in eine stationäre Entgiftungsbehandlung, zum Teil als lebenserhaltende Maßnahme, erfolgte bei 20 Patienten. 6 Patienten wurden in eine stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung vermittelt. Therapievermittlungen und Entgiftungsbehandlung erfordern nicht nur die Mitarbeit seitens der Patienten, sondern von der Mitarbeiterschaft der Ambulanz auch ein hohes Maß an inhaltlicher und organisatorischer Arbeit.

Im Berichtszeitraum 2007 beendeten 3 Patienten erfolgreich die Substitution. Disziplinarische Entlassung erfolgte in 8 Fällen, in 3 Fällen kam es zur Beendigung wegen Haftantritt, 2 Patienten beendeten die Substitution wegen Umzug.

Substitutions-Ambulanz
Dienststelle Meschede Kolpingstr. 2
Dr. Joachim Scholz
Nicole Solbach 0291 / 908 6521

Psychosoziale Begleitung
Bernhard Hahnke 0291 – 94 1206
Jürgen Britten 0291 – 94 1217
Anna Katharina Baulmann 02931 – 94 4420

5. Behinderte Behindertenberatung

Bei der Arbeit der Behindertenberatung spielt der demographische Wandel eine immer größere Rolle, da eine immer größere Anzahl kranker und behinderter Menschen immer älter wird und völlig neue Hilfssysteme benötigt. Ein weiterer äußerst zeit- und personalintensiver konfliktträchtiger Arbeitsschwerpunkt ist durch den neuen Aufgabenbereich der Begutachtung bei Anträgen der Kostenübernahme von **Integrationshelfern**/innen seit März 2006 gem. SGB XII zu leisten.

Falldarstellung Behindertenberatung

Der Erstkontakt erfolgt telefonisch durch die Mutter der Klientin.
Sie berichtet über ein ungewöhnliches Krankheitsbild des 7-jährigen Mädchens und verschiedene Verhaltensauffälligkeiten.
Die Diagnose lautet: Enzephalopathie unklarer Ursache mit vermutlich daraus resultierenden Beeinträchtigungen, wie u.a. Temperaturregulationsstörungen und Aggressivität.
Es besteht eine ausgeprägte Belastung der Familiendynamik.

Die Mutter arbeite halbtags als Erzieherin im Kindergarten, der Vater im Schichtdienst; im Haushalt lebt noch der 6-jährige Bruder.

Es erfolgt ein erster Hausbesuch mit ausführlicher Behinderten- und Pflegeberatung.

Zur Durchsetzung rechtlicher und sozialer Ansprüche sind verschiedene Hilfen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst nötig:

- *Antragstellung Schwerbehindertenausweis und Pflegestufe*
- *Anforderung aller vorhandenen ärztlichen Unterlagen und Klärung der weiteren Zuständigkeit nach SGB VIII §35a oder SGB XII §53.*
- *Beratung zur geeigneten Schulform und AOSF*
- *Gutachten Sozialarbeiter zum Antrag auf Integrationshelfer*
- *Klärung der Kostenübernahme von Integrationshelfer und Fahrdienst zwischen Einrichtung und Schule*
- *Angebot von niedrigschwelligen Hilfen durch den Mobilen Sozialen Dienst (Stundenweise Entlastung im häuslichen Bereich durch pädagogische Fachkraft)*
- *Informationsaustausch und Hilfeplanung durch regelmäßig stattfindende Gespräche mit Schule und Eltern*

Nachdem eine Stagnierung in der Entwicklung des Kindes festzustellen ist und somit die ambulanten Maßnahmen nicht mehr ausreichen, erfolgt eine Vermittlung in weiterführende Hilfen (Vollstationäre Unterbringung):

- *Suche nach einer geeigneten Einrichtung und Kontaktaufnahme*
- *Gutachtliche Stellungnahme des Sozialarbeiters zur Notwendigkeit der stationären Aufnahme*
- *Gespräche mit Kostenträger über „Intensivbetreuung“*
- *Aufnahmegespräch in der Einrichtung*

Die Behindertenberatung wird von 4 Mitarbeiter/innen (2 x 0,5 Stellen und 2 x 0,25 Stellen) mit einem Stellenanteil von insgesamt 1,5 durchgeführt. Durch die gleichzeitige Aufgabenwahrnehmung der Mitarbeiter/innen der Behindertenberatung und der Trägerunabhängigen Pflege- und Wohnberatung erfolgte die Weichenstellung zu einem **mehrfach synergetisch agierenden Spezialdienst**, der eine hohe interaktions- und organisationsintensive Dienstleistung in einem Geflecht unterschiedlicher Leistungsanbieter und Erwartungshorizonte erbringt.

Der SpDi, einschließlich der Behindertenberatung des SpDi, ist seit dem 01.07.2003 als festes Mitglied der **Clearingstelle des LWL** bei der Steuerung in das ambulante oder stationäre Hilfesystem der Eingliederungshilfe maßgeblich beteiligt und nimmt dabei auf die dort zu treffenden Entscheidungen direkten fachlichen Einfluss. Im Rahmen des Hilfeplanverfahrens hat der LWL als Überörtlicher Sozialhilfeträger insbesondere zu prüfen, ob ein Bedarf an Hilfe in einer betreuten Wohnform besteht, weiterhin besteht, in veränderter Form besteht und welcher Art der Bedarf ist, welche Wohnform zur Deckung des bestehenden Hilfebedarfes geeignet ist und welche Leistungen in welcher Betreuungsdichte benötigt werden. Die vorbereitende Erhebung von Daten sowie das sich anschließende Hilfeplangespräch sind Bestandteile des Hilfeplanverfahrens. Das Hilfeplangespräch wird als Teamgespräch in der „Clearingstelle“ durchgeführt, die neben dem Vertreter des SpDi mit einem weiteren Mitglied einer stationären und ambulanten Einrichtung der Behindertenhilfe besetzt ist.
Die Clearingsitzung des LWL findet einmal monatlich, in der Regel ganztägig, im Kreishaus des Hochsauerlandkreises statt.

6. Trägerunabhängige Pflege- und Wohnberatung

Die Arbeit orientiert sich gemäß der gesetzlichen Vorgabe zielgerichtet an der Maßgabe **ambulant vor stationär.**

Die Trägerunabhängige Pflegeberatung informiert über die gesamte Bandbreite des Pflegeversicherungsgesetzes und angrenzender Leistungsgesetze, sowie über ambulante und stationäre Angebote der Pflege und / oder über umfassende unterstützende Hilfen im Bereich der Pflege und deren Finanzierung.

Die Arbeit der Trägerunabhängigen Pflegeberatung des Gesundheitsamtes des Hochsauerlandkreises umfasst die Beratung

- Pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen und deren
- Angehörige und Bezugspersonen.

Die Pflegeberatung umfasst u.a. Information und Unterstützung in Bezug auf:

- häusliche (ambulante) Pflegemöglichkeiten teilw. in Form von Case-Management

- teilstationäre und stationäre Hilfen (Tagespflege, Pflegeheime)
- Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege
- Hilfen für pflegende Angehörige
- Hauswirtschaftliche Hilfen und „Essen auf Rädern“
- Finanzierungsfragen
- Hilfestellung bei der Antragstellung und Verfahrensfragen
- Verknüpfung mit ergänzenden Leistungsgesetzen SGB XII
- Hilfen für Behinderte

Die Trägerunabhängige Wohnberatung des Gesundheitsamtes des Hochsauerlandkreises umfasst die Beratung

- Älterer, kranker und behinderter Menschen.

Betrachtet man das bereits seit Jahren bestehende Aufgabenprofil der Pflegeberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des HSK, so ist eine Deckungsgleichheit mit den Vorstellungen der zukünftigen Pflegestützpunkte nach § 7a und § 92 ff. SGB XII festzustellen bzw. wird diese bereits seit 1998 von der Bevölkerung mit hoher Beratungsfrequenz im Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreis wahrgenommen.
Die **Pflegeberatung** des Hochsauerlandkreises in Verbindung mit der seit vielen Jahren angegliederten Behindertenberatung verfügt somit schon heute über eine **langjährige Erfahrung** und über eine **optimale Ausgangsposition zur Realisierung der zukünftigen Pflegestützpunkte** im Land NRW bezogen auf den Hochsauerlandkreis.

Die Wohnberatung umfasst u.a. Information und Unterstützung in Bezug auf:

- Beseitigung von Ausstattungsmängeln, Barrieren und Gefahrenquellen
- Optimierung und Reorganisation der Wohnung
- Bauliche Maßnahmen und technische Hilfen
- Finanzielle Förderungsmöglichkeiten

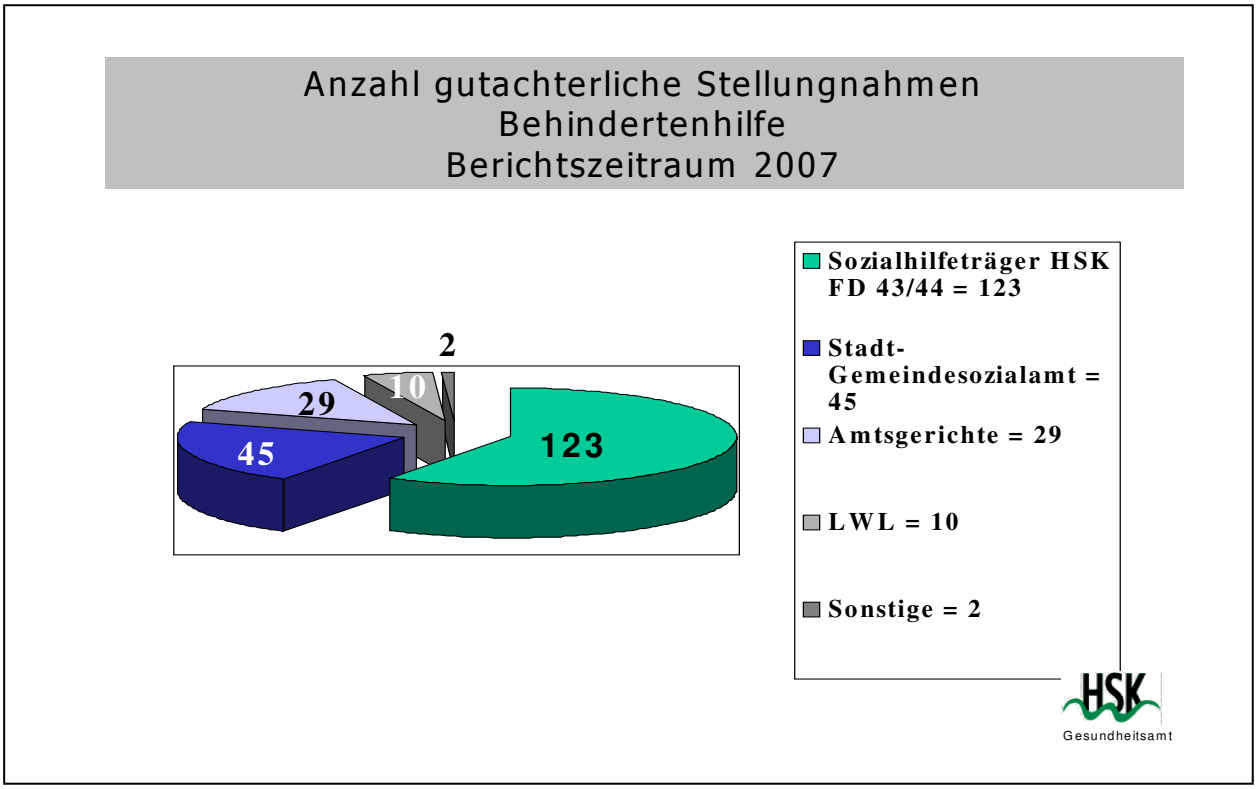
Neben einer individuellen Beratung erhalten Rat- und Hilfesuchende auch Begleitung und Unterstützung im Rahmen einer Einzelfallhilfe in Form von Case Management.

Im Weiteren berät die Trägerunabhängige Pflege- und Wohnberatung Einrichtungen und Institutionen, die sich in diesem Bereich engagieren.

Die Pflege- und Wohnberatung zielt in erster Linie auf die Sicherstellung bzw. Wiederherstellung eines möglichst selbstbestimmten Lebens bei allen Formen von Krankheit und Behinderung unabhängig vom Lebensalter im vertrautem häuslichen Umfeld ab.

Die Betroffenen werden über gesundheitsrelevante psycho-soziale und **trägerunabhängig** über alle vorhandenen ambulanten komplementären teilstationären und vollstationären Angebote informiert.

Die Beratungsarbeit vollzieht sich in Form multiprofessionell geprägter Prozesse und bietet unterschiedliche Hilfsmöglichkeiten durch Beratung, Kooperation und Koordination unterschiedlichster Hilfsangebote und Träger.



Die insgesamt 209 gutachterlichen Stellungnahmen der Behindertenberatung und Trägerunabhängigen Pflege- und Wohnberatung aus dem Jahre 2007 sind Stellungnahmen zur Begutachtung bei Anträgen zur Kostenübernahme von Integrationshelfern (47), Anträge auf Weiterführung des Haushaltes (36), Stellungnahmen zu Betreuungen gem. BtG für die Amtsgerichte (29) sowie Stellungnahmen zu Anträgen auf Hilfe zur Pflege (16) und zur Heimnotwendigkeit (12) - (weitere siehe Anhang).

Behindertenberatung / Trägerunabhängige Pflege und Wohnberatung

Dienststelle Meschede	
Ingrid Knappe	0291 – 94 1111
Dienststelle Arnsberg	
Hartmut Humpert	02931 – 94 4000
Dienststelle Brilon	
Birgitta Serafin	02961 – 94 3122
Annegret Schreckenberg	02961 – 94 3333

7. Schwangerschaftskonfliktberatung

Bereits seit dem Jahre 1976 bietet das Gesundheitsamt Schwangerschaftskonfliktberatung und Schwangerenberatung an. Die Beratung ist eingebunden in das Sachgebiet des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die Beratungsstelle erstellt jährlich einen ausführlichen Bericht über die geleistete Arbeit, so auch für das Jahr 2007. Dieser Bericht kann angefordert werden beim Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises, Frau Gerlinde Ossenbrink, Steinstraße 27, 59872 Meschede oder unter der Telefonnummer: 0291-941209 oder 0291-944217.

Schwangerschaftskonfliktberatung
Dienststelle Meschede
Gerlinde Ossenbrink 0291 -94 1209

8. Koordination

Die **Planung, Steuerung und Koordinierung** der gemeindepsychiatrischen und suchtspezifischen Versorgungsangebote sowie der Angebote im Bereich der Behindertenhilfe sind notwendiger Bestandteil des SpDi und im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 23 ÖGDG) festgeschrieben. Die wahrzunehmenden Aufgaben sind hier im Wesentlichen die

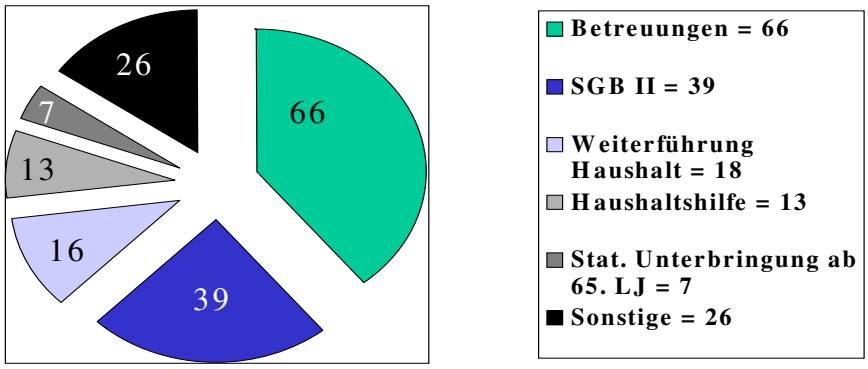
- Koordination von Grundsatzfragen im Bereich der gemeindenahen Versorgung von Menschen mit Behinderungen
- Analyse und Bewertung vorhandener Leistungsangebote
- Aufbau neuer und Veränderung vorhandener psychiatrischer-, sucht und behindertenspezifischer Angebote in enger Abstimmung mit den Einrichtungsträgern
- Mitwirkung bei der Vernetzung der lokalen Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote
- Verbesserung der Kooperation aller mit Psychiatrie, Sucht und behindertenspezifischen Angeboten befassten Einrichtungen
- Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

Psychiatrie-Sucht-Behindertenkoordination
Geschäftsstelle Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft HSK
Dienststelle Meschede
Karl Josef Fischer 0291 - 94 1469

10. Anhang

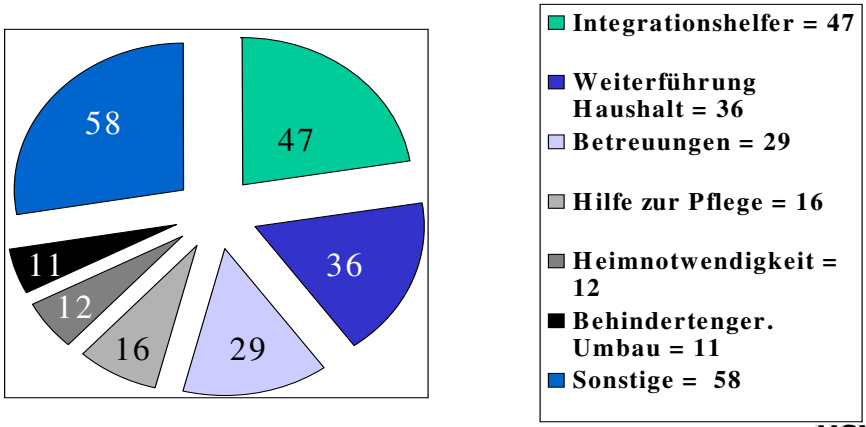
Statistik Sozialpsychiatrischer Dienst:
Gutachten 2007:

Gutachten **Sozialpsychiatrische Hilfen** (Gesamt 169)
Berichtszeitraum 2007



Gesundheitsamt

Gutachten **Behindertenberatung** (Gesamt 209)
Berichtszeitraum 2007



Gesundheitsamt