

Gesundheitsbericht

2003



Psychiatrieplanung ohne Ende
oder
das Ende der Enthospitalisierung



Kreis
Gütersloh

Impressum

Herausgeber: Kreis Gütersloh - Der Landrat - Abteilung Gesundheit
Psychiatriekoordinatorin
Barbara Oestersötebier
Herzebrocker Str. 140
33324 Gütersloh
Telefon: 05241 / 851659
Telefax: 05241 / 851717
email: Barbara.Oestersoetebier@gt-net.de

Titelbild: Andreas Karst

Druck: MediaCopy, 33330 Gütersloh

2. Auflage
Gütersloh, August 2003

Vorwort

Ich freue mich, mit dem hier Ihnen nun vorliegenden Psychiatriebericht die erst junge Tradition der Gesundheitsberichterstattung im Kreis Gütersloh fortsetzen zu können. Er verbindet die Bilanz der psychiatrischen Versorgungsstruktur mit dem Wunsch nach Solidarität der Gesunden gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die meisten psychisch erkrankten Menschen neigen dazu, ihr Leiden zu verbergen und sich zurückzuziehen. In den Betrieben, den Supermärkten, den Straßen und bei den geselligen Anlässen sind sie massiv unterrepräsentiert. Der Zustand chronisch Depressiver und Angstkranker wird oft nur ihren Angehörigen und übrigen nachstehenden Bezugspersonen sichtbar.

Verschweigen, Verbergen und Vergessen sind die drei Hauptursachen für die Unterschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen.

Dieser Psychiatriebericht hat u.a. das Ziel zu verhindern, dass aufgrund des fehlenden Kontaktes mit psychisch kranken Menschen gesunde Mitbürgerinnen und Mitbürger ein wirklichkeitsfremdes, um Vielgestaltigkeit armes, illusionäres Menschenbild entwickeln.

Daher sollen auf der Grundlage dieses und der nachfolgenden Gesundheitsberichte die gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung des Kreises Gütersloh aktiv aufgegriffen, konzeptionelle Lösungen entwickelt und möglichst auch umgesetzt werden.

Ich wünsche mir, dass dieser Bericht nicht nur für die Fachleute und Politiker von Interesse ist, sondern auch einen Beitrag zur Akzeptanz und Integration unserer psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger hier im Kreis Gütersloh leistet.



Sven-Georg Adenauer
Landrat

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

- 1.1 Schwerpunkte und Ziele des Psychiatrieberichtes
- 1.2 Psychiatrische Erkrankungen und Versorgungsleitlinien
 - 1.2.1 Psychiatrische Erkrankungen - Klassifikation
 - 1.2.2 Psychiatrische Erkrankungen - Auswirkungen
 - 1.2.3 Enthospitalisierung - Begriffsklärung
 - 1.2.4 Versorgungsleitlinien
 - 1.2.5 Verbindlichkeit der Leitlinien

2. Rahmenbedingungen

- 2.1 Situation im Kreis Gütersloh
 - 2.1.1 Gestaltungskompetenzen in Grundsatzangelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh
- 2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen
 - 2.2.1 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
 - 2.2.2 PsychKG und kommunale Entscheidungskompetenz
 - 2.2.3 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
 - 2.2.4 Weitere Gesetze
 - 2.2.4.1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)
 - 2.2.4.1.1 Soziotherapie nach SGB V
 - 2.2.4.2 Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch (SGB IX)
 - 2.2.4.3 Sozialgesetzbuch -Elftes Buch (SGB XI)
 - 2.2.4.4 Kinder- und Jugendhilfegesetz (§ 35a KJHG)
 - 2.2.4.5 Grundsicherungsgesetz (GSiG)
- 2.3 Basisdaten zur Versorgungsregion
 - 2.3.1 Bevölkerungsstruktur Kreis Gütersloh
 - 2.3.2 Einrichtungen des Gesundheitswesens im Kreisgebiet
 - 2.3.3 Psychiatrische Versorgungsregion
 - 2.3.3.1 Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung
 - 2.3.3.2 Datengrundlage im Kreis Gütersloh
- 2.4 Häufigkeit psychischer Erkrankungen

3. Versorgung psychisch Kranker

- 3.1 Psychiatrisch-medizinische Versorgungsstrukturen
 - 3.1.1 Stationäre Versorgung
 - 3.1.2 Teilstationäre Versorgung und medizinische Rehabilitation
 - 3.1.3 Ambulante Versorgungsangebote
 - 3.1.3.1 Institutsambulanz
 - 3.1.3.2 Psychiatrische Behandlungspflege

- 3.2 Versorgung im Kreis Gütersloh aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten
- 3.3 Krisen- und Notfallversorgung
 - 3.3.1 Sozialpsychiatrischer Dienst
 - 3.3.2 Unterbringung nach PsychKG und Betreuungsrecht
 - 3.3.3 Weitere Dienste und Einrichtungen
 - 3.3.3.1 Krisendienst im Kreis Gütersloh e.V.
 - 3.3.3.2 Telefonseelsorge
 - 3.3.3.3 Notfallbegleitung
- 3.4 Berufliche Rehabilitation und Arbeit
 - 3.4.1 Ausgangslage
 - 3.4.2 Begleitende Hilfe im Arbeitsleben
 - 3.4.3 Zuverdienst und beschützte Arbeitsplätze
 - 3.4.4 Erster Arbeitsmarkt und "Sozial-Oscar"
- 3.5 Soziale Rehabilitation
 - 3.5.1 Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)
 - 3.5.2 Tagesstrukturierende Angebote
 - 3.5.2.1 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion
 - 3.5.2.2 Betreute Wohnformen
- 3.6 Weitere Beratungs- und Hilfesysteme
 - 3.6.1 Beschwerdestellen
 - 3.6.2 Selbsthilfegruppen im psychiatrischen Bereich
 - 3.6.3. Beratungsstelle für ausländische Mitbürger
- 3.7 Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 3.7.1 Psychiatrisch-medizinische Versorgung
 - 3.7.2 Tagesklinik in Rheda-Wiedenbrück
- 3.8 Altenhilfe und Gerontopsychiatrie
 - 3.8.1 Erkrankungen des Alters
 - 3.8.2 Abgrenzung Gerontopsychiatrie
 - 3.8.3 Stationäre Versorgung
 - 3.8.4 Frühinterventionen
- 3.9 Suchtproblematik
 - 3.9.1 Verknüpfung Suchterkrankung und psychiatrische Erkrankungen
 - 3.9.2 Psychosoziale Begleitung Methadon-Substituierter
 - 3.9.3 Steuerungsgremium für die Versorgung suchtkranker Menschen im Kreis Gütersloh
- 3.10 Steuerung, Kooperation und Vernetzung
 - 3.10.1 Einzelfallebene
 - 3.10.2 Vernetzungsgremien

4. Maßnahmen, Umsetzungsvorschläge, Verantwortlichkeiten Finanzierung

5. Service / Anlagen

6. Literatur

1. Einleitung

„Hinsichtlich des geographischen Versorgungsgebietes ist die Lage eine günstige, da die Anstalt einen evangelischen Charakter erhalten soll und wesentlich für den Regierungsbezirk Minden in seinem nordöstlichen Teilen bestimmt ist. Gütersloh ist Haltestelle für fast alle Schnellzüge an der Köln – Mindener Strecke, von welcher Hauptverkehrsader die das Minden – Ravensberg'sche Land aufschließenden Nebenbahnen abzweigen. Die Anstalt würde von der Stadt Gütersloh etwa 1 ¼km, vom Bahnhofe 2 ¼km entfernt liegen und sich in ruhiger ländlicher Umgebung befinden.

Die wirtschaftliche Versorgung der Anstalt und ihrer Insassen nebst Beamten ist daher eine bequeme und für die Familien der Letzteren bietet die Stadt Gütersloh mit Gymnasium, Seminar u. s. w. große Vorteile“.

(aus dem „Technischen Gutachten“ des Landesbaurates Zimmermann, 11.12.1904)

Der Geheime Medizinalrat Dr. Gerlach, Direktor der Provinzialheilanstalt Münster schrieb in seinem ärztlichem Gutachten (22.November 1904) u.a.:

„Die sanitären Verhältnisse daselbst sind nach den von mir eingezogenen Erkundigungen stets günstige gewesen. Typhus ist dort nie vorgekommen.“

Und weiter:

„Auch die Einführung einer familiären Verpflegung von Kranken in einzelnen Gehöften oder in den nicht zu fern liegenden Ortschaften wird bei dem gutmütigen Charakter der dortigen Bevölkerung später in Anschluß an die Anstalt in Aussicht genommen werden können.“

Diese Gutachten überzeugten die Abgeordneten des Westfälischen Provinziallandtages und so wurde in Gütersloh im Jahre 1905 zunächst ein Gelände von 508 Morgen zum Preis von 406 582,14 Mark erworben, um die 6. Provinzialheilanstalt zu errichten. Der Weg bis zur Belegung der Anstalt war danach recht lang; im Februar 1919 schrieb der Direktor Dr. Simon an den Landeshauptmann:

„Was soll mit der Anstalt geschehen?

Sie in dem unfertigen Zustand einfach stehen zu lassen, geht nicht an. Bei dem völligen Fehlen jeder Empfindung, das in weiten Bevölkerungskreisen herrscht für fremdes und besonders öffentliches Eigentum würden wir bald nur noch wertlose Ruinen stehen haben.....“

Wie wir wissen, wurde Gütersloh am 15.November 1919 doch wie geplant belegt, mit den *„gesamten evangelischen Kranken des Bezirks Minden und den an der Strecke Dortmund – Bielefeld gelegenen Kreise des Bezirks Arnberg“* (Dr. Hermann Simon). Die Anstalt wuchs im Laufe der Jahre auf über 1.600 Betten um schließlich im Zuge der Psychiatrie - Enquete von 1975 ihren Langzeitbereich (Stichwort: Enthospitalisierung) wieder zu verkleinern; am 31.12.1996 wurde der Langzeitbereich der Westfälischen Klinik vollständig geschlossen.

Mit dem Aufbau psychiatrischer Einrichtungen seit Mitte des 19. Jahrhunderts wurde das Ziel verfolgt, Menschen mit psychischen Erkrankungen einen eigenen Lebensraum zu schaffen, in dem sie mit ihrer psychischen Behinderung, mit ihrer Andersartigkeit leben konnten.

Dieser im Ursprung humane Ansatz führte allerdings als Folge der Überbelegung der Einrichtungen zur Ausgrenzung psychisch Kranker aus dem allgemeinen Leben, er förderte die Hospitalisierung und damit auch die indirekte Entmündigung dieser Menschen. Daher läßt sich das wesentliche Ziel der Psychiatriereform als Streben nach Normalität bezeichnen, denn gemeindenähe Psychiatrie bedeutet eine klare Abkehr von der Schaffung künstlicher Lebenswelten.

Die Entwicklung von psychiatrischen Strukturen, der Behandlungs -, Beratungs- und Unterstützungsangebote ist nicht ausschließlich vom sozialen oder soziokulturellen Wandel der Gesellschaft abhängig, sondern auch von wirtschafts- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen.

Es ist bekannt, dass

- psychische Störungen eine Bürde darstellen, die unterschätzt, nicht ausreichend erkannt und nicht genügend behandelt wird -als Folge von Stigma, Tabu und Unwissenheit,
- psychische Störungen eine schwere aber oft vermeidbare Belastung ausmachen, die jeden treffen, der aber vorgebeugt werden und die man behandeln kann,
- die Behandlung psychischer Störungen heute in der Gesellschaft integriert geschehen kann und geschehen muss.

In der 4. Sitzung des Gesundheitsausschusses des Kreises Gütersloh am 07.06.2000 wurde die psychiatrische Versorgungslandschaft des Kreises Gütersloh erläutert.

Eine Fortschreibung des Psychiatrieberichtes über die bestehenden Versorgungsangebote im Kreis Gütersloh wurde -unter Einbeziehung der medizinischen Grundversorgung- von der Politik in Auftrag gegeben.

Die Ziele dieses Psychiatrieberichtes sind daher

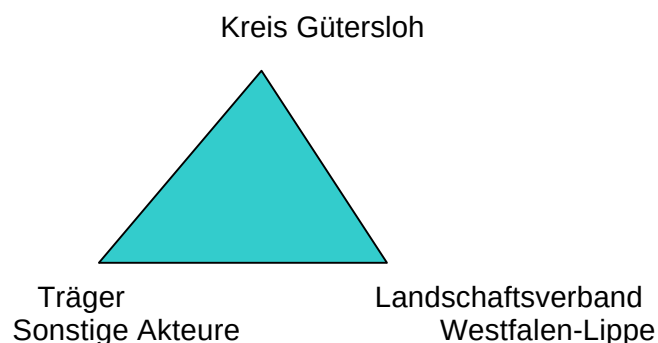
- eine möglichst breite Sensibilisierung für die Aktualität von sozial -psychiatrischen Versorgungsproblemen zu schaffen,
- die vielen unterschiedlichen Facetten der gemeindenahen Psychiatrie vorzustellen,
- sowie die Grenzen der Enthospitalisierung darzustellen.
- Darüber hinaus soll eine fortentwickelte Gesundheitsberichterstattung -hier in der Form des Psychiatrieberichtes für den Kreis Gütersloh- Politik und Verwaltung beraten und den sozialpolitischen Diskurs anregen und unterstützen.

1.1 Schwerpunkte und Ziele des Psychiatrieberichtes

Der Psychiatriebericht ist gleichzeitig ein Gesundheitsbericht nach § 21 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NW). Gesundheitsberichte sollen „eine gesundheitliche Gesamtschau leisten und Entscheidungsgrundlagen für eine rationale Gesundheitspolitik bereitstellen“. (KGSt 1998, S.61)

Die *Psychiatrieplanung* ist sowohl soziale als auch gesundheitliche Infrastrukturplanung. Wie jede andere Form der Planung müssen die einzelnen Schritte von Bestandsaufnahme über Bestandsanalyse, Zielbestimmung, Bedarfsplanung, Maßnahmenprogramm, Beschluss des Maßnahmenprogramms und Umsetzung bis zur Evaluation bzw. zum Controlling führen. Wenn Psychiatrieplanung im Kreis Gütersloh gute Ergebnisse nachweisen soll, muss sie beständig im Rahmen dieses „Beziehungsdreiecks“ durchgeführt werden:

Es beinhaltet den



- Kreis Gütersloh (Fachbereiche 2 und 3) als Planungsverantwortliche
- die Träger der Dienste und Einrichtungen sowie sonstige Akteure als Leistungserbringer
- den Landschaftsverband Westfalen – Lippe als überörtlichen Sozialhilfeträger.

In der Einleitung wurde der Beginn der Gütersloher Psychiatrielandschaft skizziert. Da ein Zusammenhang zwischen Psychiatrieplanung und Gesundheitsberichterstattung besteht, bezieht der Bericht empirische Daten und methodische Fragen ein. Ebenfalls werden der bisherige Planungsprozess erläutert und die daran Beteiligten vorgestellt.

Im Abschnitt „Rahmenbedingungen“ wird die bisherige Situation im Kreis Gütersloh und der rechtliche Rahmen, in dem Psychiatrieversorgung stattfindet, beschrieben. Hier wird dargestellt, wer in der psychiatrischen Versorgung für einzelne Bereiche zuständig ist. Es folgen die Basisdaten des Kreises Gütersloh sowie die Darstellung der Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Einschätzung des Versorgungsgrades im ambulanten medizinischen Behandlungsbereich.

Der dritte Abschnitt beschreibt die Strukturen und Leistungen der psychiatrischen Versorgung einschließlich der Altenhilfe inklusive Gerontopsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Breiten Raum nimmt die Abfrage über die psychiatrische Versorgung ein, die von der Psychiatriekoordinatorin bei den niedergelassenen Ärzten im Kreis Gütersloh in den Monaten März bis Juni 2002 durchgeführt wurde.

Der Suchtbereich wird auf die Darstellung der Problematik im Segment illegale Drogen eingegrenzt, da die Abteilung Gesundheit bereits im Jahr 2001 der Politik einen Gesundheitsbericht zum Thema „Sucht und Krisenbewältigung im Kreis Gütersloh“ vorgelegt hat.

Besonderes Augenmerk gilt schließlich den Koordinations- und Steuerungsfragen sowohl auf der Ebene der sozialen Infrastruktur (Gemeindepsychiatrischer Verbund) als auch auf der Einzelfallebene (Planung der Einzelhilfe).

Die Ergebnisse des Psychiatrieberichtes wurden durch empirische Methoden hergeleitet: Zum einen durch offene Interviews mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Leistungsträgern und eine schriftliche Befragung der niedergelassenen Ärzte im Kreis Gütersloh (Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen, Psychiater, Ärztliche Psychotherapeuten, Kinderärzte), zum anderen auf einer umfassenden Auswertung der Daten vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung und der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Fachliteratur.

1.2 Psychiatrische Erkrankungen und Versorgungsleitlinien

1.2.1 Psychiatrische Erkrankungen – Klassifikation

Psychiatrische Erkrankungen werden derzeit nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer 10. Revision dokumentiert (ICD 10). Psychische - und Verhaltensstörungen finden sich dort im V. Kapitel unter den Ziffern F00 – F99. Im Einzelnen führt man dort auf:

F00 – F09	Organische, einschließlich symptomatische psychische, Störungen
F10 – F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20 – F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30 - F39	Affektive Störungen
F40 – F49	Neurotische, Belastungs – und somatoforme Störungen
F50 – F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60 – F69	Persönlichkeits – und Verhaltensstörungen
F70 – F79	Intelligenzminderung
F80 – F89	Entwicklungsstörungen
F90 – F98	Verhaltens – und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

1.2.2 Psychiatrische Erkrankungen – Auswirkungen

Psychische Erkrankungen führen bei den Betroffenen zu besonderen Eigenheiten, die für den Krankheitsverlauf und die sozialen Beziehungen von Belang sind. Diesen Besonderheiten muss bei der Versorgung Rechnung getragen werden:

- Anfälligkeit für Veränderungen und Belastungen in der unmittelbaren Umgebung psychisch Kranker. Deren besondere Sensibilität der Wahrnehmung führt zu großer Verletzlichkeit (Vulnerabilität);
- Schwierigkeit, Kontakte zu anderen Menschen aufzunehmen und diese zu halten. Die Konsequenz daraus: diese Menschen leben isoliert und zurückgezogenen;
- gestörte soziale Beziehungen als Folge der Kontaktstörungen (betroffen sind sowohl familiäre Beziehungen als auch weitere Lebens - bzw. soziale Bereiche);
- Verlust der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen (persönliche Pflege, Finanzen, Ernährung, Gesundheit, Pflege des Haushalts etc.);
- Einschränkung und Verlust der Erwerbsfähigkeit, bzw. Verlust des Arbeitsplatzes;
- Verlust oder Einschränkung der Fähigkeit, angemessene Hilfe zu suchen.

1.2.3 Enthospitalisierung - Begriffsklärung

Der Begriff bezieht sich auf die Wiederherstellung normaler Lebensumstände für Menschen mit Behinderungen nach langdauerndem Aufenthalt in psychiatrischen Krankenhäusern. Die Kritik an den dortigen Verwahrzuständen richtete sich vor allem gegen gesellschaftliche Isolation, umfassende Fremdbestimmung, das fehlende Angebot einer entsprechenden Therapie, sinnentleerte Tagesabläufe, räumliche Enge, medikamentöse Ruhigstellung und objektivierenden Umgang.

Aufgrund einer langwährenden Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern vollzieht sich bei den psychisch kranken Menschen über die Senkung der Erwartungen bzw. Ansprüche ein Anpassungsmechanismus, der eine Beschränkung auf die Rolle des psychisch kranken Patienten ermöglicht. Andere Rollen werden mehr und mehr abgelegt und die damit zusammenhängenden Erwartungen und Ansprüche nicht mehr aktualisiert. Mit der „totalen Institution“ - psychiatrisches Krankenhaus - erfolgt damit eine relative Übereinstimmung von Lebensbedingungen und Erwartungen bzw. Ansprüchen. Lange Hospitalisierung führt aufgrund des geringen Bedürfnisbefriedigungsniveaus zur Adaption.

Im Zuge der Enthospitalisierung tritt eine erste gravierende Veränderung der Lebenssituation aufgrund der Veränderung des Wohnumfeldes ein. Andere Bereiche, wie z.B. Freunde, Freizeit, Arbeit entwickeln sich im Kontext des Wohnungswechsels und der verstärkten Teilhabe am öffentlichen Leben und der zunehmenden Außenkontakte.

Was ist nun „Enthospitalisierung“?

In der Literatur wird der Begriff oft gänzlich vermieden und stattdessen wird z.B. (Minkoff 1987) von der *Ent- oder De- Institutionalisierung* gesprochen. Mit dem Begriff werden Bestrebungen zusammengefasst, die traditionellen psychiatrischen Großkliniken zugunsten kleinerer Behandlungseinheiten umzuwandeln. Dagegen legen Krüger et al. den Begriff patientenbezogen aus und fassen darunter „alle Veränderungen in Richtung stärkerer Aktivierung und großer Selbständigkeit bei den Betroffenen (1993, S.63).

Damit könnte begrifflich auch „Rehabilitation“ gemeint sein: „ganz pragmatisch die möglichst weitgehende soziale Wiedereingliederung und Verselbständigung von schwer psychiatrisch Behinderten“ (Ciompi, 1989, S.27) Das US National Institute of Mental Health definiert allerdings die Rehabilitation stärker individuenbezogen als „ein Spektrum von Programmen für Personen mit langandauernden und schweren psychiatrischen Behinderungen, das zum Ziel hat, den Betroffenen zu helfen, ihre Lebensqualität zu verbessern, Verantwortung für das

eigene Leben zu übernehmen und ein möglichst aktives und selbständiges Leben in der Gesellschaft zu führen“(Zitiert nach Anthony, Libermann 1986).

Im öffentlichen Raum, insbesondere in der Politik, hat dagegen der Begriff „*Reintegration*“ weite Verbreitung gefunden. Damit ist die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in soziale Netzwerke gemeint. Einbezogen werden hier alle Lebensbereiche, also die physische, funktionelle und soziale Ebene. Da der Begriff der Reintegration im Alltagssprachlichen Gebrauch sehr umfassend und wissenschaftlich unscharf ist, sollte man auf ihn verzichten.

Bekannt ist auch der häufig genutzte Begriff der „*Normalisierung*“. Allerdings ist hier anzumerken, dass eine Normalisierung der Lebensvollzüge der psychischen oder geistig beeinträchtigten Menschen zwar erstrebenswert ist, jedoch aufgrund der besonderen Situation und Unterstützungsbedürftigkeit dieser Menschen eine vollständige Angleichung der Lebensweisen nicht möglich ist. Neben der anzustrebenden Normalisierung als Gleichheit von Lebensstilen muss es hier auch um die Anerkennung der Gleichwertigkeit unterschiedlicher Lebensformen gehen.

Im Streit um Begrifflichkeiten gibt es eine Vielzahl von Definitionsvorschlägen -herangezogen werden muss allerdings jene Definition, die eine Umsetzung in messbare Schritte zulässt.

Ziel jedes Enthospitalisierungsprogramms ist die Entlassung der Patienten aus dem Patientenstatus. Die Veränderung ist langwierig und bedarf etlicher Zwischenschritte. Aus dieser Einsicht wurde auch im Kreis Gütersloh nicht nur eine Politik der Entlassung betrieben, sondern das Konzept der ambulanten Betreuung psychisch kranker Menschen in kleinen dezentralen Einheiten aufgebaut und umgesetzt.

Von Enthospitalisierung kann allerdings nicht gesprochen werden, wenn mit dem Umzug in den ambulanten Bereich eine Abnahme des geforderten Selbständigkeitsniveaus verbunden ist, die Entlassung ohne Nachbetreuung vorgenommen oder wenn die stationäre psychiatrische Betreuung in einem Langzeitbereich fortgesetzt wird.

Enthospitalisierung ist dynamisch aufzufassen und bedeutet somit:

- Keine Entlassungen ohne Nachsorge
- Kein Umetikettieren von Krankenhausbereichen als Heime
- Keine Verschiebungen in traditionell geführte Heime mit allgemeiner Vollversorgung.

Zusammenfassend kann Enthospitalisierung charakterisiert werden als die über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgende begleitende Betreuung eines chronisch psychisch kranken Menschen, die in Abhängigkeit von seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen gezielt Unterstützung bietet und Freiräume gestattet mit dem Ziel, das Potential an individueller Lebensgestaltung zu reaktivieren sowie die soziale und alltagspraktische Kompetenz zu fördern.(Ingelneuf, 1997, S.9).

1.2.4 Versorgungsleitlinien

Die Festlegung dessen, was bedarfsgerechte Angebote seien, orientiert sich an normativen Leitlinien, die bereits 1975 von der Expertenkommission der Bundesregierung in der sogenannten „Psychiatrie-Enquete“ aufgestellt wurden:

- Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
- Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Die „Aktion psychisch Kranke“ hat in den „Personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“ (Bonn 1993) die allgemeinen Prinzipien ausdifferenziert und *folgende Leitlinien* genannt:

- Lebensweltbezug
- Personenzentriertes, funktional orientiertes Vorgehen
- Wahrung der Individualität der Person
- Schutz des selbst gewählten Lebensortes
- Unterstützung von normalen Beziehungen und Rollen
- Sicherstellung von Arbeit und sinnvoller Beschäftigung
- Materielle Grundausstattung in persönlicher Verfügung
- Befähigung der PatientInnen sowie ihrer Bezugspersonen zur Bewältigung ihrer Erkrankung
- Selbsthilfeorientierung.

1.2.5 Verbindlichkeit der Versorgungsleitlinien

Die praktische Ausführung der Versorgungsleitlinien wurde im Jahr 2002 von der Landesregierung in einer „Allgemeinen Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung“ in NRW-Kommunen erfasst. Die Daten für den Kreis Gütersloh sind bereits in diesem Bericht eingearbeitet.

2. Rahmenbedingungen

2.1 Situation im Kreis Gütersloh

Die Kommune besitzt Handlungsmöglichkeiten vor allem in der aktiven Koordinierung der psychiatrischen Versorgungsangebote. Diese können durch andere kommunale Aktivitäten, z.B. als Träger von Einrichtungen oder als Finanzier von Leistungen (örtlicher Sozialhilfeträger und Zuwendungsgeber) gestärkt oder auch behindert werden -wenn sich z.B. finanzielle Engpässe in der Kommune auf Informations-, Abstimmungs – und Entscheidungsprozesse auswirken.

Im Kreis Gütersloh sind bisher fast alle ambulanten Dienste und Einrichtungen auf vielfältige Art und Weise und teilweise unkonventionell, d.h. *ungesteuert* (damit wird die Entstehung, außerhalb einer kommunalen Psychiatrie- bzw. Sozialplanung und ohne jegliche Unterstützung bzw. Handlungsempfehlung eines kompetenten Psychiatriebeirates bezeichnet) aufgebaut worden.

Am Anfang der Geschichte der ambulanten psychiatrischen Betreuung standen in den Jahren 1981 und 1983 die ersten aus der stationären Behandlung entlassenen Langzeitpatienten der Westfälischen Klinik Gütersloh.

Diese psychisch Kranken wurden zunächst stundenweise von Mitarbeitern der Klinik im Rahmen der sogenannten „Psychiatrischen Pflege“ in ihren Wohnungen betreut. Die Vergütung für die Betreuung erfolgte auf Honorarbasis.

Mit Zunahme der Entlassung von Langzeitpatienten aus der Klinik etablierten sich Vereine, wie z.B. der Wegbereiter „Förderkreis Wohnen-Arbeit-Freizeit“ e.V., Gütersloh. Dieser Verein initiierte zunächst ein Wohnbüro und dann weitere Einrichtungen für ambulant betreute psy-

chisch Kranke, u.a. das Industriecafé, Zuverdienstarbeitsplätze, das „Schnäppchen“ und zwei Tagesstätten.

Die quantitative Ausweitung im Bereich des Betreuten Wohnens führte 1991/1992 auf Initiative der jetzigen Psychiatriekoordinatorin zu den ersten zwei Verträgen zwischen dem Kreis Gütersloh und den Vereinen „Förderkreis Wohnen-Arbeit-Freizeit“ e.V. und „Komet“ e. V., beide Gütersloh. Von diesem Zeitpunkt an *besteht Verbindlichkeit von Standards und Abrechnungsmodus zwischen dem örtlichen Träger der Sozialhilfe und den Leistungserbringern.*

Mit diesen Verträgen wurde erstmals ein Betreuungsschlüssel im Bereich des Betreuten Wohnens festgelegt sowie die allgemeinen Inhalte der Wohnbetreuung aufgelistet. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass der Psychiater des Sozialpsychiatrischen Dienstes alle eingegangenen Anträge und die sich in Betreuung befindenden psychisch Kranken begutachtet. Gleichzeitig wurden die Erfordernisse an die Qualifikation der Mitarbeiter und der Abrechnungsmodus für die von den Vereinen ambulant erbrachten Leistungen festgelegt.

Diese ersten verbindlich fixierten Standards aus den Jahren 1991/1992 dienen z. Zt. noch als Grundlage der Abrechnung von Leistungen im Bereich des Betreuten Wohnens; die in der geänderten Fassung des BSHG zum 01.01. 1999 gesetzlich vorgesehenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 BSHG sind bisher noch nicht zum Abschluss gelangt. Danach sind vor Beginn einer Wirtschaftsperiode für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) Vereinbarungen abzuschließen; nachträgliche Ausgleichsleistungen sind nicht zulässig.

Da ein Planungsgremium für die psychiatrische Versorgung sowie die Erhebung der tatsächlichen Bedarfe nicht zur Verfügung stand, haben u.a. die u. g. Träger des Betreuten Wohnens *alle im Rahmen von Einzelverhandlungen* in den vergangenen 12 Jahre Verträge mit der Abt. Arbeit und Soziales (Sozialamt) des Kreises Gütersloh abgeschlossen:

- Wohnen-Arbeit-Freizeit e.V.,
- Komet e.V.,
- Daheim e.V.,
- Lebensbaum-Soziale Hilfen e.V.,
- Miteinander e.V.,
- Werkstatt für Behinderte gGmbH,
- Westfälische Klinik Gütersloh,
- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.,
- Eckhardtsheim, V.B.A. Gütersloh und Bielefeld,
- Lebensräume e.V.,
- Zirkel e.V.

Ein darüber hinausgehender Versuch, im Jahr 1997 den Behandlungs- und Rehabilitationsbogen der Aktion Psychisch Kranke als Grundlage des individuellen Hilfeplanes einzuführen, um von der institutionenzentrierten Arbeitsweise zur personenzentrierten zu wechseln, ist auf massiven Widerstand der Leistungserbringer gestoßen. Somit konnte *eine Bedarfserhebung, die qualifiziert Lücken und Überversorgung im ambulanten Betreuungsbereich aufzeigen würde, nicht erfolgen.*

Um eine valide Bedarfserhebung zu erreichen, wird in einigen anderen Kreisen/kreisfreien Städten eine Aufnahmekonferenz durchgeführt, die sowohl die Festlegung des individuellen Hilfebedarfs, die Zuordnung zu bestimmten Leistungsträgern wie auch die Dokumentation von Versorgungsdefiziten ermöglicht.

Im Kreis Gütersloh liegt die verantwortliche Federführung für die ambulante Wohnbetreuung seit 1998 bei der Abteilung Arbeit und Soziales. Am 01.07.2003 wird es zu einer Zuständigkeitsveränderung für das betreute Wohnen /ambulant begleitete Wohnen für Menschen mit

Behinderungen kommen.; verantwortlich wird dann der LWL, im Rahmen einer sog. "Hochzonung" zeichnen. Die Ausgestaltung des Arbeitsbereiches ist derzeit für den Kreis Gütersloh nicht erkennbar.

2.1.1 Gestaltungskompetenzen in Grundsatzangelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh

Stationäre klinische Versorgung	Land NRW
Teilstationäre klinische Versorgung	Land NRW
Niedergelassene Ärzte und ärztliche sowie psychologische Psychotherapeuten	Kassenärztliche Vereinigung WL
Institutsambulanz	Kassenärztliche Vereinigung WL
Ambulante Pflegedienste / Psychiatrische Behandlungspflege	Krankenversicherungsträger
Sozialpsychiatrischer Dienst	Kreis Gütersloh als untere Gesundheitsbehörde
Tagesstätten	Überörtlicher Sozialhilfeträger LWL
Werkstatt für Behinderte gGmbH	Bundesanstalt für Arbeit und überörtlicher Sozialhilfeträger
Integrationsfirmen, Beschäftigungsprojekte Fa. Dalke	• Ohne Zuschuss: Markt • mit Zuschuss: - Arbeitsverwaltung - Kreis Gütersloh als örtlicher Träger der Sozialhilfe - Integrationsamt - Land NRW
Psychosoziale Dienste	Integrationsamt (bis 2001 als Hauptfürsorgestelle bezeichnet)
Arbeitsassistenz	Integrationsamt
Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (BTZ, RPK)	Bundesanstalt für Arbeit -
Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation	Renten- und Krankenversicherungsträger
Ergotherapeuten	Markt

Betreutes Wohnen	Ausgestaltung des Arbeitsbereiches unter der Hochzonung des LWL ab 01.07.2003 bisher nicht erkennbar
Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion	Örtlicher Sozialhilfeträger
Wohnheime überregional / regional	Überörtlicher Sozialhilfeträger

2. 2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.2.1 Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NW)

Am 01.01.1998 ist das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NW) in Kraft getreten, das der Landtag im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden beschlossen hat (GV NW 1997, S. 431). Das ÖGDG löste das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.Juli 1934 und seine drei Durchführungsverordnungen aus dem Jahre 1935 ab.

Nach dem ÖGDG sind die Aufgaben in den Bereichen Gesundheitshilfen, Gesundheitsberichterstattung und Koordination als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben wahrzunehmen. Das bedeutet, dass bisher unregelte Aufgabenbereiche durch das neue Gesetz eine gesteigerte Bedeutung bekommen haben. Art und Weise der Durchführung wurde weitgehend in die Entscheidung der kreisfreien Städte und Kreise gelegt. Die Gesundheitsämter erhielten hier die Möglichkeit, in einer Zeit knapper Ressourcen die Angebote *verschiedener Träger des Gesundheitswesens untereinander abzustimmen und zu bündeln*.

Erstmalig wurde auch die Psychiatriekoordination nach § 23 ÖGDG als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe den Kommunen übertragen.

Die Koordination der Psychiatrischen - und Suchtkrankenversorgung ist wie die Bereiche

- kommunale Gesundheitsberichterstattung,
- Gesundheitsförderung,
- Umweltmedizin,
- medizinisch - soziale Versorgung älterer Menschen,
- AIDS- Aufklärung, - Beratung und - Versorgung,

als eigenständige Aufgabe von der unteren Gesundheitsbehörde wahrzunehmen.

Die nach § 21 ÖGDG regelmäßig zu erstellenden Gesundheitsberichte bilden die Grundlage für kommunale Planungs- und Umsetzungsprozesse.

Zur Frage der Gesundheitshilfen wird im § 14 ÖGDG folgender Grundsatz aufgestellt:

Die untere Gesundheitsbehörde berät und unterstützt Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen (Gesundheitshilfe).

Diese Gesundheitshilfe ist darauf gerichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zu vermeiden, zu überwinden, zu bessern und zu lindern sowie Verschlimmerungen zu verhüten. Sie soll die betroffenen Personen befähigen, entsprechend ihren Möglichkeiten möglichst selbständig in der Gesellschaft zu leben. Bei Bedarf ist auch aufsuchende Beratung und Hilfe zu leisten.

Weiter wird *im § 16 ÖGDG* die Beratungsfunktion der unteren Gesundheitsbehörde/des Kreises für Körper- und Sinnesbehinderte, geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen festgehalten. Hilfen für geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke sowie ihren Angehörigen werden von der unteren Gesundheitsbehörde kraft Gesetzes in der Form des sozialpsychiatrischen Dienstes vorgehalten. Dabei ist jedoch das PsychKG als Spezialgesetz vorrangig.

Die Aufgaben im *Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit* werden *im § 12 ÖGDG u.a.* wie folgt definiert:

(1) Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Sie arbeitet hierzu mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, zusammen.

(3) Zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen kann die untere Gesundheitsbehörde zur Ergänzung von Vorsorgeangeboten ärztliche Untersuchungen durchführen. Wird im Rahmen dieser Untersuchungen die Gefährdung oder Störung der körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen festgestellt, vermittelt die untere Gesundheitsbehörde in Zusammenarbeit mit den für Jugendhilfe und Sozialhilfe zuständigen Stellen die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote.

2.2.2 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) und die kommunale Handlungskompetenz

Durch das Spezialgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.12.1999 (GV. NRW. S. 662) hat die untere Gesundheitsbehörde insbesondere folgende Aufgaben:

- vorsorgende Hilfe für psychisch Kranke nach §§ 7 bis 9 PsychKG NRW
- Mitwirkung bei den Unterbringungsverfahren gem. §§ 12 bis 15 PsychKG NRW, um auf eine adäquate Diagnostik und Therapie sowie Nachsorge hinzuwirken
- Koordinierung und auch Durchführung der nachsorgenden Hilfe für psychisch Kranke gem. §§ 27 bis 29 PsychKG NRW.

Dabei ist die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung gemäß §§ 3 und 23 ÖGDG zu gewährleisten; dass heisst, sie ist als eigenständige kommunale Aufgabe wahrzunehmen.

2.2.3 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Das Bundessozialhilfegesetz -erstmalig 1961 in Kraft getreten- geht nach § 1 Absatz 2 Satz 1 von dem Grundsatz aus, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, *das der Würde des Menschen entspricht*. Die Hilfen des BSHG sollen den Hilfeempfänger soweit wie möglich zur Selbsthilfe befähigen. Unter den in Frage kommenden Formen der Sozialhilfe steht die *persönliche Hilfe* an erster Stelle, also noch vor den Geld- und Sachleistungen.

Ein Wesensmerkmal des BSHG ist das Individualisierungsprinzip; die individuelle Gestaltung der Sozialhilfe kommt u.a. in der Forderung nach einer angemessenen Hilfeleistung, einer zumutbaren Kostenbeteiligung des Hilfeempfängers und einer vertretbaren Berücksichtigung seiner Wünsche zum Ausdruck.

Sozialhilfe ist eine *Notfallhilfe, die nachrangig gewährt wird*. Sorge für ein der Würde des Menschen entsprechendes Leben ist in erster Linie Aufgabe des einzelnen Menschen selbst;

erst im Unvermögensfalle erfolgt die Hilfe der Gemeinschaft durch die Gewährung von Sozialhilfe. Dieses Prinzip unterliegt bei der Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL) gewissen Einschränkungen.

Die Hilfe in besonderen Lebenslagen bezieht sich auf Ereignisse wie z.B. Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Sie führen zu besonderen Bedarfen, zu deren Deckung die Solidargemeinschaft aller einzustehen hat, soweit die Betroffenen nicht selbst über ausreichende Mittel verfügen. Diese besonderen Lebenslagen, Bedarfe und Leistungen sind in den §§ 27 bis 75 BSHG bestimmt.

Die Eingliederungshilfe für Behinderte gem. §§ 39-47 BSHG tritt ein, wenn die jeweils *personenbezogenen Voraussetzungen* der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, der Arbeitsförderung und der Kriegsopferversorgung bzw. Leistungen im Jugendhilferecht nicht gegeben sind. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind weitergehende, was dazu führt, dass die Eingliederungshilfe häufig auch neben den anderen Rehabilitationsleistungen gefordert wird.

Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte sind im § 40 BSHG aufgelistet und beinhalten u.a.:

1. ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung,
2. heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind,
3. Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
4. Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
5. Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben, insbesondere in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte oder in einer sonstigen Beschäftigungsstätte (§ 41 BSHG - s.u.),
6. Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht,
7. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben,
8. Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.

Darüber hinaus wird im § 41 BSHG die Hilfe zur Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte geregelt. Hier werden insbesondere der Personenkreis sowie die Aufnahmebedingungen nach dem Schwerbehindertengesetz (§§ 54-57 SchwbG) definiert. Im übrigen kann die Hilfe auch in einer sonstigen Beschäftigungsstätte gewährt werden.

Die Maßnahmen der Altenhilfe sind im § 75 BSHG enthalten. Hier wird im Abs.4 betont, dass Altenhilfe ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden soll, soweit persönliche Hilfe im Einzelfall erforderlich ist.

Im § 126 BSHG wurden Aufgaben des Gesundheitsamtes zur Einleitung der erforderlichen Eingliederungsmaßnahmen und Beratung behinderter Menschen genannt. Das Gesundheitsamt hat darüber hinaus Unterlagen auszuwerten, die zur Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung an die zuständigen obersten Landesbehörden weiterzuleiten sind.

2.2.4 Weitere Gesetze

2.2.4.1 SGB V

Das Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, Artikel 1) beinhaltet die gesetzliche Krankenversicherung. Es ist zuletzt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) geändert worden, und zwar durch die GKV - Gesundheitsreform 2000 und durch das Rechtsangleichungsgesetz zum 1.1.2000.

In diesem Gesetzbuch werden die Aufgaben der Solidargemeinschaft für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Auf eine der Leistungen nach SGB V wird im nachfolgenden Abschnitt eingegangen.

2.2.4.1.1 Soziotherapie nach SGB V

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 23. August 2001 Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie - Richtlinien) beschlossen:

Diese Richtlinien regeln Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (Leistungserbringer).

Die Grundlagen und Ziele sind dort wie folgt formuliert:

1. Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen.

Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

2. Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren. Bei der Verordnung von Soziotherapie sind die in Abschnitt II festgelegten Indikationen und Kriterien zu beachten.

Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Bei der Festlegung der Verordnungsmöglichkeit geht die Kassenärztliche Vereinigung davon aus, dass ausschließlich Psychiater und Nervenärzte in der Lage sind, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden werden kann) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer ggf. notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Behandlungsplan vorzunehmen.

Die Qualifikation der Soziotherapeuten ist in den Richtlinien nicht festgelegt. Hier prüfen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf der Basis des § 132 b SGB V die Eignung der Therapeuten und schließt mit diesen entsprechende Verträge.

Soziotherapie wirkt vorrangig in den Lebensbereichen „Wohnen“, „Arbeit“ und „Kontakte“. Durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen soll der schwer psychisch Kranke in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig, wohnortnah in Anspruch zu nehmen.

Der Personenkreis der psychisch kranken Menschen, die Leistungen der Soziotherapie in Anspruch nehmen können, wurde von dem Bundesausschuss für Ärzte und Gesetzliche Krankenkassen und Ersatzkrankenkassen eng festgelegt. Neben der Diagnose nach dem ICD 10 wird eine Einschätzung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus verlangt. Dieses soll der Messung der Therapieplanung, der Wirksamkeit und der Prognosestellung dienen. *Es reicht nicht aus, schwer psychisch krank zu sein, um zur Soziotherapie zugelassen werden.*

Damit hat nur eine sehr beschränkte Gruppe von Menschen Zugang zur Soziotherapie.

Die Leistungen der Soziotherapie wurden seit 1994 im Modellversuch (Universität Hannover; Auftraggeber waren die Krankenkassen) erprobt. Im Ergebnis wurde bewiesen, dass individuelle Rehabilitationserfolge in der Regel in einem Zeitraum von bis zu drei Jahren erreicht werden können.

Dies nahmen die Krankenkassen zum Anlass, entsprechende einzelfallbezogene Leistungen nicht dauerhaft, sondern nur zeitlich begrenzt zu gewähren. Der Umfang der soziotherapeutischen Leistungen wurde daher analog zu der Regelung in der bereits bestehenden „Empfehlungsvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation Suchtkranker“ auf 60 Stunden mit der Möglichkeit der Erhöhung auf maximal 120 Stunden im Einzelfall begrenzt.

Im Kreis Gütersloh werden im ambulanten Bereich nach derzeitigen Erkenntnissen 2 Leistungen der Soziotherapie nach Maßgabe dieses Gesetzes erbracht (Sondergenehmigung). Die Anbieter im psychosozialen Versorgungsnetz, die durchaus über eine fachliche Kompetenz für die Erbringung von soziotherapeutischen Leistungen verfügen (trennscharfe Abgrenzung zwischen der Soziotherapie und dem Betreuten Wohnen müsste inhaltlich präzisiert werden!), thematisieren gelegentlich, dass die Höhe der Vergütung für Soziotherapie nicht kostendeckend sei und damit der Anreiz für entsprechende Zulassungsanträge fehle. Hier werden vermutlich die freien Wohlfahrtsverbände ein neues Betätigungsfeld finden, da sie durch niedrige Dotierung der Fachleistungsstunden (im Ergebnis durch sog. Mischkalkulationen) gegenüber den privaten Anbietern Marktvorteile haben können.

Insgesamt bleiben die Inhalte der Soziotherapie auf der Strecke. Patienten, für die Soziotherapie in Frage käme, verfügen nicht über eine entsprechende parteiliche Lobby, die Druck auf gesetzliche und Ersatzkrankenkassen ausüben könnte.

Immerhin handelt es sich hierbei um gesetzliche Leistungen nach geltendem Recht (SGB V). Stattdessen werden als Ersatz für medizinische Leistungen reine Betreuungsleistung der Eingliederungshilfe (z.B. im Bereich des betreuten Wohnens) in Anspruch genommen.

2.2.4.2 SGB IX

Das Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch- (SGB IX) ist am 01. Juli 2001 in Kraft getreten. Auskunft und Beratung sowie eine kompetente Einschätzung des Hilfebedarfs sind für die Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen von herausragender Bedeutung. Dies gilt für den Bereich der

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Ein Hauptanliegen des SGB IX ist daher, die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Im dritten Kapitel des SGB IX (§§ 22 bis 25) wird als eine der wesentlichen Innovationen dieses Gesetzes die *Institution der „gemeinsamen örtlichen Servicestelle“* eingeführt.

Zum Kreis der Rehabilitationsträger zählen neben den Trägern der Sozialversicherungen (gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Bundesanstalt für Arbeit, Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden) ausdrücklich auch die Träger der Jugend- sowie Sozialhilfe. Hierdurch ergibt sich für die kreisangehörigen Städte und Gemeinden, Kreise und kreisfreien Städte sowie für die Landschaftsverbände die *rechtliche Verpflichtung zur Beteiligung an den „gemeinsamen örtlichen Servicestellen“*. Daneben besteht ganz *sicher ein sozialpolitisches Interesse zur kommunalen Beteiligung: aktive Beteiligung könnte perspektivisch zu einer Entlastung kommunaler Kassen führen*.

Die gemeinsamen Servicestellen sind per Gesetz so einzurichten und auszustatten, dass sie ihre Aufgabe umfassend und qualifiziert erfüllen können. Hierzu wird auch der Einsatz von „besonders qualifiziertem Personal mit breiter Fachkenntnis“ eingefordert. Das Organisationssystem *musste bis zum 31.12.2002 aufgebaut werden*, da sonst die Umsetzung durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung geregelt werden würde.

Zwischen dem Kreis Gütersloh, der AOK Westfalen-Lippe, IKK Westfalen-Lippe, BKK Bertelsmann und BKK Miele wurde im September 2002 eine Kooperationsvereinbarung zur Errichtung gemeinsamer Servicestellen nach § 23 SGB IX geschlossen. Die vier genannten Krankenkassen errichteten sogenannte „Front – Offices“ um die Aufgaben nach §§ 22-25 SGB IX zu erfüllen. Sämtliche Rehabilitationsträger sollen eine vernetzte Zusammenarbeit in den „Back-Offices“ anbieten.

Somit entstehen diverse "virtuelle Beratungsstellen", d.h. im Ergebnis eine zersplitterte Beratungslandschaft (mit "Telefonlisten" und Wegweisern), wie sie auch bisher existierte. Die eigentliche Intention des Gesetzes *-eine Beratungsstelle für behinderte oder von Behinderung bedrohten Menschen einzurichten-* wurde bislang nicht umgesetzt.

Darüber hinaus gehören die Träger der Pflegeversicherung nicht zu den Rehabilitationsträgern im Sinne des SGB IX. Hier wird darauf zu achten sein, dass an den Schnittstellen zwischen Rehabilitation und Pflege ebenfalls eine umfassende Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sichergestellt wird.

2.2.4.3 Sozialgesetzbuch -Elftes Buch (SGB XI)

Das SGB XI dient als Grundlage zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und befindet sich seit dem 26.05.1994 in Kraft. Die soziale Pflegeversicherung wurde als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung geschaffen. In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen.

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in Stufen eingeführt: die Leistungen bei häuslicher Pflege vom 1. April 1995, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Juli 1996 an. Die Voraussetzung für Geld – oder Sachleistungen aus der Pflegeversicherung ist eine erhebliche

Hilfebedürftigkeit bei gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, die auf Dauer – mindestens sechs Monate – existiert (§ 14 SGB XI).

Die zur Verfügung stehenden Leistungen sind nach Schwere der Pflegebedürftigkeit in Stufen klassifiziert, wobei die „erheblich Pflegebedürftigen“ -Personen mit Pflegestufe I- den geringsten Leistungsbetrag, die Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) die umfangreichsten Leistungen erhalten. Darüber hinaus differenzieren die Leistungen danach, ob die Pflege im Privathaushalt oder in einer stationären bzw. teilstationären Einrichtung erbracht wird.

Das Pflegegesetz zeigt Schwächen im Bereich der Versorgung von Demenzkranken und von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (zum Beispiel mit Depression). Die Kriterien der Anspruchsberechtigung und der Leistungszuweisung berücksichtigen zu wenig die Bedürfnislage der Menschen, deren Funktionsfähigkeit in Folge von kognitiven Abbauerscheinungen und psychischen Störungen eingeschränkt ist. Die Begutachungskriterien und das -prozedere vernachlässigen den spezifischen Versorgungsbedarf dieses Personenkreises. Teile des Pflegegesetzes, wie z.B. Förderung der Versorgungsstruktur, Priorität der Rehabilitation, Unterstützung pflegender Angehöriger, sind bislang gar nicht oder nur unzureichend umgesetzt worden.

2.2.4.4 Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)

Im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) ist unter § 35 a "Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche" definiert. Danach haben Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises, sowie die Art der Maßnahmen richten sich u.a. nach den Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG), soweit diese auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Nach § 35 a KJHG haben Kinder oder Jugendliche einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht *und*
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist, oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Der Rechtsanspruch auf Hilfe besteht auch dann, wenn die Behinderung nicht, bzw. noch nicht wesentlich ist.

Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe

runghilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden können.

2.2.4.5 Grundsicherungsgesetz -Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG)

Das Gesetz für eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) ist am 01. Januar 2003 in Kraft getreten. Es soll zur Sicherung des Lebensunterhaltes der über 65-jährigen sowie der aus medizinischen Gründen dauerhaft voll Erwerbsgeminderten ab 18 Jahren dienen.

Einkommen und Vermögen sind nach diesem Gesetz analog den Vorschriften der Sozialhilfe einzusetzen. Allerdings sollen die Unterhaltungspflichten nach dem GSiG nicht herangezogen werden. Nicht anspruchsberechtigt sind Personen, die in den letzten zehn Jahren ihre Bedürftigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Die Auswirkungen des GSiG auf die psychiatrische Versorgung sind z.Zt. nicht absehbar. Erste Probleme werden allerdings im Zuverdienstbereich gesehen, da sowohl die Arbeitsmotivation, als auch der bislang vorliegende finanzielle Anreiz durch die Berechtigung auf Grundsicherung beeinflusst werden können.

2.3 Basisdaten der Versorgungsregion

2.3.1 Bevölkerungsstruktur Kreis Gütersloh

Zum Kreis Gütersloh gehören 9 Städte und 4 Gemeinden:

Städte und Gemeinden		Bevölkerung insgesamt	darunter Frauen
Stadt	Borgholzhausen	8.676	4.457
Stadt	Gütersloh	95.158	49.084
Stadt	Halle/Westf.,	20.478	10.533
Stadt	Harsewinkel,	23.639	11.752
Gemeinde	Herzebrock-Clarholz,	15.795	7.932
Gemeinde	Langenberg	8.126	4.072
Stadt	Rheda-Wiedenbrück	44.932	22.896
Stadt	Rietberg,	28.029	13.889
Stadt	Schloß Holte-Stukenbrock	25.562	12.944
Gemeinde	Steinhagen	19.619	10.175
Gemeinde	Verl	23.315	11.581
Stadt	Versmold	20.397	10.326
Stadt	Werther/ Westf.	11.653	5.957

Insgesamt leben im Kreisgebiet **347.954 Einwohner** (Stand:1.1.2001)

davon männlich 169.781 = 48,8 %
davon weiblich 178.173 = 51,2 %

Ausländer im Kreis Gütersloh
(Stand:01.01.2000)

Ausländer/ Land	Anzahl	%
insgesamt	31.170 Pers.	9,09 %
Türkei	10.684 Pers.	3,16 %
Bundesrepublik Jugoslawien	3.417 Pers.	1,00 %
Griechenland	2.961 Pers.	0,86 %
Polen	1.619 Pers.	0,47 %
Italien	1.598 Pers.	0,47 %
Spanien	1.475 Pers.	0,43 %
Großbritannien(ohne Stationierungsstreitkräfte)	1.050 Pers.	0,31 %
Portugal	679 Pers.	0,20 %
Sonstige aus 127 Staaten	7.687 Pers.	2,24 %

Der Kreis Gütersloh hat im Vergleich zu anderen Kreisen des Regierungsbezirkes Detmold die höchste Anzahl nichtdeutscher Bevölkerung; hier leben 9,9 % nicht-deutscher Bewohner. Zum Vergleich: die Durchschnittszahl des Regierungsbezirkes Detmold beträgt 8,1 %, der Durchschnitt aller Kreise: 7,2 %. Nur die Stadt Bielefeld als kreisfreie Stadt verfügt über 13 % nichtdeutscher Bevölkerung.

Bevölkerungstendenz:

Die Bevölkerung im Kreis Gütersloh hatte in den Jahren zwischen 1976 bis 1999 einen Zuwachs von *durchschnittlich 1,2% im Jahresmittel*. Die Bevölkerungsvorausschätzung lässt erwarten, dass *die Bevölkerung im Kreis Gütersloh auf 351.400 Einwohner im Jahre 2005 und 355.800 Einwohner im Jahr 2010 anwachsen wird, dabei beträgt die Zahl der Menschen im Alter von über 65 Jahren voraussichtlich 53.370.*

Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren		Abweichung vom Landesdurchschnitt In Jahren	
Männer	Frauen	Männer	Frauen
75,69 Jahre	81,91 Jahre	+ 0,95	+ 1,25

Der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zufolge wird der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung in den kommenden Jahrzehnten deutlich steigen (Statistisches Bundesamt 2000 a).

Gesetzt den Fall, dass sich bis zum Jahre 2050 der Umfang der Gesamtbevölkerung nicht verändern, gleichzeitig aber die Anzahl der über 80-jährigen und älteren Menschen in der vom Statistischen Bundesamt vorausgesagten Größenordnung zunehmen wird, würde sich der Anteil der hochbetagten Menschen in der Gesamtbevölkerung im Jahre 2050 auf 9,66 % belaufen. Ähnliche Voraussagen dürfen auch für die Anzahl der Hochbetagten im Kreis Gütersloh gelten.

Nach Einschätzung des Statistischen Bundesamtes ist davon auszugehen, dass mit der Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung langfristig auch der Anteil derjenigen ansteigen wird, die nicht mehr über ein familiäres Netzwerk verfügen.

Man geht davon aus, dass *ca. 25 bis 30% Ledige und Kinderlose im Alter keine oder einen nur sehr reduzierten Kreis von Betreuungspersonen aus der eigenen Familie haben werden.*

Insgesamt wird durch

- die abnehmende Sterbewahrscheinlichkeit im höheren Lebensalter,
- den Wandel in den Familienformen,
- den wachsenden Anteil individualisierter Lebensformen

die gesundheitliche Betreuung Älterer in höherem Maß außerfamiliär erfolgen müssen. Es ist in naher Zukunft mit dem Rückgang der potentiellen Pflegekräfte durch Rückgang des Bevölkerungsanteils im mittleren Lebensalter sowie dem Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit zu rechnen. Kann der Unterstützungsbedarf nicht durch Pflegeleistungen in der Familie und sonstige andere Netze aufgefangen werden, wird sich zwangsläufig die Bedeutung der professionellen Pflege erhöhen. Zudem ist nicht damit zu rechnen, dass die öffentlichen Mittel für die Absicherung von Unterstützungs- und Pflegebedarfen im Alter in signifikanter Weise angehoben werden können; hier wird es zu erhöhten Anforderungen an die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleister kommen.

Suizidalität

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es jährlich 13.000 Suizide und der Altersgipfel wird im 2. und 3. und im 8. und 9. Lebensjahrzehnt erreicht. Das Suizidrisiko bei Männern ist im Alter 2 bis 4-mal höher als bei Frauen. *Suizidhandlungen sind bei über 65-jährigen in ca. 65 % tödlich.*

Hohe Suizidraten korrelieren vor allem mit

- männlichem Geschlecht,
- zunehmendem Alter,
- Alkohol- und Medikamentenabusus,
- chronischen körperlicher Erkrankungen,
- Überforderung,
- Vereinsamung bzw. sozialer Isolation.

Die Sterblichkeit im Kreis Gütersloh

Suizid (ICD10 E 950-959) :

Mittelwert 1998 - 2000

nach Angaben des Landesamtes für Daten und Statistik NRW

männlich	20,2 je 100.000 Einwohner	(69 Verstorbene)
weiblich	4,4 je 100.000 Einwohner	(15 Verstorbene)

Todesfälle je 100.000 Einwohner:
(Vergleich im Regierungsbezirk Detmold)

Kreis	männlich	weiblich
Kreis Gütersloh	20,2	4,4
Kreis Herford	21,6	7,3
Kreis Höxter	38,8	6,9
Kreis Lippe	29,9	7,3
Kreis Minden - Lübbecke	31,9	12,4
Kreis Paderborn	21,4	6,5
Regierungsbezirk Detmold	28,1	8,2
Land NRW	28,7	8,9

2.3.2 Einrichtungen des Gesundheitswesens im Kreisgebiet

Folgende Einrichtungen aus dem Bereich Gesundheit finden wir im Kreis Gütersloh vor:

Allgemeine Krankenhäuser	Bettenzahl
Städtisches Klinikum Gütersloh	430
St. Elisabeth Hospital Gütersloh mit St. Lucia Hospital in Harsewinkel	406
Krankenhaus Halle/Westf.	163
Ev. Krankenhaus Rheda-Wiedenbrück (OT Rheda)	111
St. Vinzenz-Hospital Rheda-Wiedenbrück (OT Wiedenbrück)	198
Krankenhaus Versmold	90

Spezialkrankenhaus	Bettenzahl
Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh	521

Ärztliche Versorgung	Anzahl
Freipraktizierende Ärzte	367
Zahnärzte	178
Apotheken	82

Versorgungsgrad niedergelassene Ärzte

(Quelle: KVWL 5/ 2002)

Gesamtversorgungsgrad Kreis Gütersloh 131,4 % (Stand: 01.05.2002)

Ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeuten können trotz bestehender Zulassungssperre noch im Rahmen einer Sondergenehmigung der KVWL zugelassen werden. Kinder- und Jugendpsychiater werden grundsätzlich durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht explizit aufgeführt. Bei den Hausärzten liegt der Versorgungsgrad z.Zt. noch unter 110 %, d.h. hier bestehen noch keine Zulassungsbeschränkungen.

2.3.3 Psychiatrische Versorgungsregion

2.3.3.1 Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich (BMJFFG 1988 Expertenkommission, S.612ff.) empfahl im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Versorgung *Regionen zwischen 100.00-150.000 Einwohner*. Dieser Richtwert sollte die Überschaubarkeit erhöhen, Zuständigkeiten klar erkennen lassen und die Kooperation der Beteiligten verbessern. Die Modelberechnung für ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem sah folgende regionale Personalbemessung (bezogen auf Einwohnerzahlen) vor:

- Ambulant aufsuchender Dienst (Sozialpsychiatrischer Dienst, Institutsambulanz),
- Tagesstätte (4 Fachkräfte) und Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion,
- Betreute Wohnformen
 - Ein Platz je 10.000 Einwohner im Sinne eher locker betreuter Wohnformen, Personalschlüssel 1:9;
 - Zwei Plätze je 10.000 Einwohner für intensive Betreuung, Personalschlüssel 1:6
- Fachkraft zur beruflichen Eingliederung (1 Stelle).

Die Soll-Vorgaben wurden differenziert nach städtischen und ländlichen Regionen, wobei für die Allgemeinpsychiatrie insgesamt 23,5 Stellen in städtischen und 19,5 Stellen in ländlichen Regionen je 150.000 Einwohner als Mindestausstattung an Personalbedarfsziffer angegeben wurden. Diese magere Mindestausstattung gewährleistet leider nicht eine funktionsfähige Organisation von Hilfen. Zudem sind die Personalmessziffern nicht auf der Grundlage einer konkreten regionalen Bedarfsprüfung ermittelt; hier hat die Expertenkommission die Möglichkeiten der ambulanten Hilfe unterschätzt.

Für spezielle Angebote (z.B. psychisch kranke alte Menschen, berufliche Rehabilitation) wurde 1990 die Empfehlung ausgesprochen, auch größere Versorgungsregionen zuzulassen.

Von der Einwohnerzahl ausgehend könnten für den Kreis Gütersloh somit drei *Versorgungsregionen* definiert werden:

- Versorgungsregion Stadt Gütersloh mit über 95.000 Einwohnern ,
- Südliches Kreisgebiet
- Nördliches Kreisgebiet

Die Vielzahl von Angeboten in der Stadt Gütersloh ist historisch gewachsen, da eine große Anzahl von ehemaligen Patienten der Westfälischen Klinik Gütersloh im Rahmen der Deinstitutionalisierung ihren Wohnsitz in die Stadt Gütersloh verlegte. Das nördliche und südliche Kreisgebiet weist dagegen bislang noch Defizite in der psychiatrischen Versorgungsstruktur auf.

2.3.3.2 Datengrundlagen im Kreis Gütersloh

Die politische Verantwortung für die psychiatrische Versorgung unterliegt den kommunalen Gebietskörperschaften. Zur Quantifizierung des relativen psychiatrischen Versorgungsbedarfes eines Versorgungsgebietes müssten allerdings vergleichbare und kontinuierlich erhobene Daten über Art und Ausmaß des Hilfebedarfes verfügbar sein.

Der regionale Versorgungsbedarf ist *abhängig von der Verteilung der Angebote und Dienste im Kreis Gütersloh sowie den Verfahrensbedingungen, die zur Inanspruchnahme der Hilfeleistungen erfüllt werden müssen*. Auch die Kooperationsbereitschaft und Kooperationsmöglichkeit aller Beteiligten sind Indikatoren einer bedarfsgerechten Versorgung.

In Ermangelung der Datengrundlage im Kreis Gütersloh muss auf Schätzungen der Modellregionen, in welchen Felduntersuchungen (Untersuchungen, die in möglichst unbeeinflussten, natürlichen Umgebung wie z.B. einer Kommune, einem Krankenhaus, Schule etc. stattfinden) durchgeführt wurden, zurückgegriffen werden, denn auch die Zahlen der Abteilung Arbeit und Soziales und der anderen Leistungserbringer sagen lediglich aus , wie viele Personen Eingliederungshilfe bekommen und nicht, welcher Bedarf tatsächlich besteht.

In den bisherigen Verfahren zur Inanspruchnahme der Hilfeleistungen gibt es keine konsequente und regional vergleichbare Bedarfsdatenerhebung, die an einer Stelle zusammengefasst und für umfassende kommunale Sozialplanung nutzbar wäre. Dies ist auch die *Auswirkung der Kosten- und Leistungsträgervielfalt, die entweder gar nicht, nicht ausreichende oder unterschiedliche, nicht miteinander vergleichbare Indikatoren* (Daten nach vereinbarten Standards) *nutzen*.

Daher geben die Informationen über die Inanspruchnahme Gütersloher Versorgungseinrichtungen, die aus externen Datenquellen und der Befragung der niedergelassenen Ärzte (siehe 3.2) gewonnen wurden, keine Auskunft über die Prävalenz (Häufigkeit der Erkrankung) und dem Schweregrad psychiatrischer Erkrankungen im Kreis Gütersloh.

Sehr wohl erfassten sie den Anteil der psychisch erkrankten Menschen im Kreis Gütersloh, die vorhandene Versorgungsangebote nutzen.

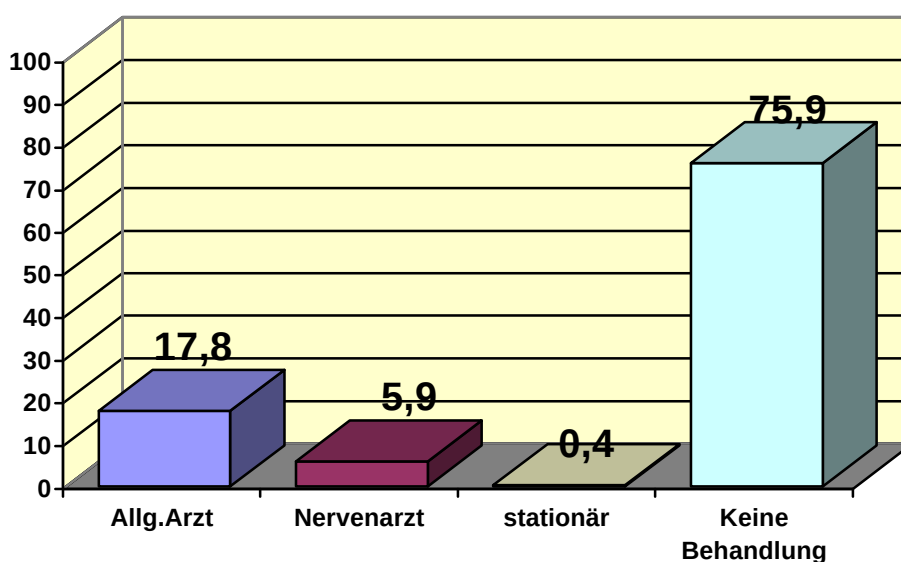
Daraus lassen sich allerdings keine zuverlässigen Aussagen über unversorgte oder nicht ausreichend oder übertersorgte Bevölkerungsgruppen ableiten; diese lassen sich letztlich nur im Rahmen von Feldstudien (methodisches Vorgehen, bei dem die erforderlichen Untersuchungen in der natürlichen Umgebung des Menschen erfolgen, dem sogenannten Feld) gewinnen.

2. 4 Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Im deutschen Sprachbereich wird zum Zwecke der Versorgungsforschung am häufigsten die Traunsteiner Studie von Dilling, Weyerer und Castell (1984) zitiert. Diese Studie beruht auf einer repräsentativen Stichprobe von 1536 erwachsenen Probanden bei nur 6,8 % Verweigerern. Die Studie weist ähnliche Ergebnisse wie englische und amerikanische Untersuchungen auf. Die Traunsteiner Studie beziffert die Jahresprävalenz (Häufigkeit der Erkrankung innerhalb einer Bevölkerung während eines Jahres) der seelischen Störungen mit Krankheitswert bei erwachsenen Personen auf insgesamt 24,1 %.

17,8 % werden als „leichter“ bzw. behandlungsbedürftig durch einen Allgemeinarzt eingestuft, 5,9 % als „schwerer“ bzw. als behandlungsbedürftig durch einen Nervenarzt und 0,4 % als „schwer“ bzw. psychiatrisch hospitalisierungsbedürftig. Demnach kann man sagen, dass jeder fünfte bis sechste Mann und jede dritte bis vierte Frau während der vergangenen 12 Monate an einer – mindestens leichteren – psychischen Störung von Krankheitswert gelitten hat.

Zuordnung der Behandlungsnotwendigkeit



Diese Graphik macht deutlich, dass bei der Mehrheit der Menschen mit psychischen Störungen zwar keine Behandlungsnotwendigkeit besteht, dennoch müssen für diesen Personenkreis entsprechende Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen, damit im weiteren Lebensverlauf dieser Menschen erst keine langwierige medizinische Behandlungsnotwendigkeit entstehen kann.

Das Statistische Jahrbuch 2001 (Herausgeber Statistisches Bundesamt) zählt etwa 1% -2 % der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zu den chronisch psychisch Kranken. Die größte Gruppe unter ihnen stellen schizophrene Kranke, danach Menschen, die an einer Depression leiden und an dritter Stelle folgen Menschen, die altersbedingt demenz sind.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gab im Jahr 2000 an, dass rund 2,1% der deutschen Bevölkerung behandlungsbedürftig alkoholkrank war und knapp 12 % der Bevölkerung einen riskanten Alkoholkonsum aufwies. Das Bundesministerium für Gesundheit hat allerdings in einer Studie von 1997 höhere Zahlen genannt. Dort wurden 3% der Bevölkerung als alkoholkrank eingestuft. Die Zahl der Menschen mit riskantem Alkoholkonsum wurde mit 16 % ermittelt. Neben den Alkoholproblemen sind auch **Süchte** in der Form von Medikamentenabhängigkeit, illegalen Drogen, nichtstofflichen Süchten wie Computersucht oder Spielsucht, hinzuzurechnen.

Ein zusätzliches Suchtpotential wurde bisher nicht mitgerechnet: die Zunahme von Essstörungen (Bulimie, Magersucht), die schon bei Mädchen ab dem 10. Lebensjahr beobachtet und immer häufiger bei jungen Frauen diagnostiziert wird.

Nach Schätzungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Abteilung Gesundheit ist im Kreis Gütersloh von 7.000 bis 10.000 behandlungsbedürftigen suchtkranken Menschen auszugehen und von 3.500 bis 7.000 -je nach Quelle der Statistik- chronisch psychisch kranken Menschen. Etwa 50.000 Menschen in unserem Kreisgebiet haben psychische Störungen unterschiedlicher Art, bei denen sie zumindest vorübergehend auf Hilfestellung angewiesen sind. Darüber hinaus gibt es 40.000 bis über 50.000 Menschen mit einem riskanten Suchtmittelgebrauch.

Die **Demenz** wird von einem Großteil der Fachautoren als bedeutsamste gerontopsychiatrische Erkrankung wahrgenommen.

Der „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend(2002) gibt an, dass etwa 7,2% der über 65-jährigen und Älteren oder anders ausgedrückt, 900.000 Menschen an einer Demenzerkrankung leiden.

Die Demenz wird in den meisten epidemiologischen Studien in zwei Gruppen unterteilt:

- die leichte oder beginnende Demenz
- die mittelschwere bis schwere Demenz

Etwa 60% der demenzkranken Menschen leben überwiegend in Privathaushalten und werden hauptsächlich von Angehörigen versorgt.

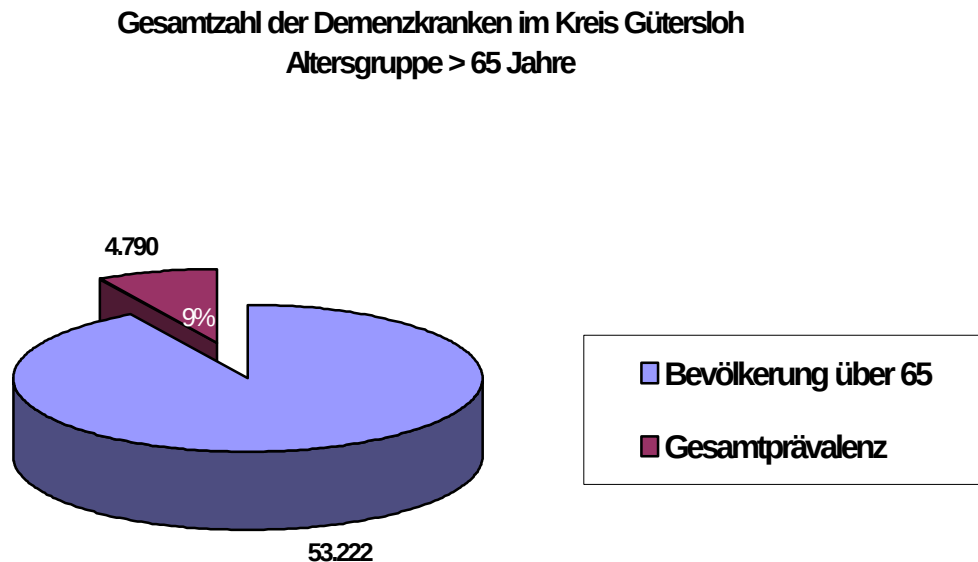
Die Zahl der mittelschwer bis schweren Demenzkranken stellt eine wichtige *Planungsgrundlage hinsichtlich der pflegerischen Versorgung* dar. Denn in diesem Stadium sind die Erkrankten auf regelmäßige Anleitung und Beaufsichtigung bei den alltäglichen Verrichtungen angewiesen.

Demgegenüber ist die *Ermittlung der leichten Demenzen* dann von Bedeutung, *wenn es gilt, den präventiven Ansatz umzusetzen*, wie z.B. den frühen Einsatz geeigneter Medikamente oder die Bereitstellung niedrigschwelliger Hilfeangebote zu fördern.

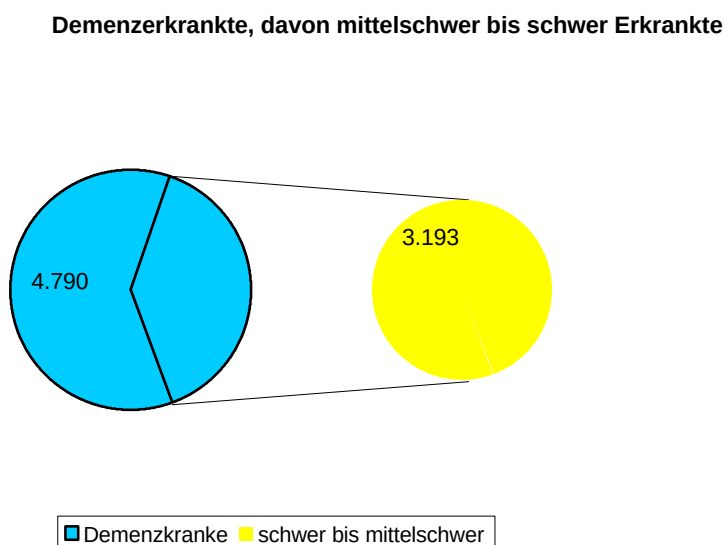
In einer aktuellen Veröffentlichung (1999) verweist Horst Bickel (Quelle: 1999, Epidemiologie der Demenzen, in Förstl, Hans; Bickel, Horst; Kurz, Alexander (Hrsg.): Alzheimer Demenz.

Grundlagen, Klinik und Therapie, Berlin) auf Längsschnittstudien, in denen nur ein Teil der als leicht dement eingestuften Personen bei einer Nachuntersuchung nach mehreren Jahren auch wirklich eine Demenz ausgebildet hatte. Auf der *Grundlage einer Auswertung mehrerer Studien mit hohen Fallzahlen hält er eine Gesamtprävalenz von 9% für realistisch, davon 6% für die mittelschwer bis schwer Dementen.*

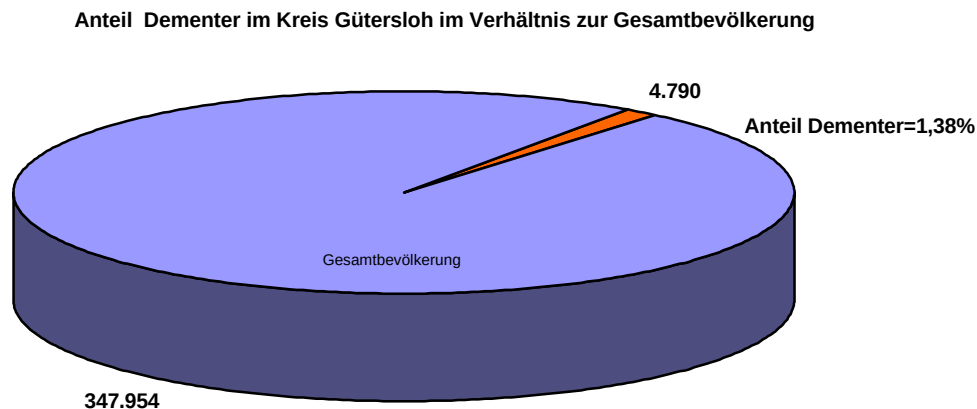
Auf dieser Basis lässt sich auch die Zahl der Demenzkranken im Kreis Gütersloh errechnen.



Nach der oben genannten Berechnungsbasis leben im Kreis Gütersloh 4.790 Demenzkranke, davon sind 3.193 mittelschwer bis schwer an Demenz erkrankt.



Für den gesamten Kreis Gütersloh liegt der durchschnittliche Anteil Demenzkranker bei 1,38 % der Gesamtbevölkerung.



3. Versorgung psychisch Kranker

3.1 Psychiatrische – medizinische Versorgung

3.1.1 Stationäre Versorgung

Die psychiatrische und psychotherapeutische Krankenhausbehandlung wird im Kreis Gütersloh von der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Innere Medizin und Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh (WKPPPN) vorgehalten.

Die Westfälische Klinik ist Bestandteil des vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe getragenen differenzierten Verbundsystems psychiatrischer Kliniken, Pflege- und Förderzentren.

Die Klinik wird als organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtung geführt (Eigenbetrieb). Die Westfälische Klinik Gütersloh ist Kooperierende Klinik der Universität Bielefeld.

Die Arbeit des Krankenhauses erfolgt auf der Basis der bestehenden Versorgungsverpflichtung und der Psychiatrie – Personalverordnung („Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ vom 18.12.1990).

Das Pflichtversorgungsgebiet der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (WKPPPN) Gütersloh schließt gemäß § 2 Krankenhausgesetz NRW die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ein.

Das Versorgungsgebiet umfasst die Kreise Gütersloh, Herford und den südlichen Teil des Kreises Lippe. Die Versorgung ist schwerpunktmäßig sektoriert.

Die Westfälische Klinik nimmt heute folgende Aufgaben wahr:

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere Gewährleistung der psychiatrischen Pflichtversorgung der Kreise Gütersloh, Herford und des südlichen Teils des Kreises Lippe
- Stationäre Behandlung in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Psychotherapeutische Medizin und Neurologie
- Medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege
- Betreute Wohnangebote
- Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Westfälische Klinik verfügt über ein Jahresbudget von rd.40 Mio. Euro. Das 126 ha große Gelände der Klinik ist bebaut mit 70 zum Teil denkmalgeschützten Gebäuden. Sie beschäftigt zurzeit ca. 700 Teilzeit und Vollzeitkräfte in allen Versorgungsbereichen. Davon sind im therapeutischen Bereich (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Musik-, Bewegungs- und Ergotherapeuten) 263 Mitarbeiter tätig.

450 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Voll- und Teilzeit im Pflegedienst der Westfälischen Klinik beschäftigt (davon ca. 70% weibliche und 30% männliche Angestellte). 75% dieser Mitarbeiter sind examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger nach Absolvierung einer dreijährigen Ausbildung. Die übrigen 25% der Mitarbeiter sind Altenpfleger, Erzieher, Krankenpflegehelfer und einige wenige Mitarbeiter ohne Ausbildung, die in Vertretungs- und Sitzwachensituationen eingesetzt werden.

Über die Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe bildet die Westf. Klinik kontinuierlich Mitarbeiter in der Fachpflege Sucht oder als Mentoren aus. Mit dem Städtischen Klinikum Mitte in Bielefeld kooperiert die Westfälische Klinik im Bereich der Fachpflege Intensiv.

Durch den Entwicklungsprozess der letzten Jahre, z. B. das Enthospitalisierungskonzept von 1980 – 1996 hat die Westf. Klinik ca. 400 Langzeitpatienten entlassen. Dementsprechend wurden auch Stellen im Pflegebereich abgebaut. In den Jahren 2003-2004 werden die Kreise Herford und Lippe die psychiatrische Vollversorgung jeweils selbst übernehmen. Dies bedeutet einen erneuten Stellenabbau in allen Bereichen der Westfälischen Klinik Gütersloh.

Die Ziele für die Betriebsleitung sind die weitere Entwicklung von ausdifferenzierten Behandlungsangeboten zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Die Strukturierung dient dem Ziel, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen.

Das größte Betriebskapital sind die hohe Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der gute Ausbildungsstand im ärztlichen, pflegerischen, technischen, verwaltungs- und den übrigen Bereichen.

Das Pavillonsystem der Klinik ist problematisch, da durch viele kleine Einheiten entsprechend viel Personal eingesetzt werden muss. Ein weiteres Problem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist -als Spiegelbild gesellschaftlicher Entwicklungen- eine zunehmende Gewalttätigkeit von Patienten. Es kommt häufiger zu Übergriffen.

Eine mögliche Ursache könnte auch darin liegen, dass nur noch hoch akut Erkrankte bei Verkürzung der Verweildauer und höheren Patientenzahlen stationär behandelt werden.

Auf der Grundlage der von Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner (Enthospitalisierung und Aufbau komplementärer Wohn- und Arbeitsformen) und für 2 Jahre von Prof. Dr. Karl Beine begleiteten Weiterentwicklung der Klinik werden nun unter der ersten weiblichen Leitung in der Geschichte des Krankenhauses, der Leitenden Ärztin Frau Prof. Dr. Ingrid Börner folgende Zielsetzungen verfolgt:

- In der allgemeinen Psychiatrie:
 - Spezifische Behandlungsangebote für Patienten mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Psychose und Sucht, Persönlichkeitsstörungen und Traumatisierungen, sowie für Migranten
 - Integriert ambulant / teilstationär /stationäres Angebot für chronisch Kranke
- In der Suchtbehandlung:
 - Qualifizierter Entzug, Behandlungsangebot für Suchtkranke mit Comorbidität

- In der Gerontopsychiatrie:
 - Spezielle Behandlungsangebote für Patienten mit affektiven Erkrankungen, demenziellen Erkrankungen und Suchterkrankungen
- In der Neurologie
 - Spezielles Behandlungsangebot für Schlaganfallpatienten
- In der Inneren Medizin:
 - Behandlungsschwerpunkt psychotherapeutische Medizin
- Ausbau der tagesklinischen Behandlungsangebote:
 - Tagesklinik Sucht Gütersloh
 - Tagesklinik Halle
- Planungen zur eigenständigen psychiatrischen Versorgung in den Kreisen Lippe und Herford
- Ausbau der Kooperationen (Konsiliardienst für somatische Kliniken, Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und dem komplementären Umfeld). Seit Mai 2002 werden konsiliarärztliche Leistungen für das Städtische Klinikum Gütersloh sowohl in der Fachdisziplin Psychiatrie als auch für die Fachdisziplinen Neurologie, Psychoonkologie, Labor und Röntgen auf der Grundlage eines Vertrages erbracht.
- Weiterentwicklung im komplementären Bereich
 - Wohn- und Betreuungsverbund Gütersloh für chronisch psychisch Kranke
 - Wohn- und Betreuungsverbund Halle für chronisch Suchtkranke
- Krankenhaussubstanz, die nicht mehr benötigt wurde, wird inzwischen durch die Einrichtung des Gütersloher Pflegezentrums, die Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe, Medialog und die Arbeitslosenselbsthilfe genutzt. Außerdem wurden einige Grundstücke an die Stadt Gütersloh verkauft.

Die WKPPPN gehört zum Versorgungsgebiet 10 (Bielefeld, Kreis Gütersloh, Kreis Herford, Kreis Lippe, Kreis Minden - Lübbecke) Mit dem Aufbau einer eigenen stationären Versorgung in den Kreisen Herford und Lippe wird ein Teil des stationären Pflichtversorgungsgebietes der Westfälischen Klinik Gütersloh entfallen.

Laut Krankenhausplanung NRW wird sich der IST-Bestand von 521 Betten auf 420 Betten verringern; planerisch werden in den Jahren 2003 und 2004

- 34 Betten nach Detmold abgegeben,
- 25 weitere zum Gerontopsychiatrischen Zentrum Detmold und
- 72 in die Fachabteilung des Klinikums Kreis Herford.

Diese regionale Verteilung der vollstationären Behandlungsangebote wird sich in Form eines Bettenabbaus in Gütersloh auswirken. Der Westfälischen Klinik Gütersloh fehlen allerdings jetzt bereits psychiatrische Betten für die hiesige Region.

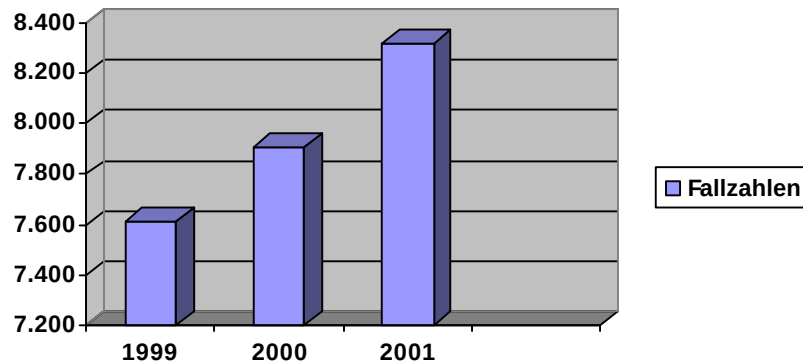
Die Fallzahlen der letzten Jahre zeigen eine stetige Zunahme von Patienten in der Westfälischen Klinik Gütersloh. So entwickelten sich die Fallzahlen in den Jahren 1999-2001 wie folgt:

1999 = 7.615

2000 = 7.909

2001 = 8.317

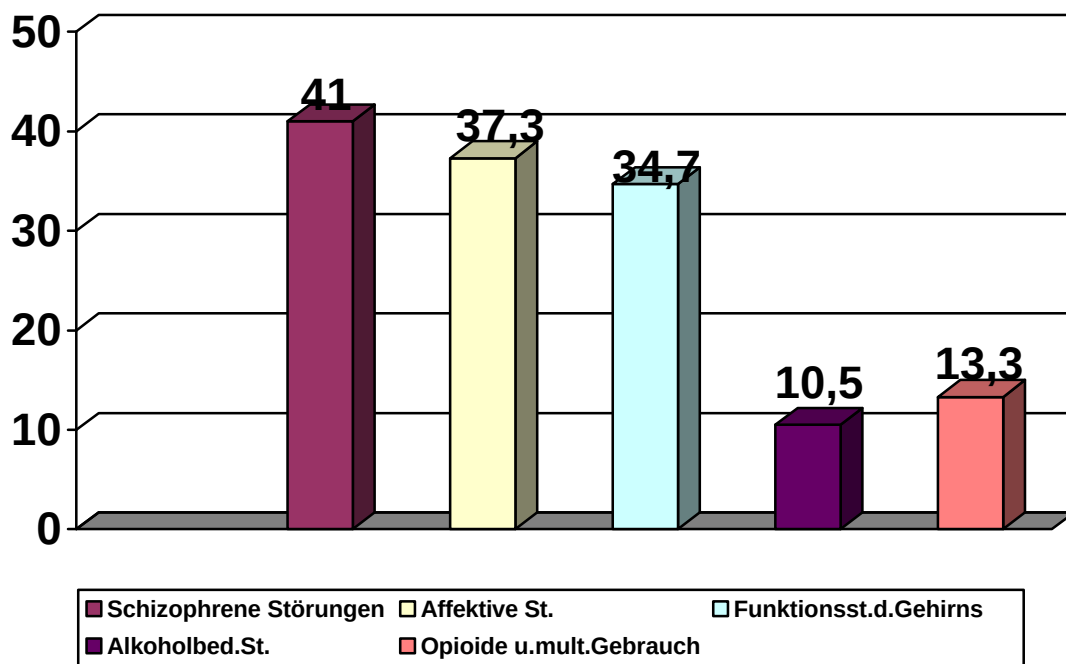
Entwicklung der Fallzahlen:



Gleichzeitig reduzierte sich im selben Zeitraum die Verweildauer der Patienten.

Die mittlere Behandlungsdauer der verschiedenen Diagnosegruppen (Patienten aller Herkunftsgebiete) zeigt, dass Schizophrene Störungen (ICD 10 F20-F29) mit durchschnittlich 41 Tagen den längsten stationären Aufenthalt nach sich ziehen. Es folgen danach Affektive Störungen (ICD 10 F30-F39) mit durchschnittlich 37,3 Behandlungstagen und psychiatrischen Störungen bei Funktionsstörung des Gehirns (ICD 10 F05-F09) mit 34,7 Tagen. Die niedrigste mittlere Behandlungsdauer wird bei der Diagnose psychischer Störungen durch Alkohol (ICD 10 F10) 10,5 Behandlungstage, gefolgt von Opioiden u.a. multiplem Gebrauch (ICD 10 F11-F19) mit 13,3 Behandlungstagen verzeichnet.

Behandlungsdauer in der WKPPN (ausgewählte Krankheitsbilder)



Inwieweit eine aus ökonomischen Gründen kurze Verweildauer (z.B. im Suchtbereich) die Wiederaufnahmeraten beeinflusst, ist derzeit bundesweit in der Diskussion. Es wird die Vermutung laut, dass eine adäquate Dauer der Behandlung, die nach medizinischen Qualitätsstandards erfolgt, wesentlich den Behandlungserfolg beeinflusst. Auch die Frage, ob die ambulanten Dienste und Einrichtungen in der Lage sind, unter den bestehenden Rahmenbedingungen eine qualitativ gute Arbeit für psychisch kranke Menschen zu leisten, zumal bisher nur vereinzelt minimale Qualitätsstandards vereinbart worden sind, bleibt z.Zt. unbeantwortet.

Der Vorteil der Westfälischen Klinik gegenüber einer Abteilung des Allgemeinenkrankenhauses (eine der Forderungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988) liegt in den gut ausgebauten Fachstrukturen, multidisziplinärer Ausstattung der Teams (Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten) und der Einbindung in die Stadt und Kreis Gütersloh. Mit anderen Einrichtungen und Diensten im Kreis Gütersloh gibt es enge Zusammenarbeit und Abstimmung. Die Westf. Klinik Gütersloh bringt ideale Voraussetzungen für einen verbindlich und vertraglich gestalteten Gemeindepsychiatrischen Verbund Gütersloh mit.

Wünschenswert aus der Sicht der Gemeindepsychiatrie wäre darüber hinaus in Kooperation mit anderen Anbietern psychosozialer Angebote die Vorhaltung eines oder einer kleinen Anzahl (1-6) sog. Krisenbetten für kurzfristige Interventionen; sie sind bereits in anderen westlichen Ländern (z.B. in Italien) bzw. im Ergebnis des Modellprojektes „Krisendienste in NRW“ seit Jahren erfolgreich erprobt.

Besonders hervorzuheben ist die vorbildliche langjährige Fortbildungsarbeit der Westfälischen Klinik Gütersloh in Form der jährlich stattfindenden Fachtagungen, die bereits Tradition haben. Hierzu zählen:

- die Gütersloher Fortbildungswoche,
- das Gerontopsychiatrische Symposium und
- die Fachtagung Sucht.

Hier wird nicht festgehalten am Vergangenen, im Gegenteil, die Erfolge und spezifische Stärken werden für die Weiterentwicklung der Psychiatrie und die Ausdifferenzierung von Versorgungsangeboten genutzt.

Wie die Große Anfrage „Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen“ 2002 zeigte, sind die auf Landesebene seit 1991 vorliegenden Daten über Bettennutzung, Verweildauer, Wiederaufnahmerate (Krankenhaustäufigkeit) zum Teil unvollständig oder weichen von den tatsächlichen Gegebenheiten ab, so dass sie nicht als ausreichend valide angesehen werden können, um daraus verlässliche Analysen abzuleiten. Einen Grund hierfür könne man in den unterschiedlichen Betrachtungsansätzen hinsichtlich der Zählweisen sehen, da die Psychiatrischen Krankenhäuser keine verpflichtende einheitliche, standardisierte Basisdokumentation führen.

Hier besteht auf Landesebene aus folgenden Gründen Veränderungsbedarf:

- Die Tätigkeit der Qualitätssicherungsbeauftragten erfordert valide Zahlen, um verlässliche Analysen abzuleiten, die sowohl den zwingend betriebswirtschaftlichen Aspekt als auch den patientenbezogenen -alle psychisch Kranken haben das Recht auf qualitativ gleichwertige Behandlung unabhängig vom Krankenhausstandort- berücksichtigen. Qualitätssicherung hat nicht nur zur Aufgabe, anhand valider Zahlen Problembereiche aufzudecken, sondern vor allem Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu erproben. Fehlende Dokumentationen verhindern dies.

- Die „Große Anfrage Psychiatrie in NRW“ zeigte, dass die Daten der Landschaftsverbände und der Kreise und kreisfreien Städte zum Komplex stationäre Versorgung (Krankenhäuser, Wohnheime für psychisch Kranke) differieren. Daraus lassen sich keine zuverlässigen Krankenhausbedarfszahlen ableiten.
- Im Krankenhausplan NRW waren zum Stichtag 31.12.2000 42 psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und 48 psychiatrische Fachkrankenhäuser mit insgesamt 14.087 Betten aufgeführt. In dieser Gesamtzahl sind 5 Krankenhäuser mit 948 Betten sowie weitere 139 Betten enthalten, in denen psychisch Kranke mit besonderem pflegerischen und medizinischen Betreuungsaufwand zu Lasten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe versorgt oder in denen ausschließlich Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden. Die psychiatrische Bettendichte in der Region 10 (also incl. Gütersloh) beträgt 56 Betten auf 100.000 Einwohner.

Die Versorgungsdichte in den 16 Krankenhausversorgungsgebieten NRW bewegt sich zwischen 46 und 101 Betten pro 100.000 Einwohner, somit bewegt sich die Versorgungsregion 10 im unteren Bedarfsbereich. Das Problem besteht jedoch darin, dass in der psychiatrischen Krankenhausbedarfsplanung nicht der tatsächliche Bedarf gemeint ist, sondern ein planerischer, fiktiver -abweichend von der Regelung für Allgemeinkrankenhäuser - Bedarf nach Einwohnerzahl. Einheitliche standardisierte Zählweisen (Basisdokumentationen) landesweit würden zu mehr Transparenz und einer tatsächlichen Bedarfsspiegelung in den Regionen / Kommunen führen, was sich wiederum in der Planung einer adäquaten, gemeindenahen Versorgung zugunsten psychisch kranker Menschen auswirken würde.

3.1.2 Teilstationäre Versorgung und medizinische Rehabilitation

Wie unter 3.1.1 dargestellt, verfügt die Westfälische Klinik Gütersloh neben stationären Behandlungsangeboten auch über teilstationäre Einrichtungen. Hierzu zählen das **Gütersloher Pflegezentrum**, welches der qualifizierten, ambulanten, teilstationären und stationären Pflege (einschließlich Kurzzeitpflege) dient und seit 1991 über eine **gerontopsychiatrische Tagesklinik** verfügt. Die Gütersloher gerontopsychiatrische Tagesklinik gehört zu den wenigen (20) Tageskliniken im Lande NRW. Laut Landschaftsverband Westfalen-Lippe fehlen in der Versorgungsregion 10 immer noch 2 Tageskliniken mit insgesamt 40 Plätzen.

Nach Angaben der Betriebsleitung der Westf. Klinik sollen die **Tagesklinik Sucht in Gütersloh** und die **Tagesklinik Halle** ausgebaut werden.

Die regionale Verteilung der Tagesklinikplätze für psychisch kranke Erwachsene macht deutlich, dass im Versorgungsbereich 10 (vgl. 3.1.1) 16 Plätze bezogen auf 100.000 Einwohner vorhanden sind. Dies entspricht in etwa den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988. (Die Einwohnerzahl der Region 10 wird vom Landtag NRW mit 1.605.755 Personen mitgeteilt)

Besser ausgestattet mit tagesklinischen Behandlungsplätzen sind die Versorgungsregion 11 (Kreis Höxter, Kreis Paderborn) mit 18,45 Plätzen und 1 (Düsseldorf, Kreis Mettmann, Remscheid, Solingen, Wuppertal) mit 16,60 tagesklinischen Behandlungsplätzen pro 100.000 Einwohner. Die Versorgungsregion 9 (Münster, Kreis Borken, Kreis Coesfeld, Kreis Steinfurt, Kreis Warendorf) verfügt über 13,70 Plätze und die Versorgungsregion 12 (Hamm, Kreis Soest, Kreis Unna) hat 10,13 Plätze pro 100.000 Einwohner. Die regionale Versorgung weist damit deutliche Unterschiede auf. Da die Relation zwischen vollstationären und teilstationären Kapazitäten eine Streuung zwischen 9 und 27% zeigt, muss es zukünftig bei einer entsprechenden Erhöhung von teilstationären Kapazitäten zu einer Reduktion in den vollstationären Bereichen kommen. Die Westfälische Klinik ist in ihren tagesklinischen Planungen zu unterstützen.

Neben den tagesklinischen Behandlungsplätzen gibt es im Kreis Gütersloh **Wohnheime für psychisch Kranke und Suchtkranke**. Landesweit schwankt die Platzzahl in Wohnheimen für psychisch Kranke zwischen 0 und 297 Plätzen je 100.000 Einwohner. Bezogen auf Kreis Gütersloh gibt es 7, 29 Plätze pro 100.000 Einwohner (Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh vom 10.02.02 - siehe Anlage).

Die Platzzahl in **Wohnheimen für Suchtkranke** beträgt zwischen 0 und 43 Plätze pro 100.000 Einwohner. Da allerdings zum Zeitpunkt der Erhebung im Kreis Gütersloh etwa 80% der Bewohner eines Wohnheimes mit 55 Plätzen von auswärtigen Suchtkranken belegt war, würden die Platzzahlen im Kreis Gütersloh nicht die tatsächliche Platzdichte verdeutlichen. In diesem Bereich ist demnächst mit konkreter Bedarfserhebung innerhalb des Kreisgebietes zu rechnen.

Ein für die Dauer von zwei Jahren eingesetztes Steuerungsgremium wird die Notwendigkeit stationärer Hilfen für Menschen mit Suchtproblematik anhand eines qualifizierten Aufnahmeverfahrens dokumentieren. Der abschließende Bericht soll vom Landschaftsverband Westfalen - Lippe in enger Zusammenarbeit mit der Psychiatrie- und Suchtkoordinatorin erarbeitet werden.

In Westfalen-Lippe gibt es 18 vergleichbare Einrichtungen, die zunächst unter dem Namen „Übergangswohnheime“ bestanden und nun in den letzten Jahren ihre Bezeichnung in „**Rehabilitationseinrichtung**“ verändert haben. Im Kreis Gütersloh gibt es in diesem Bereich 40 stationäre und 4 ambulante Plätze (Hans Peter Kitzig Institut und Reha-Einrichtung Unter den Ulmen). Auch auf Landesebene wird, wie in Gütersloh, die Zuordnung zur medizinischen Rehabilitation einerseits und zur Teilhabe an der Gemeinschaft andererseits unterschiedlich vorgenommen. Allerdings wird es bei inhaltlicher und konzeptioneller Überprüfung deutlich, dass es sich bei den vorhandenen Einrichtungen um Rehabilitationseinrichtungen handelt, die in einem spezifischen therapeutischen Milieu sowohl medizinische als auch berufsfördernde Leistungen bei begleitender psychosozialer Betreuung erbringen.

Eine andere Art der Betreuung wird in der **Tagesstätte** angeboten. Es sind Einrichtungen, die psychisch kranke Menschen kognitiv, emotional und sozial fördern. Die Zielgruppe dieser Einrichtung sind psychisch Behinderte, die erheblich beeinträchtigt sind und insofern mit einer Tätigkeit in der Werkstatt für Behinderte (noch) überfordert sind. Die Tagesstätten bieten ein verbindliches Beschäftigungsprogramm; die Besucher der Tagesstätte müssen das Angebot regelmäßig, und so umfassend, wie es ihnen möglich ist, in Anspruch nehmen. Die Tagesstätten sind, ebenso wenig wie andere teilstationäre Hilfen, nicht als niederschwellig einzustufen, da hier ein förmliches Aufnahmeverfahren erfolgt. Jede Tagesstätte verfügt über ein Beraterteam (bestehend aus Leitung von Leistungsanbieter und WfB, Psychiatriekoordinatorin und Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes), so auch die Gütersloher.

In allen Kreisen und kreisfreien Städten NRW sind inzwischen Tagesstätten vorhanden und zwar je nach Größe der Gebietskörperschaft bis zu 7 Tagesstätten. Die Finanzierung der Tagesstätten erfolgt zu Lasten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Die 2 Gütersloher Tagesstätten verfügen über je 20 Plätze und sind für unsere Gebietskörperschaft nicht ausreichend. Beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe wurde bereits vor fast 3 Jahren ein dritter Antrag für eine weitere, zwingend notwendige Tagesstätte für psychisch Behinderte im Norden des Kreises Gütersloh gestellt, bisher erfolglos. Hier besteht nach wie vor Handlungsbedarf.

3.1.3 Ambulante Versorgungsangebote

3.1.3.1 Institutsambulanz

Die Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen an Psychiatrischen Krankenhäusern erfolgt auf der Grundlage einer Sonderregelung gem. §118 SGB V. Sie verfügen über multiprofessionelle Teams, weil hier sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Mitarbeiter zur

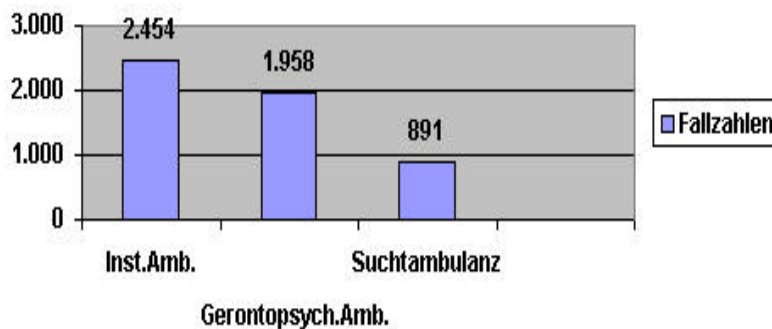
ambulanten Versorgung zugelassen werden. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt durch die Krankenkassen überwiegend im Rahmen von Fallpauschalen, teilweise im Rahmen von Einzelvergütungen für ärztliche und nichtärztliche Leistungen.

Die Gütersloher Institutsambulanz befindet sich auf dem Gelände der Westf. Klinik und wird zu 80-90% von Patienten aus dem Kreisgebiet in Anspruch genommen.

Die Fallzahlen des Jahres 2001 nach Mitteilung der Betriebsleitung:

- Fallzahl Institutsambulanz Gütersloh 2.454 Fälle
- Fallzahl gerontopsychiatrische Ambulanz 1.958 Fälle
- Fallzahl Suchtambulanz (im Ausbau begriffen) 891 Fälle

Fallzahlen Ambulanzen



Die Institutsambulanz der Westf. Klinik wird von Patienten aufgesucht, die entweder vor der vollstationären Behandlung stehen bzw. einer Nachbehandlung bedürfen.

Die Suchtambulanz weist niedrigere Fallzahlen auf als die übrigen Bereiche, da sie sich noch im Ausbau befindet.

3.1.3.2 Psychiatrische Behandlungspflege

Psychiatrische Behandlungspflege ist eine Leistung nach dem SGB V. Sie muss vom Facharzt der Psychiatrie / Neurologie verordnet werden und wird erst nach Erteilung der Genehmigung durch die zuständige gesetzliche Krankenkasse für einen begrenzten Zeitraum gewährt. Mehrere ambulante Pflegedienste verfügen im Kreisgebiet über entsprechend qualifiziertes Fachpersonal, welches unter ärztlicher Leitung psychisch kranke Menschen mit gestörtem Hilfesuchverhalten und Rückzugstendenzen betreuen kann. Nach Angaben der Abteilung Arbeit und Soziales hat sich die Anzahl der Personen, die Psychiatrische Behandlungspflege in Anspruch nehmen, um 6 auf 94 per 31.12.2002 verringert. Die vollständigen Daten der Gesetzlichen Krankenkassen lagen hier nicht vor.

3.2 Psychiatrische Versorgung im Kreis Gütersloh aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten

Das Versorgungsangebot einer Region wird von einem gegliederten Versorgungssystem vorgehalten und umfasst je nach Schwerpunkt des Leistungsanbieters Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen, die Rehabilitation sowie Rückfall- und Chronifizierungsprophylaxe.

Bei den Bemühungen zur Umgestaltung psychiatrischer Versorgung im Kreis Gütersloh ist von der Gruppe chronisch psychisch Kranker und Behinderter auszugehen, die langfristig zunehmend außerhalb der Westfälischen Klinik -gemeindenah- betreut wird. Daher ist es sinnvoll, die einzelnen Bausteine der psychiatrischen Versorgung hinsichtlich ihrer funktionellen Bedeutung für das Gesamtsystem kritisch zu durchleuchten und die eventuell fehlende Vernetzung dieser Angebote zu beheben, bzw. neue, effektivere Dienste zu initiieren.

Ausgangspunkt der im Jahre 2002 erfolgten Befragung im Kreis Gütersloh sind niedergelassene Mediziner, die neben der Institutsambulanz der Westfälischen Klinik Gütersloh für die notwendige Behandlungskontinuität bei den Patienten sorgen. Alle übrigen psychiatrischen und psychosozialen Dienste werden im relevanten Umfang von verschiedenen Institutionen angeboten. In der Fachwelt wird allgemein bemängelt, dass die Kenntnis der Versorgungsaufträge und Arbeitskonzepte selbst für die im System Tätigen suboptimal ist.

Das Ziel der Ärztebefragung bestand zum einen darin, Informationen über die Anzahl der in niedergelassenen Praxen versorgten psychisch und suchtkranken Patienten zu erhalten, einschließlich der Patienten ausländischer Herkunft und der Aussiedler.

Darüber hinaus sollte die Umfrage Aufschluss darüber geben, wie intensiv niedergelassene Ärzte mit einigen ausgewählten Diensten der psychosozialen Versorgung zusammenarbeiten und wie diese Zusammenarbeit bewertet wird. Gleichzeitig sollte eine Einschätzung der Versorgungslage im Bereich der Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und des fachärztlichen Notdienstes (Neurologie/ Psychiatrie) vorgenommen werden.

Im Zeitraum von etwa April bis Juni 2002 wurden insgesamt 198 im Kreis Gütersloh niedergelassene Ärzte der Fachrichtungen

- Allgemeinmedizin,
- Internisten,
- Neurologen,
- Psychiater,
- Ärztliche Psychotherapeuten,
- Kinderärzte,

ein Fragebogen mit einem Anschreiben und frankiertem Freiumschlag versandt.

Auf diese Weise konnten die ausgefüllten Fragebögen anonym an die Abteilung Gesundheit zurückgesendet werden. Das Versenden des Fragebogens wurde zuvor mit den regionalen Ärztevertretern und den betroffenen Einrichtungen abgestimmt. Der Bogen „Ärztebefragung im Kreis Gütersloh“ ist im Anhang des Psychiatrieberichtes beigelegt.

Von 198 ausgesendeten Fragebögen kamen 76, oder 36,38 % ausgefüllt zurück. Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld (LÖGD) bewertete diese Rückgabequote bezogen auf teilnehmende Ärzte als „erfreulich hoch“. Erfahrungsgemäß belaufen sich die Rückmeldequoten bei Ärzten zwischen 3-10 %.

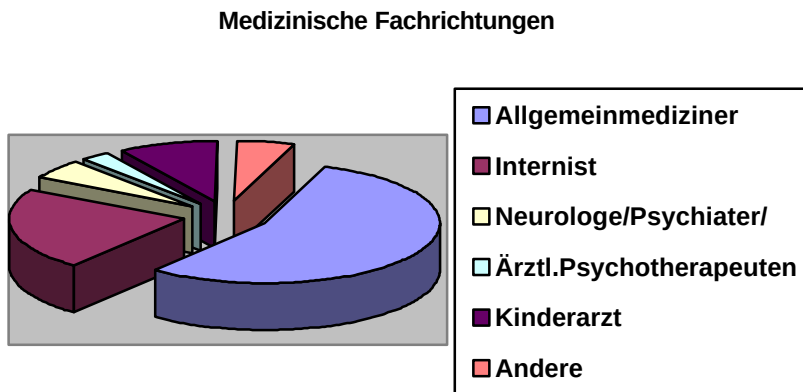
Antworten des Fragebogens

Frage 1:

„Ich bin tätig als:

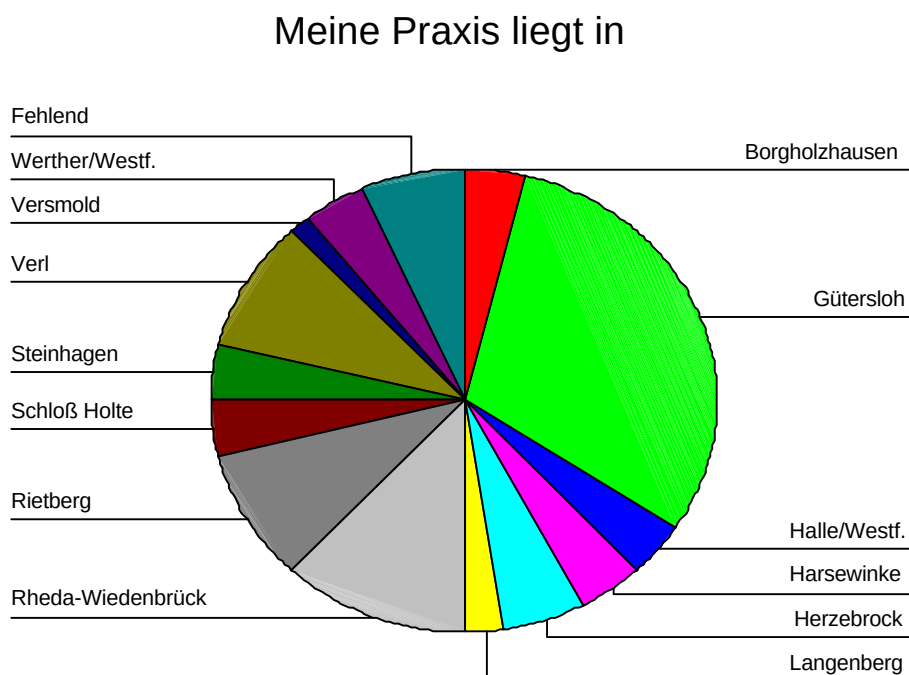
Allgemeinmediziner, Internist/in, Neurologe/in, Psychiater/in, Ärztl. Psychotherapeut/in, Kinderarzt/ärztin“

ergab aus den Rückmeldebogen folgende Verteilung der ärztlichen Fachgebiete:



Frage 2:

Meine Praxis liegt in Borgholzhausen, Gütersloh, Halle/ Westf., Harsewinkel, Herzebrock-Clarholz, Langenberg, Rheda-Wiedenbrück, Rietberg, Schloß Holte-Stukenbrock, Steinhagen, Verl, Versmold, Werther/Westf. beantworteten 71 Ärzte, 5 Angaben fehlten.



Frage 3

Zur Versorgung psychisch und suchtkranker Patienten haben 70 Ärzte beantwortet, 6 Antworten fehlen.

Die Auswertung der Rückmeldebogen ergab, dass der Anteil psychisch kranker Patienten (ohne gleichzeitige Suchterkrankung) in den Praxen der Vertragsärzte durchschnittlich 15,6 % beträgt. Der Anteil Patienten ausländischer Herkunft und Spätaussiedler dabei wurde auf durchschnittlich 18,17% geschätzt.

Der Anteil suchtkranker Patienten betrug durchschnittlich 5,39 %. Der Anteil suchtkranker Patienten ausländischer Herkunft und der Spätaussiedler wurde dabei auf 16,47 % geschätzt. Somit scheinen vor allem in den hausärztlich/internistischen Praxen -gemessen am Bevölkerungsanteil- mehr Zuwanderer/Spätaussiedler psychiatrisch oder suchtkrank zu sein als die deutsche Bevölkerung. Die Ursachen müßten gesondert untersucht und diskutiert werden.

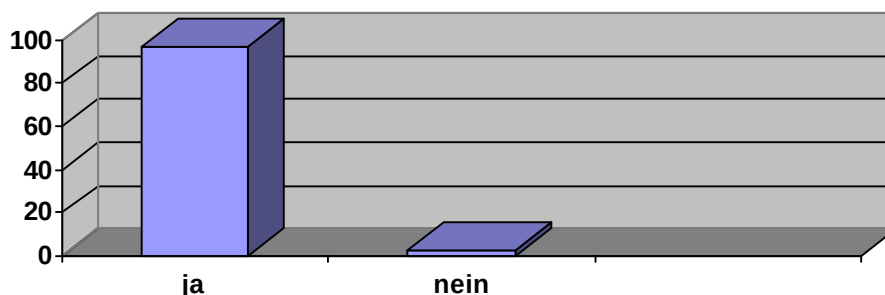
Frage 4:

"Ende 2002 nimmt die Tagesklinik des Westfälischen Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm / Westf. in Wiedenbrück ihre Tätigkeit auf.

Halten Sie im Rahmen von Diagnostik und Therapie eine kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz an der Tagesklinik für sinnvoll?"

Diese Frage beantworteten 71 Ärzte, 5 Antworten fehlen. 97,2 % der Ärzte, die diese Frage beantwortet haben, antworteten mit „ja“, mit „nein“ votierten 2,8 % der Ärzte.

Kinder-und jugendpsychiatrische Ambulanz an der Tagesklinik in Rheda - Wiedenbrück sinnvoll



Auf die Frage, welche Angebote für suchtkranke, psychisch kranke und geistig behinderte Kinder derzeit fehlen im Kreis Gütersloh, haben 61,8 % der Ärzte aufgezählt:

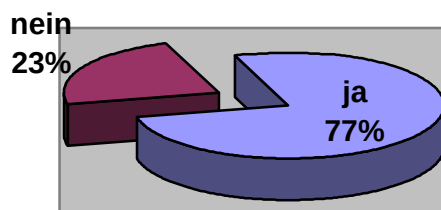
- Akute Behandlungsmöglichkeit / Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis
- Psychologische Testdiagnostik bei häuslichen und schulischen Konflikten, auch für Eltern
- Ambulante Psychotherapie (lange Wartezeiten)
- Beratungsstelle Tagesklinik
- Betreuung von ADS-Kindern, Kindern mit Schulproblemen, familiären Interaktionsstörungen, Angstproblemen
- Aufsuchende Hilfen
- Angebote für suchtkranke Kinder
- Zentrum für Essstörungen
- Langzeitunterbringung suchtkranker Kinder.

Frage 5:

"Halten Sie die Angebote zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh für ausreichend?"

Diese Frage wurde von 65 Mediziner*innen mit „ja“ beantwortet (76,9 %) nur 23,1% verneinten diese Frage. Die weitere Frage "Wo sehen Sie Defizite bei der gerontopsychiatrischen Versorgung" wurde von 76 Mediziner*innen (=100%) beantwortet.

Angebote zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh ausreichend?



Die Zusatzfrage "Wo sehen Sie Defizite bei der gerontopsychiatrischen Versorgung?" brachte folgende Aussagen:

- Es herrscht Mangel an gerontopsychiatrischen Tageskliniken;
- Zu wenige Tagesbetreuungsplätze vor Ort in kreisangehörigen Städten/Gemeinden;
- Defizit an bezahlbaren stunden- bis tageweisen Betreuungsangeboten für Pflegebedürftige, die der Entlastung von Angehörigen dienen;
- Es fehlt eine engmaschige ambulante Betreuung;
- Fehlen von Psychiatern/Therapeuten für ausländische Mitbürger, insbesondere für die türkische Sprache;
- Im Bereich der Langzeitversorgung wird der Ausbildungsstand des Personals moniert: spezielle Ausbildung bzw. Zusatzausbildung für Pflegepersonal wird gewünscht; allerdings wird auch auf die schlechte Vergütung der Altenpflegerinnen und Altenpfleger hingewiesen;
- Zu lange Wartezeiten für Tagesbetreuungsplätze.

Frage 6:

"Arbeiten Sie mit folgenden Institutionen / Einrichtungen zusammen":

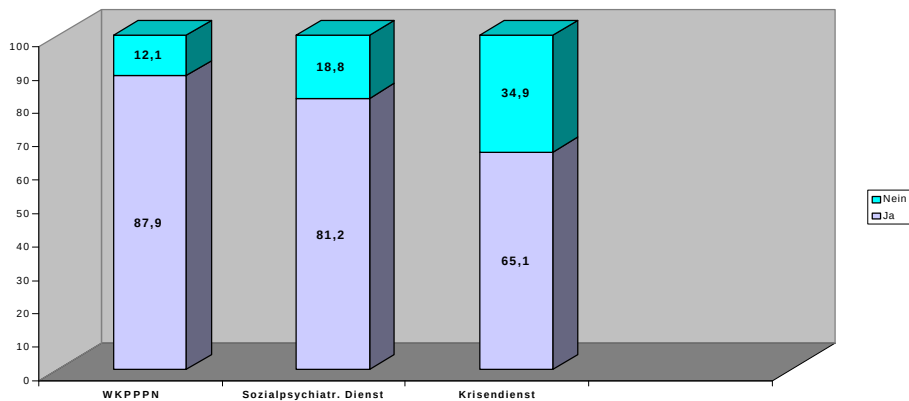
Beantworteten zur Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie, Gütersloh, 66 Ärzte;

zum Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Gütersloh 69 Ärzte,

zum Krisendienst für den Kreis Gütersloh, 63 Ärzte.

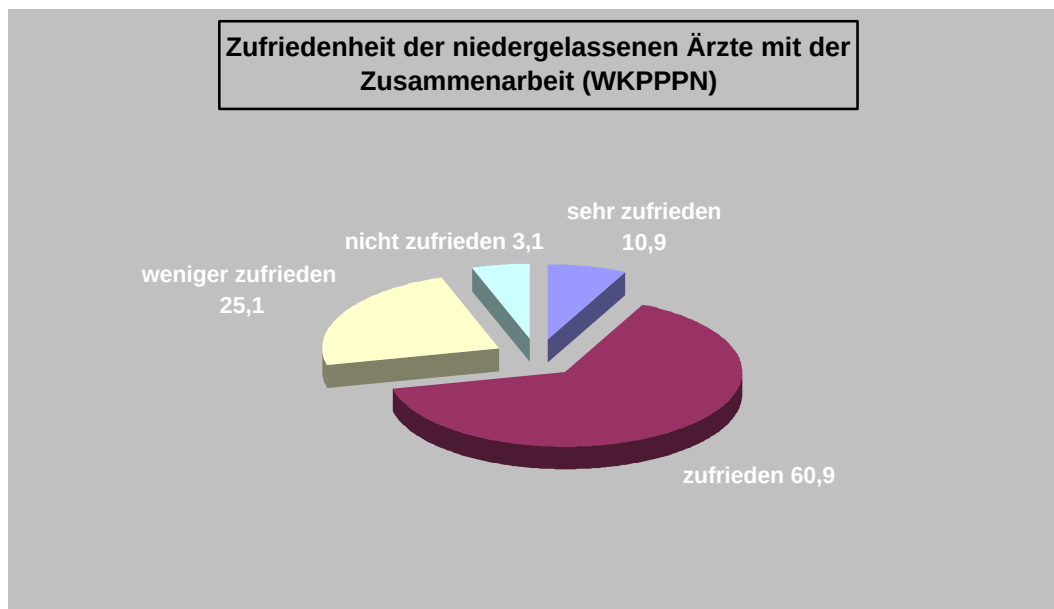
Davon arbeiten 87,9 % mit der WKPPPN Gütersloh zusammen, 81,2 % mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, 65,1% mit dem Krisendienst.

Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit der WKPPPN, SpDi, Krisendienst



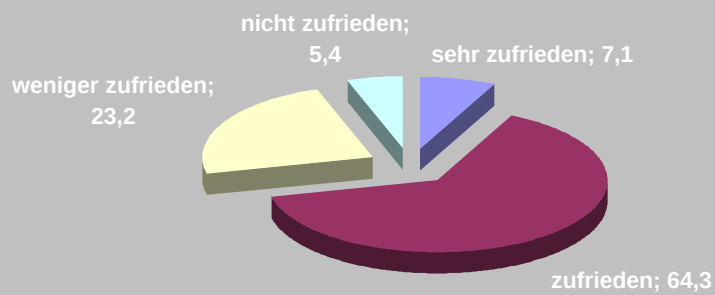
Anschlussfrage: "Wenn ja, bewerten Sie bitte die Zusammenarbeit auf einer Skala von 1-4 (sehr zufrieden, zufrieden, weniger zufrieden, nicht zufrieden)"

Mit der WKPPPN arbeiten 87,9 % der niedergelassenen Ärzte, die den Befragungsbogen des Kreises ausgefüllt haben, zusammen. 10,9% der beteiligten Ärzte sind über die bestehende Zusammenarbeit sehr zufrieden und 60,9% zufrieden. Weniger zufrieden waren 25,1% und nicht zufrieden 3,1% der Antworten.



In Bezug auf den SpDi ergab die Ärztebefragung im Frühsommer 2002 folgendes: 87,9% der niedergelassenen Ärzte im Kreis Gütersloh, die diesen Fragebogen ausgefüllt haben, arbeitet mit dem SpDi des Kreises zusammen. 7,1% der Ärzte sind sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit, 64,3% äußern sich zufrieden, 23,2% sind weniger zufrieden und 5,4% zeigten sich unzufrieden mit der Zusammenarbeit.

**Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit der
Zusammenarbeit
(Sozialpsychiatrischer Dienst)**

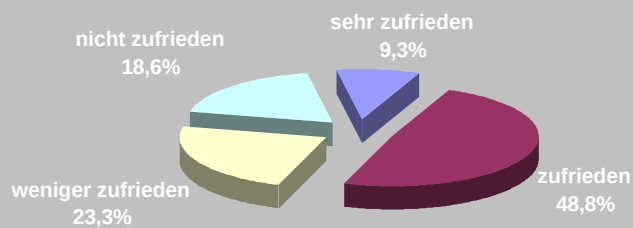


Aus den Rückmeldebogen der durchgeführten Befragung niedergelassener Ärzte im Kreis Gütersloh geht hervor, dass 65,1% der Ärzte mit dem Krisendienst zusammenarbeiten und 34,9 % nicht.

Hier korrespondieren die Ergebnisse mit den erfolgten Aufnahme- /Einweisungszahlen in eine psychiatrische Klinik.

Befragt zur Zufriedenheit über die bestehende Zusammenarbeit, sind 9,3 % der Ärzte sehr zufrieden, 48,8 % zufrieden und 23,3 % weniger zufrieden. Nicht zufrieden äußerten sich 18,6 % der Ärzte.

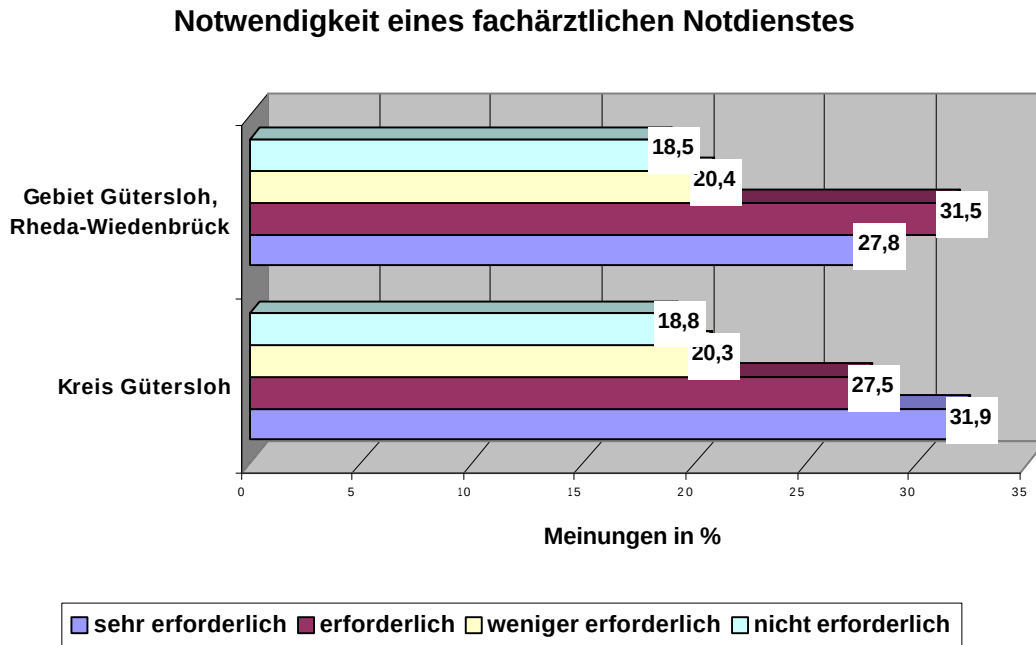
**Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit
(Krisendienst Gütersloh e.V.)**



Frage 7

Bewerten Sie die Einrichtung eines fachärztlichen Notdienstes (Psychiatrie/Neurologie)

- a) für den gesamten Kreis Gütersloh
- b) für das Gebiet Gütersloh, Rheda-Wiedenbrück.



Während fast 60 % der hausärztlich Tätigen die Notwendigkeit eines fachärztlichen Notdienstes sahen, gab es auf die Frage, „Wenn Sie als Neurologe/ Psychiater tätig sind, würden Sie sich an einem solchen fachärztlichen Notdienst beteiligen?“ einheitlich die Antwort: „nein“.

3.3 Krisen - und Notfallversorgung

3.3.1 Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NW) definiert im § 16, wie bereits unter „Gesetzlichen Rahmenbedingungen“ erläutert:

„.....Für die Hilfen an geistig und seelisch Behinderten, psychisch Kranken und Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen hält die untere Gesundheitsbehörde kraft Gesetzes einen sozialpsychiatrischen Dienst vor.“

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist als Spezialdienst in der Abteilung Gesundheit eingerichtet. Seine Aufgaben liegen in der Beratung und Begleitung von psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen, sowie die Mitwirkung bei den Unterbringungsverfahren, um auf eine adäquate Diagnostik und Therapie sowie Nachsorge hinzuwirken. Der SpDi ist unterteilt in eine Beratungsstelle für Suchtkranke und in eine Beratungsstelle für psychisch Kranke und ihre Angehörige.

Grundsätzlich wirkt der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Gütersloh als niederschwellige Beratungsstelle den möglichen Krisen entgegen. Die Hilfen werden in beratender, nach-

gehender und intervenierender Form von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen erbracht. Sie bieten den Bürgerinnen und Bürgern des Kreises Gütersloh Einzelgespräche, Hausbesuche und Gruppenangebote an und kooperieren mit anderen Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen.

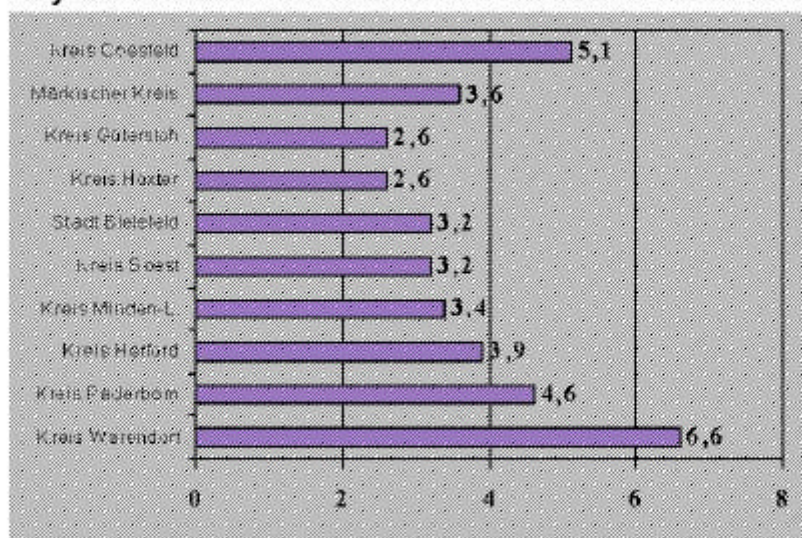
Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter des SpDi ist für einen bestimmten Sektor des Kreises verantwortlich, hält vor Ort die Sprechstunden ab und arbeitet eng mit dem jeweiligen Regionalteam der Abteilung Jugend, Familien und Sozialer Dienst zusammen.

Darüber hinaus sind die Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle sektorübergreifend tätig, in dem sie für alle Glücksspielsüchtigen verantwortlich sind oder schwerpunktmäßig suchtkranke Frauen betreuen, die zum großen Teil traumatisiert sind. Es werden auch Informationsgruppen angeboten für suchtkranke Menschen und deren Angehörige sowie für Autofahrer, die suchtmittelbedingt ihren Führerschein entzogen bekamen.

Die personelle Ausstattung des SpDi liegt mit einer Meßzahl von 1,7 nichtärztlichen Fachkräften auf 100.000 Einwohner -im Vergleich zu anderen Kreisen und kreisfreien Städten- am unteren Ende der Ausstattung.

Die mittlere Personalausstattung mit psychosozialen Fachkräften sowohl im psychiatrischen als auch im Suchtbereich beträgt, wie aus der unten stehenden Graphik ersichtlich, 2,6 pro 100.000 Einwohner, während die Kreise Warendorf, Coesfeld und Paderborn über 2- bis fast 3- fach höhere Personalausstattung verfügen.

Psychosoziale Fachkräfte auf 100.000 Einwohner



Zum Team des SpDi gehören zwei Ärzte, die regelmäßige Sprechstunden anbieten und sich um solche Patienten kümmern, die keine ausreichend tragfähige Arztbetreuung haben. Diese psychisch kranken Menschen sind nicht imstande angemessene Hilfen zu suchen, da sie im hohen Maße ihre Krankheit verkennen und mangelhafte Behandlungsmotivation aufweisen.

Im Jahr 2001 gab es 7.050 persönliche und telefonische Kontakte. Die Gesamtzahl der Klienten betrug 1.252 Personen.

In Anbetracht der weiteren demographischen Entwicklung sowie der jetzt anstehenden Einführung des neuen Entgeltsystems im Krankenhaussektor, wird die Schaffung von effizienten komplementären Einrichtungen immer wichtiger und dringender.

Auch auf den SpDi kommen demnächst besondere Schwerpunkte zu: Weitreichende nachgehende Betreuung alter Menschen, die Angst vor Stigmatisierung, etliche Informationsdefizite haben und über eine geringere Mobilität verfügen.

Hier wird sich der Tätigkeitsbereich des SpDi unter anderem verstärkt auf die Mitgestaltung des Lebensmilieus und die Beratung von Bezugspersonen ausstrecken.

Zum anderen wird sich der SpDi verstärkt den psychisch- und suchtkranken Migranten widmen müssen; hier gilt es zusätzlich bestehende Sprachbarrieren zu überwinden.

3.3.2 Unterbringungen nach PsychKG und Betreuungsrecht (BtG)

Die Unterbringung ist grundsätzlich mit dem Entzug der Freiheit eines Menschen verbunden und stellt für den Betroffenen einen schwer wiegenden und oft folgenreichen Eingriff dar. Unterbringungsgrundlage ist das PsychKG oder das Betreuungsrecht.

Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) stellt bei der Auswertung der Unterbringungsverfahren für die Jahre 1997-2001 fest, dass sich die Zahlen der Unterbringungsverfahren nach PsychKG stabilisiert haben, dies jedoch auf einem hohen Niveau.

Die Ergebnisse dieses Berichtes sowie des Geschäftsberichtes der Justizverwaltung NRW weisen folgende Unterbringungszahlen auf:

- 19.962 Unterbringungsverfahren nach PsychKG
- 27.451 Unterbringungsverfahren nach dem Betreuungsrecht und
- 2.142 gerichtliche Entscheidungen nach § 1846 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch)

Somit wird jährlich etwa jede 400ste Person von einem Unterbringungsverfahren in eine psychiatrische Klinik oder von einem rechtlich gleichzustellenden erheblichen Eingriff in die persönliche Bewegungsfreiheit (z.B. in einem Heim) betroffen.

Im Kreis Gütersloh wurden im Jahr 2002

- 58 Personen nach dem Betreuungsrecht und
- 321 Personen nach PsychKG

untergebracht.

Die kommunalen Vergleiche zeigen eine sehr unterschiedliche Unterbringungspraxis. Die Quoten bewegen sich zwischen 0,26 bis zur 2,86 Unterbringungen pro 1000 Einwohner. Der Kreis Gütersloh liegt mit einem Wert von 0,92 PsychKG-Unterbringungen pro 1000 Einwohner unter der nordrhein-westfälischen Durchschnittsquote (1,11). Im Bereich der Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz (BtG) sind 0,167 Unterbringungen zu verzeichnen (Landesdurchschnitt: 1,16).

Die Daten des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst dokumentieren, dass 61 % der Unterbringungen in NRW außerhalb regulärer Dienstzeiten erfolgen. Im Kreis Gütersloh fanden im Jahr 2001 68,22 % der Unterbringungen abends bzw. nachts oder an Wochenenden statt.

Beim Vergleich der Daten seit 1997 ist festzustellen, dass die Unterbringungszahlen im Kreis Gütersloh -bedingt durch den Einsatz des Krisendienstes rückläufig sind.

3.3.3 Weitere Dienste und Einrichtungen

3.3.3.1 Krisendienst e.V.

Der psychosoziale Krisendienst für den Kreis Gütersloh bietet seit dem 01.07.1993 die psychiatrische und psychosoziale Nacht- und Wochenendversorgung an. In den Jahren 1993 bis 1995 finanzierte sich der Dienst durch eine Modellförderung des Landes, Spenden und Zuschüsse des Kreises Gütersloh. Seit dem 01.01.1999 besteht ein Kooperationsvertrag zwischen dem Kreis Gütersloh und dem Krisendienst e.V. über die Förderung und die Wahrnehmung der Aufgaben der niedrigschwelligen psychiatrischen Nacht- und Wochenendversorgung.

Der Dienst ist montags bis freitags von 19.00 Uhr bis 7.30 Uhr, an Feiertagen und Wochenenden von Samstag 7.30 bis Montag 7.30 Uhr rund um die Uhr in den Diensträumen Pestalozzistr.17, 33330 Gütersloh, tätig.

Er steht somit als niederschwelliges Angebot nachts und außerhalb der üblichen Dienstzeiten anderer Versorgungseinrichtungen, allen Betroffenen, deren Angehörigen sowie Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung.

Die Mitarbeiter des Krisendienstes bieten, jeweils orientiert am individuellen Bedarf des Klienten, telefonische Beratung, Beratung in den Räumen des Krisendienstes an und führen darüber hinaus noch Hausbesuche im gesamten Kreisgebiet durch.

90 % des Mitarbeiterstabes arbeitet beruflich seit mehreren Jahren im psychosozialen Bereich, das Verhältnis von Hauptberuflichen im ambulanten Sektor zu Hauptberuflichen im stationären Bereich (Klinik) liegt bei 2/3 zu 1/3.

Gesamtzahlen der Kontakte/Einsätze differenziert nach Monaten im Vergleich 1999 - 2001

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII		
Fälle 01	118	98	84	115	107	143	154	115	109	123	119	153	1438	120
Fälle 00	115	112	113	148	165	146	147	112	125	175	152	206	1716	143
Fälle 99	77	84	78	88	112	80	104	106	104	91	77	118	1119	93,25

Insgesamt waren im Berichtszeitraum 1.438 Einsätze, dies sind im Monatsdurchschnitt 120 Einsätze.

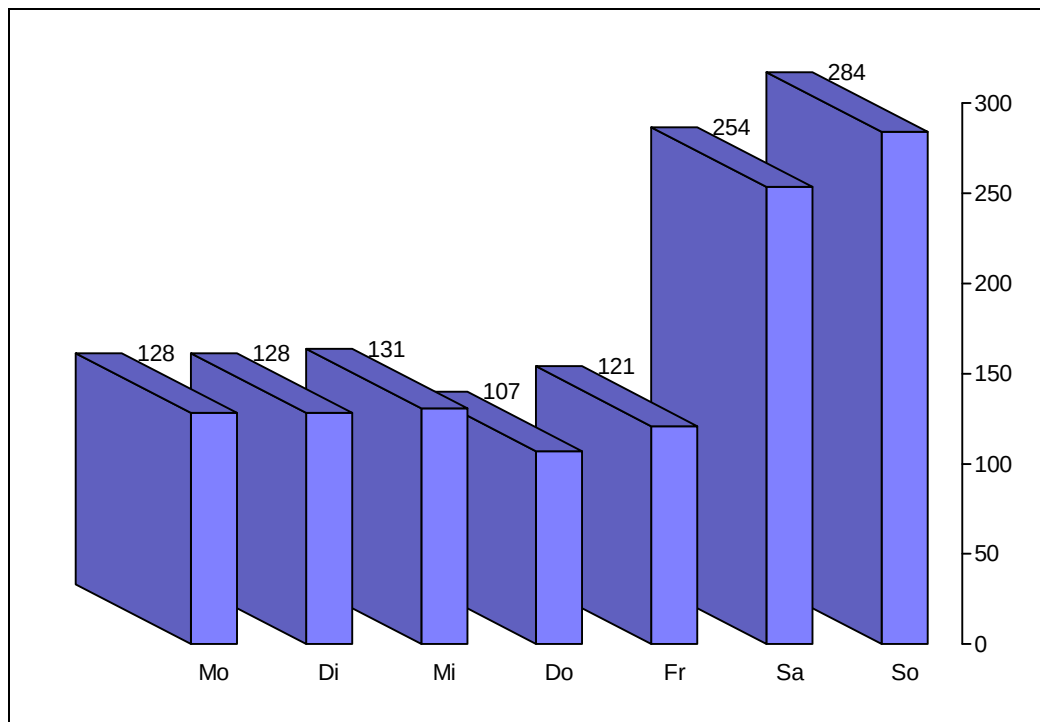
Die Inanspruchnahme des Krisendienstes an den Wochenenden ist doppelt so hoch wie an den Wochentagen. Dies lässt sich mit der veränderten Alltagsstruktur, Nichterreichbarkeit anderer Dienste oder Überforderungssituationen für Angehörige von Betroffenen erklären. Eine weitere mögliche Erklärung dürfte die 24-Stunden-Erreichbarkeit des Krisendienstes an den Wochenenden und Feiertagen sein, also doppelt so lange als in der Woche (täglich

abends von 19.00 Uhr bis 8.00 Uhr morgens, an den Feiertagen und Wochenenden rund um die Uhr).

Diese Erklärung wird durch die analoge hohe Nutzung des Krisendienstes während der Feiertage unter der Woche unterstützt.

Über die Zunahme von Krisen an den Wochenenden berichten auch andere psychosoziale Krisendienste, wie z.B. die Telefonseelsorge.

Häufigkeit des Auftretens einer Krise, differenziert nach Wochentagen und Wochenenden 2001 (einschließlich Feiertage)



Die Fallzahlen der Woche weisen nach, dass der Krisendienst außerhalb der üblichen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen sehr rege von Menschen in schwierigen Situationen in Anspruch genommen wird. Ähnliche Erfahrungen machen auch die übrigen in NRW tätigen Einrichtungen wie Krisendienste und Telefonseelsorge. In NRW gibt es bisher Krisendienste in den Kreisen Gütersloh und Herford sowie in Bielefeld, Herne, Münster, Solingen und Wuppertal. In vier weiteren Gebietskörperschaften, nämlich Krefeld, Mönchengladbach, Kreis Siegen-Wittgenstein und Kreis Soest liegen bereits Konzepte vor, allerdings ist die Finanzierung dieser Dienste noch nicht abschließend geklärt. Der Kreis Viersen erarbeitet zurzeit eine Konzeption des Krisendienstes.

Der Gütersloher Krisendienst benennt in seiner Dokumentation des Jahres 2001 folgende ausgewählte Problematiken (bis zu 4 Nennungen möglich)

	absolut 2001	Gesamtfallzahl in % 2001	absolut 2000	Gesamtfallzahl in % 2000
Psychose im akuten Stadium	112	4,5	103	3,1
Psychische Krankheit ohne akute Krise	325	13,0	450	13,7
Alkoholsucht	209	8,4	268	8,2
Isolation/Einsamkeit	396	15,9	631	19,3
Latente/akute Suizidgefahr	127	5,1	134	4,1
Arzneimittel/Drogen	87	3,5	310	9,4
Familien-/Partner-/ Trennungs- problematik	327	13,2	300	10,8
Angstzustand	126	5,1	165	5,0
Sonstige (z.B. chronischer Schmerz, Borderlinestörung)	219	8,8	347	10,6

Im Vergleich zu 2000 ist ein prozentualer Anstieg der Krisenanlässe im Bereich der akuten Psychosen sowie im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung zu verzeichnen. Der prozentuale Anstieg bei latenter/akuter Suizidgefahr ist damit erklärbar, dass der Krisendienst vermehrt von Menschen mit einer Borderlinestörung und Selbstverletzungstendenz in Anspruch genommen wird.

Wer nimmt Kontakt auf ?

	Fälle	% in 2001	% in 2000	% in 1999	% in 1998
Klienten	923	90,1	83,7	79,1	71,4
Nachbarn/Freunde/Bekannte	36	3,1	3,0	4,9	5,5
Angehörige	110	9,5	7,2	9,1	13,5
Arzt/Pflegepersonal WKPPN	21	1,8	1,0	1,4	2,7
Polizei/Feuerwehr/Ordnungsamt	46	3,9	3,3	2,9	5,0
andere KH/andere Ärzte	3	0,3	0,7	0,8	0,8
anderer amb. Dienst	11	1,0	0,3	0,6	0,8
Betreuer	3	0,3	0,8	1,2	0,3
S	1.153	100 %	100 %	100 %	100 %

Zu mehr als 90 % aller Fälle nehmen die Betroffenen selbst Kontakt zum Krisendienst auf. An zweiter Stelle stehen Angehörige und Menschen des persönlichen Umfeldes mit 12,6 %. Einen leichten Anstieg verzeichnet die Kontaktaufnahme durch die Polizei / Feuerwehr und Ordnungsamt sowie Arzt und Pflegepersonal der Westf. Klinik. Die Erfahrung, dass Frauen häufiger den Krisendienst in Anspruch nehmen als Männer, deckt sich auch mit den Erfahrungen anderer Krisendienste. Frauen sind grundsätzlich eher als Männer bereit, in Krisensituationen Hilfeangebote zu nutzen.

Auffallend in der Statistik des Krisendienstes ist der hohe Prozentsatz von Alleinlebenden (50,8 %), die den Krisendienst nutzten. Insgesamt 27,8 % der Anrufer hatten einen familiären Rahmen, sei es, dass sie einen Partner oder Partnerin hatten, bei den Eltern oder in eigener Familie lebten.

Aufnahme/Einweisung in eine psychiatrische Klinik

Aufnahme/Einweisung	Gesamtzahl 2001	Gesamtzahl 2000	Gesamtzahl 1999	Gesamtzahl 1998
freiwillige Aufnahme	40	60	34	47
Einweisung gem. PsychKG/BtG	10	8	13	7
S	50	68	47	54

Die frühzeitige Beteiligung des Krisendienstes erreichte häufig, dass eine Einweisung nach PsychKG vermieden werden konnte, weil die Klienten im Laufe der Intervention einer freiwilligen Behandlung zugestimmt hatten.

Der Krisendienst als Baustein der psychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh ist als niederschwelliges Angebot nachts und außerhalb der üblichen Zeiten anderer Versorgungseinrichtungen für

- alle Betroffenen,
- deren Angehörigen sowie
- Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld

in

- akuten Familien-, Ehe- und Lebenskrisen,
- bei Selbstmordgefährdung,
- bei akuten Suchtproblemen und
- in psychischen Krisen

durch Beratung, aufsuchenden Dienst, Einleitung notwendiger Maßnahmen bzw. Weiterleitung an entsprechende Beratungsdienste tätig.

Auffallend ist der Anstieg von Interventionen in hochkomplexen psychiatrischen Krisensituationen (Auftreten von akuten Psychosen).

Das Angebot des Krisendienstes ist für das ambulante psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem im Kreis Gütersloh unerlässlich. Die Arbeit des Krisendienstes hat breite *Akzeptanz* bei der Bevölkerung und den Betroffenen sowie in der psychiatrischen Versorgungslandschaft gefunden.

Aus den Rückmeldebogen der durchgeführten Befragung niedergelassener Ärzte im Kreis Gütersloh geht hervor, dass 65,1% der Ärzte mit dem Krisendienst zusammenarbeiten und 34,9 % nicht. Hier korrespondieren die Ergebnisse mit den erfolgten Aufnahme-/Einweisungszahlen in eine psychiatrische Klinik.

Die differenzierte Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Krisendienst bei der Ärztebefragung 2002 fällt besonders auf. Allerdings wurde in verschiedenen Expertengesprächen deutlich, dass die Struktur der Arbeit des Krisendienstes teilweise verkannt wird. Es wird z.B. erwartet, dass der Krisendienst die Rolle eines nervenärztlichen Notdienstes ausfüllt.

Eine Änderung der bisherigen Struktur dergestalt, dass ein psychiatrischer Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst mit dem Krisendienst zeitgleich arbeiten würde, hält die Abteilung Gesundheit des Kreises für wünschenswert, um kreisweit ein fachärztliches Niveau bei Diagnostik und Therapie psychiatrischer Erkrankungen 24 Stunden am Tag vorzuhalten. Eine Unterstützung der niedergelassenen Fachärzte durch KollegInnen der Westf. Klinik und des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurde signalisiert.

3.3.3.2 Telefonseelsorge

Einsamkeit, Beziehungsprobleme, psychische Beeinträchtigungen und körperliche Gebrechen sind für viele Menschen Anlaß, um sich an die Telefonseelsorge zu wenden. Zu erreichen ist die Telefonseelsorge, die seit über 25 Jahren auch für die Menschen des Kreises Gütersloh tätig ist, unter den kostenlosen Nummern 0800/1110111 und 1110222.

Im Berichtsjahr 2001 wurden auf der kostenlosen Leitung 10.748 Gespräche von unterschiedlicher Dauer geführt. Durchschnittlich werden täglich 56 Anrufe gezählt; in der besonders fordernden Nachtschicht zwischen Mitternacht und 8.Uhr morgens sind es durchschnittlich 13 Gespräche. 5318 Gespräche hatten eine Gesprächsdauer zwischen 7 bis 30 Minuten, 1806 Gespräche hatten eine Länge von 31-60 Minuten, 308 Gespräche dauerten länger als 60 Minuten. Die Übrigen kamen mit einer Zeit von 1-6 Minuten aus.

Zu den wichtigsten Themen, die von den Anrufern immer wieder angesprochen werden, gehören *Sucht, Suizid, psychische Krankheiten und Sexualität*. Nach Erhebung der Telefonseelsorge sind *über 25,5 % aller Anrufer psychisch krank*. Hier ist kompetente Gesprächsführung gefragt, um Überlebenshilfe für Menschen in scheinbar ausweglosen Situationen zu sichern. Die langjährige Erfahrung der Telefonseelsorge zeigt, dass offensichtlich immer noch Menschen durch die Maschen des psychosozialen Netzes fallen.

In Krisensituationen, wenn sich der Zustand unerträglich zugespitzt hat, suchen sie die Hilfe entsprechender Krisendienste. Erklärtes Ziel der Telefonseelsorge ist, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben und eigene Selbsthilfepotenziale zu stärken.

Die Kosten der Telefonseelsorge werden von der katholischen und evangelischen Kirche finanziert. Auf der evangelischen Seite sichern die Kirchenkreise Gütersloh, Bielefeld, Halle/Westf. und die Lippische Landeskirche zu 70% die Arbeit der Beratungsstelle. Der katholische Verband Minden-Ravensberg-Lippe übernimmt 30% der anfallenden Kosten. In der Telefonseelsorge sind z.Zt. 104 ehrenamtliche Mitarbeiter im Einsatz. Jeder Ehrenamtliche übernimmt verbindlich 3 Tagschichten und eine Nachtschicht im Monat.

Aus meiner Sicht werden die Ehrenamtlichen, die aus völlig unterschiedlichen Berufen kommen und damit unsere Gesellschaft spiegeln, *vorbildlich durch eine intensive zweijährige Ausbildung auf ihre verantwortungsvolle Arbeit vorbereitet. Fortbildungskurse sind verbindlich*. Nach der zweijährigen Ausbildung wird von den Ehrenamtlichen eine dreijährige Mitarbeit in der Telefonseelsorge erwartet. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter sind - obwohl sie alle berufstätig sind bzw. studieren - teilweise bis zu 15 Jahre in der Beratungsstelle tätig. Die interne Befragung der Ehrenamtlichen machte deutlich, dass in dieser Tätigkeit die Rahmenbedingungen ausschlaggebend sind für die langjährige Bindung an das Ehrenamt. Darüber hinaus sehe man die Tätigkeit als bereichernd für die eigene Person: es ist ein *GEBEN* und nicht nur *NEHMEN*.

3.3.3.3 Notfallbegleitung

Zur Sicherstellung einer qualifizierten „seelischen Ersten Hilfe“ für die Angehörigen der Opfer von schweren Verkehrsunfällen, Tötungsdelikten und sonstigen tragischen Ereignissen haben sich folgende Institutionen zum 01.07.2000 zur Arbeitsgemeinschaft „Notfallbegleitung Gütersloh“ zusammengeschlossen;

- der Landrat des Kreises Gütersloh als Kreispolizeibehörde,
- die Evangelische Kirche, Kirchenkreis Gütersloh und Halle,
- die Römisch – Katholische Kirche, Dekanat Wiedenbrück,
- der Malteser Hilfsdienst, Diözesanverband Paderborn,
- das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Gütersloh e.V.

Die Notfallbegleitung Gütersloh soll Menschen, die Opfer tragischer Ereignisse geworden sind, Beistand gewähren. Zu ihren Aufgaben gehört insbesondere;

- die Betreuung von Angehörigen bei und vor allem nach der Überbringung einer Todesnachricht durch die Polizei
- der Beistand für Opfer schwerer Verkehrsunfälle und deren Angehörigen
- der Beistand für Eltern, deren Kind plötzlich verstorben ist,
- die Betreuung von unverletzten Personen an Schadenstellen oder bei Evakuierung
- die Betreuung der Opfer von Straftaten
- die Betreuung von Angehörigen nach Suizid
- die Betreuung von Personen nach einem besonders belastenden Erlebnis
- die Vermittlung von Kontakten zu weitergehender medizinischer, psychologischer oder seelsorgerischer Betreuung

Eine Dauerbegleitung oder Therapie soll von der Notfallbegleitung nicht geleistet werden. Der Einsatzbereich der in der Arbeitsgemeinschaft „Notfallbegleitung Gütersloh“ zusammen -geschlossenen Behörden, Verbände und Institutionen ist deckungsgleich mit den Grenzen des Kreises Gütersloh.

Die Geschäftsführung und verwaltungsmäßige Abwicklung obliegt laut Kooperationsvereinbarung dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Gütersloh e.V. *Die Notfallbegleitung finanziert den Betrieb sowie die Investitionskosten ausschließlich durch Spenden.*

Z.Zt. beteiligen sich 28 Freiwillige aus verschiedenen Berufen (u. a. ev. Pfarrer, Psychologen, Verwaltungsfachkräfte, kath. Gemeindereferenten, Polizisten) an der Notfallbegleitung. Alle Helfer werden laufend fortgebildet.

Bisher wurden über 100 Begleitungen durchgeführt; durchschnittlich etwas mehr als eine pro Woche. Die freiwilligen Helfer erhalten ihre Begleitungsbenachrichtigung über die Polizeileitstelle. Dort wird der Begleitplan (jeder Helfer bestimmt individuell, wie viele Bereitschaftsdienste er im Monat einplanen kann und möchte) gespeichert und die Änderungen der Rufbereitschaft gepflegt.

Eine durchschnittliche Notfallbegleitung erstreckt sich über 3 Stunden. Oft sind die Helfer 5 bis 6 Std. unterwegs, weil im Flächenkreis Gütersloh lange Wege bewältigt werden müssen.

Die Begleitung wird durch Betroffene dankbar angenommen. Die Notfallbegleitung selbst wünscht sich weitere Ehrenamtliche, die diese wichtige Arbeit bereit sind fortzusetzen.

3.4 Berufliche Rehabilitation und Arbeit

3.4.1 Ausgangslage

Teilhabe am Erwerbsleben gehört zu den übergeordneten Zielen psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation.

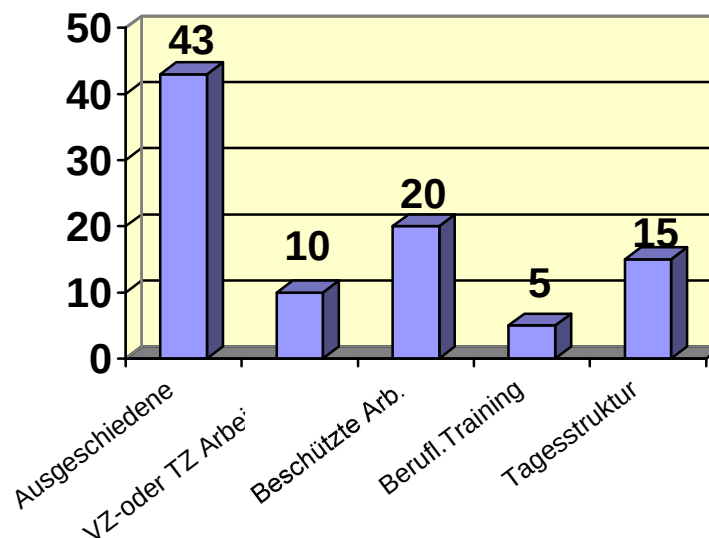
Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, die Erwerbstätigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 33 Abs.1 SGB IX).

Die Daten zur Arbeits – und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind *alarmierend*:

Nach dem im Jahr 2001 vorgelegten *Armutsbericht der Bundesregierung* sind nur *knapp die Hälfte* von den Menschen mit psychischen Erkrankungen *erwerbstätig* (die Tätigkeit als Hausfrau wurde ebenso als Erwerbstätigkeit gezählt!) *oder in der Ausbildung*:

- rund 43% der psychisch Erkrankten sind *aus dem Erwerbsleben ausgeschieden*
- *maximal 10%* der chronisch psychisch Kranken sind in Vollzeit oder Teilzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt;
- rund 20 % der Erkrankten haben einen beschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen;
- etwa 5 % nutzt die Angebote zum beruflichen Training bzw. zur beruflichen Rehabilitation;
- 15 % der chronisch psychisch Kranken nutzen Hilfeangebote in Form von Tagesgestaltung, die damit Beschäftigungsmöglichkeiten bieten.

Beschäftigtenstatus psychisch kranke Menschen in %



Insgesamt ist also fast die Hälfte aller chronisch psychisch kranken Menschen ohne jegliches Arbeits- oder Beschäftigungsangebot.

Für einen Großteil der Menschen mit psychischen Funktionsstörungen ist die Aufnahme einer Vollzeittätigkeit kein realistisches Ziel. Kritisch zu bewerten ist auch das System der Hilfen zur Teilnahme am Arbeitsleben, denn es ist mit jeweils *spezifischen Zugangskriterien* *hochgradig selektiv*. Für das Gebot der „barrierefreien Leistungserbringung“ (SGB IX) sollte der Zugang zu speziellen Leistungen so geöffnet werden, dass diese nicht zu einer Zugangsbarriere zum System werden, wie z.B. die zwingende Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft für psychisch kranke Menschen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben.

In einer psychiatrischen Versorgungsregion sind grundsätzlich niederschwellige Angebote erforderlich, die in der Zielsetzung geeignet sind, bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen überhaupt eine Motivation zur Aufnahme einer Tätigkeit zu entwickeln, sowie die Neigungen, Fähigkeit und Belastbarkeit zu erproben. Die ersten Schritte können durchaus im vorberuflichen Bereich im Rahmen ambulanter Ergotherapie, Tagesstätten, Ergotherapie in Krankenhäusern und Wohnheimen erfolgen.

Verschiedene prospektive Studien zur Effizienz der arbeitsrehabilitativen Einrichtungen in Westfalen-Lippe (Reker, 1998, Kurzfassung bei Reker und Eikermann 1997, Reker u.a. 2000) belegen mit ihren frappierenden Befunden, dass die Befragten insgesamt mit ihrer Arbeit zufriedener sind als befragte Gesunde mit der ihrigen.

Die Mehrzahl der Patienten schätzte ihre künftigen Arbeitschancen richtig ein. Sie rechneten nicht mit dem Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt; dies gelang nur einer Minderzahl.

Riedel (1994) weist nach, dass bei Ersterkrankten die Rate der Beschäftigungslosen von 15 auf 20% steigt, die Anzahl bei chronisch Kranken nimmt von 40 auf 48% zu.

Im Kreis Gütersloh werden Arbeits – und Beschäftigungsangebote unterschiedlicher Struktur von folgenden Institutionen und Einrichtungen begleitet:

Integrationsfachdienst, Werkstatt für behinderte Menschen im Kreis Gütersloh gGmbH, Kattenstroth Industrieservice, Stadt und Kreis Gütersloh, Psychosozialer Fachdienst der örtlichen Fürsorgestelle, Berufliches Trainingszentrum des Kolpingbildungswerkes, Dalke GmbH, Heureka, Komet, Förderkreis Wohnen-Arbeit-Freizeit, Zirkel, Hans-Peter-Kitzig Institut, Westfälisches Institut zur Rehabilitation psychisch Kranker, private Wirtschaft.

Darüber hinaus werden im Rahmen des Modells „Integration statt Ausgrenzung“ Unternehmen aus der Privatwirtschaft mit dem „Sozial-Oscar“ ausgezeichnet, die sich vorbildlich um die berufliche Integration psychisch kranker Menschen einsetzen.

Gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen fehlt allerdings im Kreisgebiet die notwendige Verknüpfung von psychiatrischen und arbeitsbezogenen Hilfen.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung benötigen - analog zum Gebärdendolmetscher - eine persönliche Assistenz durch eine Bezugsperson, die die Umsetzung der Hilfeplanung koordinierend begleitet.

Das im Kreis Gütersloh bestehende System des unverbundenen Nebeneinanders von psychiatrischen und arbeitsbezogenen Hilfen muss im rehabilitativen Sinne sinnvoll vernetzt werden. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen rehabilitative Leistungen erbringenden Einrichtungen und Diensten ist auf fallbezogene Kontakte beschränkt. Es gibt keine auf die Teilhabe am Arbeitsleben bezogene individuelle Rehabilitations- und Integrationsplanung, die leistungsträger – und erbringerübergreifend eingesetzt wäre. Geradezu zwingend ist diese Art des Hilfeplanes mit dem Hilfeplan im Bereich des betreuten Wohnens (Eingliederungshilfe nach §§ 39,40 BSHG) zu verzahnen, um eine angemessene Förderung psychisch kranker Menschen und damit das Ziel der Eingliederungshilfe weitestgehend zu erreichen.

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Erwerbstätigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 33 Abs.1 SGB IX).

In vielen Interviews wurde auf die fehlenden Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen im Norden und Süden des Kreises Gütersloh hingewiesen. Die Werkstatt für behinderte Menschen im Kreis Gütersloh gGmbH ermittelte, dass mehrere Mitarbeiter der Werkstatt aus dem Südkreis kamen. Daher wurde neben den bestehenden Arbeitsplätzen am Standort Gütersloh (210 Mitarbeiter) der Standort Rietberg -Werkstatt an den Schlossgärten- ausgewählt, um dort 45 Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen anzubieten. Eine weitere Ausweitung der Arbeitsplatzkapazität ist dort nicht vorgesehen. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass zu große Arbeitsbereiche eine zusätzliche Belastung für psychisch Kranke darstellen und somit ungeeignet für diesen Personenkreis sind.

Für den Norden des Kreises gibt es immer noch Handlungsbedarf; hier fehlen sowohl ortsnahe tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, als auch entsprechende Arbeitsplätze. Der genaue Bedarf ist hier allerdings zu erheben.

Die Vermittlungstätigkeit der Arbeitsverwaltung für Menschen mit psychischen Störungen erfolgt auf der Grundlage des § 97 SGB III. Bundesweit werden auf dieser Grundlage Beratungs – und Vermittlungsgespräche für somatisch und psychisch kranke Menschen geführt, obwohl die Sachbearbeiter der Arbeitsämter nach Untersuchung von Pörksen keine oder nur

geringe Kenntnisse über die Auswirkungen psychischer Erkrankungen haben (Pörksen, 2002).

Die Versorgung im ambulanten Arbeits- und Beschäftigungsbereich wird von vielen, sehr unterschiedlichen Institutionen oder Initiativen getragen. Die Abgrenzung, inwieweit es sich um spezielle psychiatrische Angebote handelt, oder ob bereits bestehende Einrichtungen Teile der psychiatrischen Versorgung mit übernehmen, ist nicht immer einfach. Will man die so zersplitterte Landschaft - *für die es keine einheitlichen Verantwortungsträger gibt* - analysieren, bedarf es zunächst eines Dokumentationssystems, das die Bestandsaufnahme der vorhandenen Einrichtungen möglich macht. Derzeit arbeitet der „Runde Tisch berufliche Rehabilitation“ an einer Bestandsaufnahme der im Kreis Gütersloh vorhandener Angebote auf der Grundlage des „Kölner Instrumentariums“.

Bezogen auf Arbeit und Beschäftigung ist das Normalisierungsprinzip zu berücksichtigen. Die Erbringung von Leistungen im betrieblichen Kontext hat Vorrang vor Leistungen in speziellen Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Prinzip lag der Idee des „Sozial-Oscars“ zugrunde.

3.4.2 Begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Die Durchführung der begleitenden Hilfe nach § 31 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) ist Pflichtaufgabe des Integrationsamtes (vor dem 01.07.2001 galt die Bezeichnung „Hauptfürsorgestelle“) mit dem Ziel, dass der Schwerbehinderte im Arbeitsleben keine Nachteile aufgrund seiner Behinderung erleidet. Der einzelne Behinderte hat dabei ein Recht auf diese Hilfen. Das Integrationsamt kann zur Durchführung der Aufgabe psychosoziale Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen. Mit der klinischen Arbeitstherapie werden auch Maßnahmen tagesstrukturierender Beschäftigung für chronisch psychisch Kranke angeboten. Hier finden sich die Angebote der Arbeitstherapie sowie der Integrationsdienste.

Für psychisch Behinderte können auch technische Hilfen zur behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes, wie z.B. Maßnahmen zur Eindämmung von äußeren Reizen (Lärm), notwendig sein. Diese Maßnahmen können aus Mitteln der Ausgleichabgabe finanziert werden (§ 31 SchwbG und §26 Ausgleichabgabe-Verordnung).

3.4.3 Zuverdienst und beschützte Arbeitsplätze

Damit ist der Teilzeit - Arbeitsbereich gemeint, der ein Angebot an Möglichkeiten der unterstützten Beschäftigung unterhalb der Schwelle für sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten bietet. Der Kreis Gütersloh verfügt bundesweit über die größte Anzahl von Zuverdienst Arbeitsplätzen. Typische Zuverdienstmöglichkeiten sind beim Verein "Förderkreis Wohnen-Arbeit -Freizeit e.V." in Gütersloh, im Bereich des „Schnäppchen“ in der Schulstrasse, des Industriecafés oder in der Gartenstr.4 entstanden. Auch in der Fa. „Komet“ e.V. aus Gütersloh gibt es Zuverdienst Arbeitsplätze. Am Jahresende 2001 gab es im Kreis Gütersloh rund 102 Zuverdienst Arbeitsplätze. Im Bereich der ambulanten Wohnbetreuung und Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist im Einzelfall dafür Sorge zu tragen, dass strukturell wie auch im Einzelfall die ggf. erforderliche Verknüpfung von Hilfen ergebnisorientiert umgesetzt wird.

3.4.4 Erster Arbeitsmarkt und „Sozial – Oscar“

Die Bedeutung von Arbeit sowie die sozialen, psychischen und gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit sind in den vergangenen Jahren oft untersucht und beschrieben worden. Auch die Studie des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung beschäftigte sich mit der Problematik unter dem Titel „Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung“ (Bonn 2001).

Die Teilhabe an der Erwerbsgesellschaft und das dadurch erzielbare Einkommen bestimmt wesentlich die Lebenssituation. Die Studie macht laut Pörksen (Zwischenbericht zum 31.03.2002, Berliner Tagung) auf der Grundlage von Bennett (1972) und der Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 deutlich, dass für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die Teilhabe am Arbeitsleben u.a. folgende Bedeutung hat:

„Arbeit verschafft:

- ein Gefühl vom persönlichen Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung von Erwartungen anderer;
- eine Möglichkeit sich in normalen sozialen Rollen (Nicht -Patientenrolle) zu engagieren und somit einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken;
- ein leicht identifizierbares Kriterium der Genesung;
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität;
- soziale Kontakte und Unterstützung;
- ein Mittel zur Tagesstrukturierung.“

Damit diese Effekte zum Tragen kommen können, muss die Integration in ein Arbeitsverhältnis gelingen, welches den Neigungen und Fähigkeiten des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entspricht und Überforderung ebenso vermeidet wie Unterforderung. Für diesen Personenkreis kommt bezüglich der Arbeits-, Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse die ganze Palette der produzierenden oder dienstleistenden Aufgaben und Tätigkeiten in Betracht. Je nach Verlauf und Ausprägung der psychischen Störungen ist ein diskontinuierliches oder gemindertes Leistungsvermögen zu berücksichtigen. Dieser Grundsatz wird auf dem privaten Arbeitsmarkt von der Fa. **Dalke GmbH**, die aus einer ursprünglich gemeinnützigen Zuverdienstfirma hervorgegangen ist, stringent durchgehalten. Dort werden 56 Mitarbeiter existenzsichernd beschäftigt und entlohnt. Sie unterliegen mit ihrer Firma den gleichen arbeits- und wettbewerblichen Bedingungen, wie andere Unternehmen der Privatwirtschaft. Mit Stolz können die Mitarbeiter auf Arbeitsjubilare in den eigenen Reihen verweisen.

Um andere Firmen der privaten Wirtschaft zu animieren, ebenso den Integrationsgedanken zu leben, wird im Kreis Gütersloh eine Auszeichnung im Rahmen des Modells „Integration statt Ausgrenzung“ - der „Sozial-Oscar“ - verliehen. Die Auszeichnung ist mit einem 5.000,- Euro dotierten Preis verbunden und wird an Unternehmen verliehen, die sich in vorbildhafter Weise um die Integration von Menschen mit psychischen Störungen und Behinderte verdient machen. Preisstifter sind je zu Hälfte die „Stiftung für psychisch Kranke und Behinderte“ Gütersloh und der Kreis Gütersloh.

Der gesamte Bereich der Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist derart komplex, dass hier eine Fortsetzung der Gesundheitsberichterstattung notwendig erscheint. Diese sollte eine personenbezogene Perspektive von Abklärungs- und Entscheidungsfragen für Mitarbeiter psychiatrischer Dienste und Einrichtungen entwickeln (Hilfeplanfokussierung). Dies ist insbesondere auf die Belange des Personenkreises im betreuten Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 39ff BSHG vorzunehmen und unter Mitarbeit der Abt. 3.3 (Arbeit und Soziales) sowie des Arbeitskreises „Berufliche und medizinische Rehabilitation“ durchzuführen. Derzeit werden beim Arbeitskreis detailliert die bestehenden Einrichtungen erfasst und die Strukturen erhoben.

Darüber hinaus bieten die „Sozial -Oscar“ Verleihungen (am 7. November 2002 wurde die dritte Auszeichnung verliehen) einen Anlass, die Auswirkungen der modellhaften Aktion zu prüfen und zu untersuchen, ob entsprechende Korrekturen notwendig sind und andere Maßnahmen sowie effizientere kreiseigene Lösungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Bereich der Arbeit und Beschäftigung zu entwickeln und zu initiieren sind.

3.5 Soziale Rehabilitation

3.5.1 Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Wie bereits unter Abschnitt 3.3.1 erläutert besteht der Schwerpunkt der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes in vor- und nachsorgenden Hilfen. Die hohe Anzahl von Hausbesuchen des SpDi erklärt sich durch die erheblichen krankheitsbedingten Einschränkungen der Klienten, da sich der SpDi in seiner Funktion gerade um die schwächsten psychisch Kranken kümmert, die häufig krankheitsuneinsichtig sind. Dem SpDi ist es erlaubt, nach Vorliegen von Anhaltspunkten von sich aus auf Klienten zuzugehen oder diese sogar zu Haus aufzusuchen. Vor einem solchen Schritt wird der Klient angeschrieben, gegebenenfalls angerufen. Er hat die Möglichkeit, insbesondere unter Hinweis auf seinen derzeit behandelnden Arzt, die Beratung zu verweigern. Für Kinder und Jugendliche stellt der Sozialpsychiatrische Dienst eine Beratung in begrenztem Umfang durch eine Kooperation mit dem Westf. Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik, Hamm, Westfalen, sicher.

In den Jahren 1999 und 2000 hatten 2396 Klienten Kontakt zum SpDi. Es wurden 3257 Hausbesuche durchgeführt. Eine Beratung in der Dienststelle oder eine telefonische Beratung fand 9171-mal statt.

Folgende Gruppenangebote werden vom SpDi im Kreis Gütersloh angeboten:

Treff Nordkreis:

Seit über 10 Jahren wird durch die psychiatrische Beratungsstelle des SpDi für die Gemeinden Borgholzhausen, Halle, Steinhagen, Versmold, und Werther eine niedrigschwellige Gruppe für chronisch psychisch kranke Frauen angeboten. Ein Mal im Monat treffen sich die Frauen mit der Mitarbeiterin des SpDi zu einer Kontakt- und Freizeitgruppe. Hier sollen auch soziale Beziehungen entstehen, die über das direkte Gruppenangebot hinausgehen und eine bessere soziale Integration der Frauen ermöglichen, beispielsweise gemeinsame Unternehmungen an den Wochenenden.

Frauentreff im Club 5:

Seit September 2000 bietet die psychiatrische Beratungsstelle in Gütersloh in den Räumen des „Club 5“, einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung für chronisch psychisch Kranke, einen „Frauentreff“ an. 14tägig wird dieser als integrative Einrichtung von psychisch kranken und von nicht kranken Frauen besucht.

Sucht-Info-Gruppe :

Für Menschen mit Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmißbrauch und deren Angehörige bietet die Suchtberatung mehrmals im Jahr geschlossene Gruppenarbeit (mit 10 Terminen) an. Im Vordergrund des niedrigschwelligen Angebotes, das etwa je 10 Teilnehmer nutzen, steht hier die Vermittlung von aktiviertem Wissen über Alkohol und die Motivation zur angemessenen Behandlung und dem angemessenen Umgang mit Alkohol beziehungsweise der Hinführung zur Abstinenz. Besondere Bedeutung haben Seminare zur Wiedererlangung von Fahrerlaubnissen. Diese werden 4-5 x im Jahr durchgeführt.

Frauenfrühstück der Suchtberatung:

Einen besonderen Schwerpunkt der Suchtberatung stellt die frauenspezifische Suchtarbeit dar. Seit circa 10 Jahren engagieren sich Mitarbeiterinnen beim Aufbau von Angeboten für suchtmittelabhängige Frauen und deren Angehörige. So wird in Kooperation mit den Selbsthilfegruppen einmal im Monat ein „Frauenfrühstück“ als niedrigschwelliger offener Treff im Begegnungszentrum der Selbsthilfegruppen in Gütersloh, Roonstr. 3, durchgeführt. Hier sind auch Kinder mit einbezogen.

Frauengesprächsgruppe der Suchtberatung:

Weiterhin wird eine Gesprächsgruppe für abhängige Frauen von einer Mitarbeiterin angeboten und geleitet. Den Frauen wird ein Experimentierfeld eröffnet, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweiligen Suchtentwicklung und aktuelle Lebenssituation zu erkennen, eigene Erfahrungen weiterzudenken und zu bewerten und neue Lösungsstrategien zu entwickeln.

Klientenkontakte:

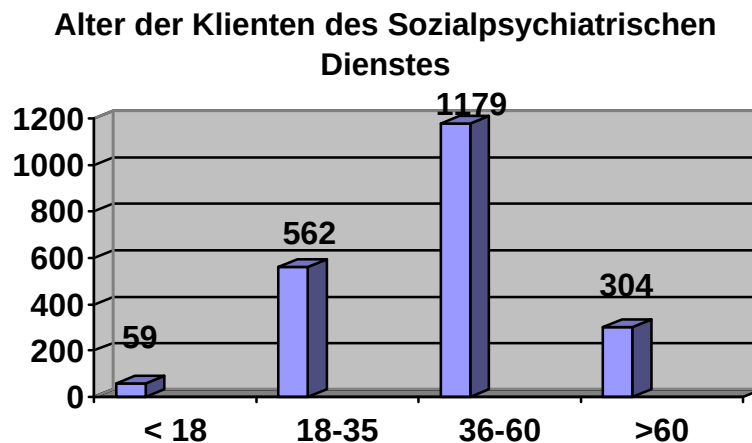
Inhaltlich wird die Arbeit des SpDi durch Kontaktaufnahme und Beratung vor allem der SozialarbeiterInnen/-pädagoginnen zu schwer psychisch kranken Menschen bestimmt. Es wird versucht, eine Beziehung herzustellen, zu halten und somit eine prozesshafte Entwicklung durch eine Beratungsbeziehung zu ermöglichen. Nicht selten sind die SozialarbeiterInnen/-pädagoginnen die einzigen Kontaktpersonen für den Betroffenen/die Betroffene. Ist der Kontakt etabliert, so verläuft er oft über einen längeren Zeitraum, häufig über mehrere Jahre. Es gibt aber auch Beratungen und Begleitungen, die nur über wenige Wochen verlaufen.

Jahr des Erstkontaktes: In dieser Tabelle wird dargestellt, in welchem Jahr der erste Kontakt des SpDi mit dem Klienten stattfand. So lässt sich die Dauer der bisherigen Begleitung abschätzen. n=2361

Jahr des Erstkontaktes	Prozent	Klientenzahlen
1999 und 2000 (neuer Klient)	64,5	1523
1998 bis 1994	21,2	501
1993 bis 1989	6,9	163
Vor 1988	7,4	174
Gesamtzahl Klienten 2000	100	2361

Im Verlaufe eines solchen Kontaktes ergeben sich nach individuell gestalteten Zielvereinbarungen unterschiedliche Hilfestellungen, so z. B.:

- Im Zusammenleben mit den Angehörigen und Nachbarn
- Im Umgang mit Ämtern, Institutionen, Vermietern, Rechtsanwälten und Ärzten,
- Bei der Realisierung rechtlicher und materieller Ansprüche,
- Unterstützung zur Bewältigung des Alltags nach Klinikaufenthalten,
- Besuche in der Klinik während eines Klinikaufenthaltes,
- Unterstützung beim Aufbau anderer sozialer Kontakte und Freizeitgestaltung,
- Vermittlung von anderen komplementären Angeboten, Therapiemöglichkeiten,
- Beantragung und Vermittlung von Langzeittherapien,
- Regelmäßige Kontaktpflege als äußerer Stabilisator.

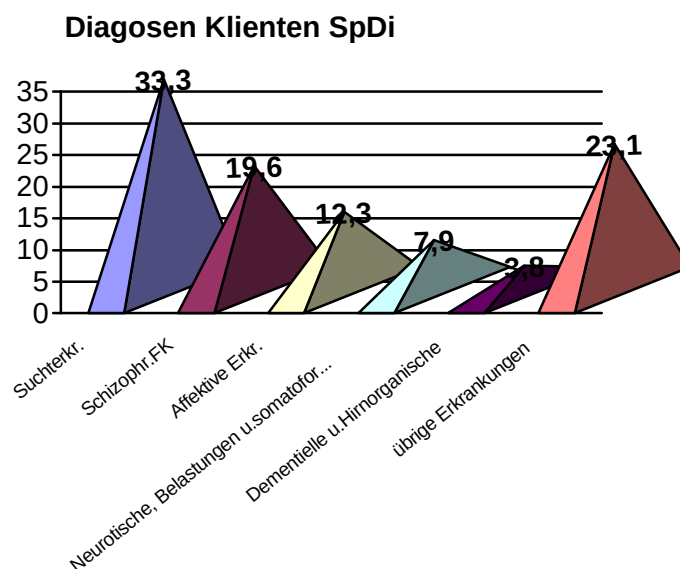


Altersgruppen

Hier wird das Alter der Klienten in Altersgruppen zusammengefasst dargestellt, n=2104. Es fällt der niedrige Anteil von Menschen auf, die älter als 60 Jahre sind.

Dies könnte sich durch die sehr gute Kooperation mit dem Gerontopsychiatrischen Zentrum Gütersloh erklären, das auch ambulant kreisweit tätig ist.

Die häufigsten **Diagnosen** sind Suchterkrankungen bei Menschen, die den SpDi in Anspruch genommen haben mit 33,3% (F1), gefolgt von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit 19,6% (F2), affektiven Erkrankungen 12,3% (F3). neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) lagen bei 7,9% der Klienten vor. Unter dementiellen Erkrankungen und anderen hirnorganischen Störungen (F0) litten 3,8%.



Hier wurden auch mehrere Kontaktinitiativen beim gleichen Klienten im Berichtszeitraum erfasst (n=3786.) Die Kontakte zu den Patienten erfolgten 926-mal über eine Begutachtung. 52 mal war eine vorausgehende Unterbringung nach PsychKG der Anlass der Einschaltung des SpDi entsprechend dessen Auftrag zur Nachsorge. In 291 Fällen wurden die Klienten jeweils aus dem Vorjahr übernommen. 891 Klienten meldeten sich selbst. 343 Angehörige wandten sich an den SpDi. Die Polizei oder Justizorgane wandten sich 122-mal an den SpDi.

Verteilung auf die Städte / Gemeinden

Stadt / Gemeinde		Stadt / Gemeinde	
Gütersloh	903	Steinhagen	80
Rheda-Wiedenbrück	233	Herzebrock – Clarholz	86
Halle / Westfalen	136	Verl	93
Versmold	145	Werther / Westfalen	67
Harsewinkel	131	Langenberg	35
Rietberg	113	Borgholzhausen	43
Schloß Holte- Stukenbrock	98	Nicht Kreis Gütersloh	27

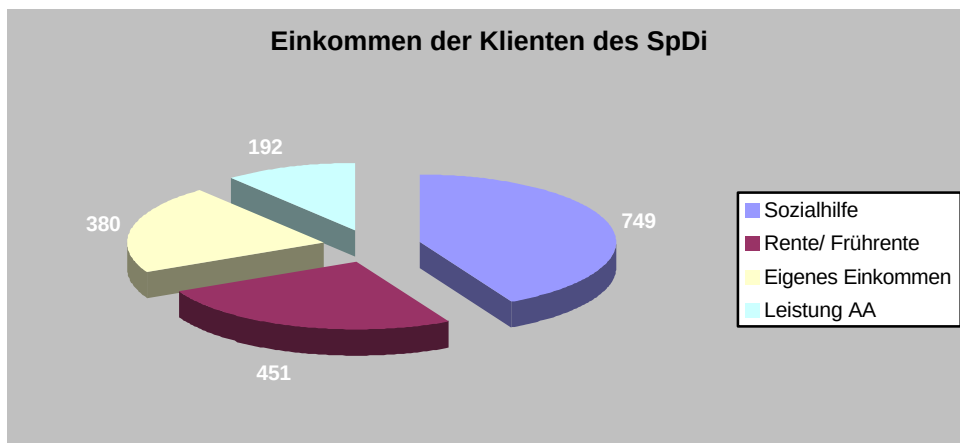
Diese Aufstellung ordnet die Klientenzahl dem Wohnort zu. Eine streng gemeinde-psychiatrische Orientierung ist an der geringen Anzahl nicht im Kreis wohnender Klienten abzulesen (n=2190)

Stationäre Vorbehandlung

521 Klienten (24,1%) waren ein oder zwei Mal in stationärer Vorbehandlung einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, oder Suchtklinik/Entwöhnungseinrichtung. 290 Klienten (13,4%) nahmen stationäre Hilfe 3 bis 5 mal in Anspruch. 361 (16,7%) benötigten diese Hilfeform mehr als 5 Mal. Hier wird erkennbar, dass ein hoher Anteil unserer Klienten "psychiatrieerfahren" ist, das heisst eine oder mehrere stationäre Behandlungen in Anspruch genommen hat, oder chronisch psychisch krank ist (n=2161).

Einkommen

Ein großer Teil der Klienten (1100 entspricht 48%) erhält Sozialhilfe (749) oder Rente bzw. Frührente (451). Leistungen des Arbeitsamtes beziehen 192 Klienten. 380 bestreiten ihren Lebensunterhalt durch eigene Tätigkeit und benötigen diese Hilfen nicht (n=2281).



3.5.2 Tagesstrukturierende Angebote

3.5.2.1 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion

Bisher gibt es 2 Tagesstätten für psychisch kranke Menschen. Sie befinden sich in Gütersloh. Voraussetzung zur Genehmigung der Tagesstätte war nach schriftlicher Mitteilung des Landschaftsverbandes Westfalen – Lippe die Errichtung niederschwelliger Kontakt – und Beratungsstellen für Menschen mit psychischen Störungen.

Der Kreis Gütersloh verfügt über mehrere **Kontaktstellen, sog. „Treffe“**. Es gibt eine gemeinsame Kontakt- und Beratungsstelle zweier voneinander unabhängiger Träger, die an zwei Orten in der Stadt Gütersloh erreichbar ist (Industriecafé und Club 5). Darüber hinaus gibt es im Norden des Kreises Gütersloh in Halle/Westf., Werther/Westf. und Harsewinkel drei Kontakt- und Beratungsstellen, die im Trägerverbund betrieben werden. Hier deckt jeder der beteiligten Träger einen bestimmten Anteil der Öffnungszeiten ab.

In allen Gebietskörperschaften des Landes NRW gehören diese Einrichtungen zum Standard der psychiatrischen Versorgung. Alle Kontaktstellen müssen Öffnungszeiten von mindestens 2 Std. an 5 Tagen pro Woche nachweisen. Landesweit gibt es 138 Kontaktstellen.

Einige Kommunen des Landes bieten zusätzliche kontaktstiftende Angebote durch Honorarkräfte an, in zwei Kommunen sind die Öffnungszeiten über ehrenamtliche Helfer und Helferinnen gesichert. Die Finanzierung der Kontakt- und Beratungsstellen wird in NRW als kommunale Aufgabe gesehen. Im Kreis Gütersloh werden die Öffnungs- und Beratungszeiten über hauptamtliche Kräfte der psychiatrischen Leistungsanbieter abgedeckt.

Zurzeit werden im Kreisgebiet Verhandlungen über die weitere Finanzierung der Einrichtungen geführt, die bereits länger einen Vertrag mit dem Kreis besitzen.

Als wichtiger Baustein der psychiatrischen Versorgung müssen die Kontaktstellen bestehen bleiben. In „Treffe“ wird eine gemeinsame Dokumentation geführt, die es in Zukunft ermöglichen wird, die Auslastung und die Konzepte der Kontaktstellen zu analysieren. Federführend ist hier die Abteilung Arbeit und Soziales des Kreises.

Überlegenswert ist die Überprüfung, ob die Bausteine der psychiatrischen Hilfeangebote (Betreutes Wohnen, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätte, berufsbegleitender Dienst, Zuverdienstbereiche und Beschäftigungsmöglichkeiten sowie ambulante psychiatrische Pflege) zu drei sozialpsychiatrischen Zentren mit einem eigenen Budget gebündelt werden können (Beispiel Bremen).

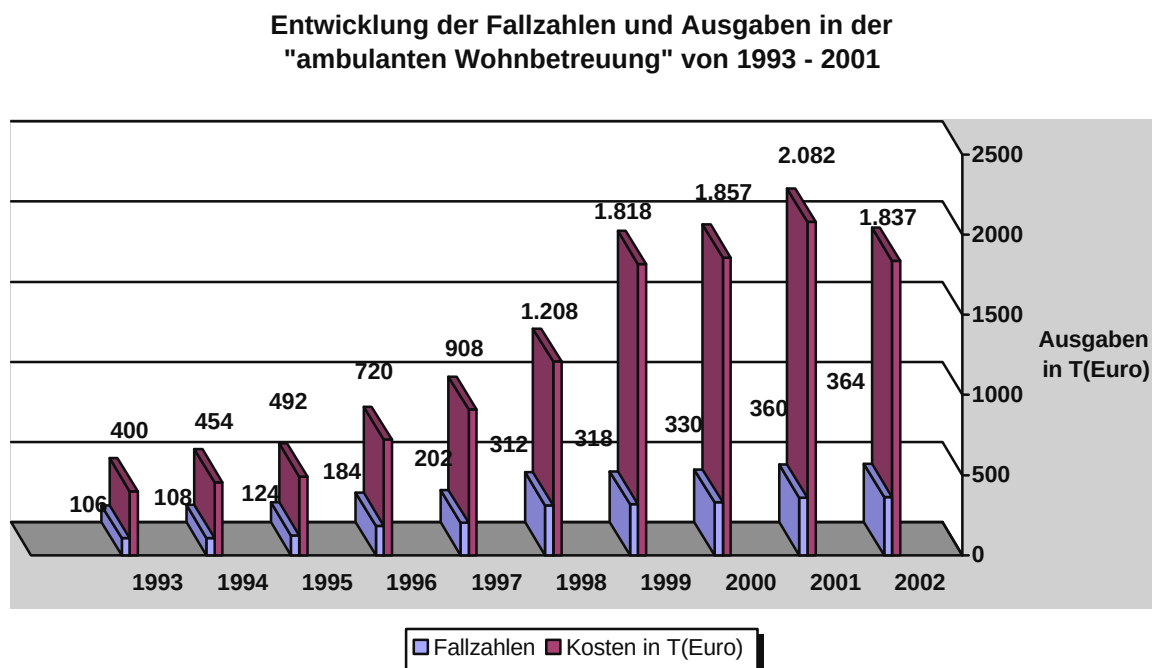
3.5.2.2 Betreute Wohnformen

Zu den im vorherigen Abschnitt genannten Hilfeformen gehört auch das **Betreute Wohnen** im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte. Von 330 psychisch Erkrankten, die Leistungen der ambulanten Wohnbetreuung nach §§ 39, 40 BSHG im Jahr 2000 erhielten, wohnten 220 in der Stadt Gütersloh.

Die ambulante Wohnbetreuung wird derzeit von folgenden Trägern durchgeführt:

1. Wohnen-Arbeit-Freizeit e.V.,
2. Komet e.V.,
3. Daheim e.V.,
4. Lebensbaum-Soziale Hilfen e.V.,
5. Miteinander e.V.,
6. Werkstatt für Behinderte gGmbH,
7. Westfälische Klinik Gütersloh,
8. Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.,
9. Eckhardtsheim, V.B.A. Gütersloh und Bielefeld,
10. Lebensräume e.V.,
11. Zirkel e.V.

Die Entwicklung der Ausgaben und der Fallzahlen im Bereich der Eingliederungshilfe stellt sich wie folgt dar:



Angaben über diese Hilfeform sind regelmäßig im jährlichen Sozialbericht der Abt. Arbeit und Soziales des Kreises enthalten. Es fällt auf, dass die Klientenzahlen weiterhin kontinuierlich steigen, im Vergleich zum Jahr 2001 allerdings die Ausgaben für Betreutes Wohnen gesenkt wurden.

Zu betreuten Wohnformen gehört auch das beschützte Wohnen in **Wohnheimen**. Ein neues Wohnheim mit 25 Plätzen für chronisch psychisch kranke Menschen entstand in der Dorotheenstrasse in Gütersloh. Für ehemalige Bewohner der Nachtklinik, die vor dem Neubau an

dieser Stelle stand, wurde ein anderes Objekt an der Annenstr.53 in Gütersloh aus Mitteln der Wohlfahrtspflege errichtet. Derzeit werden verschiedene Bauprojekte (z.B. Verein Daheim e.V.) vorangetrieben; über deren Fertigstellung und entgeltliche Konzeption wird zum späteren Zeitpunkt zu berichten sein.

Das ambulante betreute Wohnen wird z.Zt. vom örtlichen Träger der Sozialhilfe durchgeführt, das stationäre und teilstationäre Angebot zu Lasten des überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Der Landschaftsverband Westfalen – Lippe soll beide Hilfearten zusammenfassen und in einem siebenjährigen Verlauf (Stichwort: Hochzonung) testen.

Die Erprobungsphase beginnt im Juli 2003, um die Verschiebung von Klienten aus Kostengründen zwischen Heim und "Betreutem Wohnen" zu verhindern und eine adäquate, patientengerechte Wohnform sicherzustellen.

3.6 Weitere Beratungs- und Hilfesysteme

3.6.1 Beschwerdestellen

Nach § 5 Krankenhausgesetz NW sind die Krankenhausträger verpflichtet, Patientenbeschwerden von einer unabhängigen Stelle entgegenzunehmen und zu bearbeiten. Für die Beschwerden aus dem stationären Bereich der WKPPN ist eine Beschwerdekommision aus Parlamentariern der Landschaftsversammlung (Gebietsbereich Regierungsbezirk Detmold) zuständig. Hier gehen durchschnittlich 300 Beschwerden pro Jahr aus verschiedenen Kliniken ein. Der Standort Gütersloh weist durchschnittlich die niedrigste Beschwerdequote auf.

Für den ambulanten psychiatrischen Bereich gibt es keine verbindlichen Grundlagen für die Errichtung einer Beschwerdestelle. Dennoch gibt es in 11 Gebietskörperschaften unabhängige Beschwerdestellen; dazu gehört auch der Kreis Gütersloh.

Die Beschwerdestelle befindet sich in den Räumen des Club 5 (Kontakt- und Beratungsstelle) und wird ehrenamtlich geführt. Sie hilft psychisch kranken Menschen die Kritik und Beschwerden objektiv zu bewerten und angemessen mit den vorgebrachten Vorwürfen umzugehen.

3.6.2. Selbsthilfegruppen im psychiatrischen Bereich

Im Kreis Gütersloh agieren unterschiedliche Selbsthilfegruppen. Zu denen gehören auch die Selbsthilfegruppen für Angehörige und Psychiatrieerfahrene. Alleine im stationären Bereich informieren die Angehörigen psychisch kranker Menschen über die Erreichbarkeit an 9 verschiedenen Stellen in der WKPPN. Ein Gesamtverzeichnis der Selbsthilfegruppen ist bei der BIGS in der Stadtbibliothek Gütersloh und der Abteilung Gesundheit erhältlich.

Darüber hinaus gibt es in der „Alten Weberei“ Gütersloh einmal monatlich Angebote in Form von Psychoseseminaren. Sie ersetzen derzeit die frühere Aktivität des „Triologs“ im Club 5. Auch hier treffen sich Angehörige, Psychiatrieerfahrene und psychiatrische Fachkräfte, um gemeinsam die anstehenden Arbeitsthemen zu diskutieren.

3.6.3 Beratungsstelle für ausländische Mitbürger

Die Beratungsstelle in Gütersloh ist deshalb erwähnenswert, weil es derzeit die einzige seit Oktober 1982 institutionalisierte Anlaufstelle für ausländische Hilfesuchenden ist, die über einen Dolmetscherpool und den Helferkreis für Ausländerfragen (HK) verfügt. Beide werden in gesundheitlichen Fragen eingesetzt und rege frequentiert. Die Leitung des Helferkreises nehmen der Ausländerbeauftragte und eine Sozialarbeiterin *des Fachbereiches Jugend (Betreuungsstelle)* der Stadt Gütersloh als Team gemeinsam wahr.

Dem Helferkreis gehören derzeit 15 nebenamtliche Mitarbeiter/innen ausländischer Herkunft auf Honorarbasis an. Die nebenamtlichen Mitarbeiter/innen sind hier stundenweise tätig; hauptberuflich arbeiten sie in vielen anderen Bereichen und Berufen. Die Mitarbeiter/innen nehmen Termine außerhalb der Beratungsstelle wahr und unterstützen damit Klienten und Institutionen.

Sie beraten ausländische Mitbürger/-innen gezielt über Angebote und Maßnahmen (z.B. Kindergarten, Schule, Schwangerschaftsberatung, Familienberatung etc.) und sind bemüht, diese dafür zu gewinnen, führen Einzelfallberatungen und Informationsaktionen durch, begleiten Klienten zu Terminen beim Arzt, Rechtsanwalt, im Krankenhaus, in der Schule etc., nehmen an Elternsprechtagen und Klassenkonferenzen teil und vieles andere mehr.

Sie treten dabei als Sprachvermittler und sachkundige Berater auf. Wichtig ist in der Regel nicht nur die sprachliche Übermittlung, sondern insbesondere die Kenntnis über den kulturellen Hintergrund der ausländischen Familien und die *"Vermittlung zwischen den Kulturen"* bei der Lösung verschiedenster Probleme und Fragestellungen. Von zahlreichen Schulen und Kindergärten, Krankenhäusern, Ärzten, Sozialdiensten, Krankenkassen sowie anderen Institutionen, insbesondere aber auch von den Klienten selbst, wird der HK regelmäßig in Anspruch genommen.

Einige Mitarbeiter/innen arbeiten sowohl in der Beratungsstelle wie auch im Helferkreis mit.

Folgende Sprachen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesprochen: *griechisch, türkisch, aramäisch, kurdisch, jugoslawisch, slowenisch, italienisch, spanisch, portugiesisch, russisch, polnisch, albanisch, arabisch.*

Die 10. Landesgesundheitskonferenz hat im Rahmen ihrer 2001 verabschiedeten „Entschließung zur sozialen Lage und Gesundheit“, auf der Grundlage einer Analyse des Problemfeldes Migration 13 notwendige strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der „Gesundheit von Zuwanderinnen und Zuwanderern“ empfohlen. Nicht nur die kommunalen Gesundheitskonferenzen sollen sich verstärkt mit dem Thema befassen, auch der Öffentliche Gesundheitsdienst muss die Belange der Zuwanderinnen und Zuwanderer bei der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung fördern und vertreten. Gleichzeitig soll die Gesundheitsberichterstattung zu migrantenspezifischen Aspekten weiter entwickelt werden.

Ver mehrt werden Migranten sowohl im stationären als auch ambulanten Versorgungssystem des Kreises sichtbar (Bsp. Kurzzeitpflege, Behandlung, Pflegebedürftigkeit). Um den genauen Bedarf zu ermitteln, sind hier in Zusammenarbeit mit den im Kreis Gütersloh bestehenden Organisationen und Einrichtungen entsprechende Schritte einzuleiten.

3.7 Kinder – und Jugendpsychiatrie

3.7.1 Psychiatrisch-medizinische Versorgungslage:

In den Krankenhausplan des Landes NRW waren zum Stichtag 31.12.2000 für die stationäre und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher insgesamt 25 Kliniken aufgenommen. Dazu gehörte auch die Tagesklinik, die am 01.11.2002 in Rheda-Wiedenbrück ihre Arbeit aufgenommen hat.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausversorgung verfügt nach Angaben der Landesregierung (Landtag NRW, Drucksache 13/2863) im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie über geringere Patientenzahlen. Daher lässt sich nicht in jedem Kreis ein jugendpsychiatrisches Krankenhaus verwirklichen, obwohl bei der Planung von kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen die Wohnortnähe wichtig ist und daher zwingend berücksichtigt werden soll.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgungsregionen in Westfalen-Lippe wurden neu zugeschnitten. Das Westf. Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychothera-

pie und Heilpädagogik in Hamm stellt die Pflichtversorgung für die Stadt Hamm und die Kreise Unna, Soest, Gütersloh und Warendorf sicher. Die Therapeutinnen und Therapeuten dieser Klinik beherrschen neben der deutschen auch die *türkische, russische, kurdische, armenische, dänische, spanische und polnische Sprache*.

Der Aufbau stationärer Kapazitäten ist für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Westfalen bereits abgeschlossen, derzeit wird mit dem Ausbau dezentraler Tageskliniken versucht, auf einen Anteil der wohnortferneren vollstationären Betten verzichten zu können. Eine weitere Verbesserung der Versorgung kann allerdings erreicht werden durch die Ausdifferenzierung der vorhandenen Angebote und die Spezialisierung auf bestimmte Versorgungsangebote. Als unzureichend ist nach wie vor die Versorgung im ambulanten Bereich anzusehen.

Problematisch ist weniger das spezifische Krankheitsbild des einzelnen Patienten, als der Ausprägungsgrad in Kombination mit anderen Störungen; stationär behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche haben oft mehrere Diagnosen und zusätzlichen Interventionsbedarf von Seiten der Jugendhilfe und des Schulsystems. Oft gibt es schon einen langwierigen Verlauf der Erkrankung in einem häufig fehlenden oder lückenhaften familiären Netz.

Für Kinder aus Migrantenfamilien ist der Zugang zur Frühförderung noch zu hochschwierig. Wie die Abfrage im Rahmen der „Psychiatrie in NRW“ zeigte, wird oft erst im Rahmen einer Einschulungs- oder Kindergartenuntersuchung deutlich, dass schon zu einem früheren Zeitpunkt eine gezielte Förderung wichtig gewesen wäre. Die zu fordernde integrierte Behandlung im Rahmen der jugendpsychiatrischen Regelversorgung ist noch nicht allorts realisierbar, da es an sprach- und kulturkompetenten Spezialisten für alle Ethnizitäten flächendeckend fehlt.

Verbessert werden muss die Erreichbarkeit der Kinder aus Migrationsfamilien, die das bestehende Netzwerk von therapeutischen Angeboten kaum nutzen. In diesem Bereich sind auch im Kreis Gütersloh Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, um die Früherkennung von seelischen Krankheiten und Behinderungen bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund umfassender zu gestalten.

Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien -im Status des Asylverfahrens oder als Geduldete- haben nur dann Zugang zu einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, wenn sie an einer akuten Erkrankung leiden. Bei behinderungsbedingten Beeinträchtigungen oder chronischen seelischen Leiden, die bereits vor der Flucht bestanden, wird oft die Kostenübernahme abgelehnt. Grundlage hierfür ist die Verknüpfung zwischen dem ausländerrechtlichen Status und der Kostenübernahme von Krankheitsbehandlungen. Seit Beginn der 90er Jahre ist eine Zunahme von abweichendem Verhalten, Gewaltbereitschaft und Drogenkonsum junger Menschen festzustellen. Es besteht hier in besonderer Weise Kooperationsbedarf zwischen der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, um stärker am Grundsatz der Prävention zu arbeiten.

Ein besonderes Problem wird aus den pädagogisch- und sozialpsychiatrisch tätigen Diensten angezeigt: die Problematik der Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern, die aufgrund ihrer Erfahrungen und ungünstigen Konstellationen im Elternhaus besonders belastet und überfordert sind. Sie erleben Gewalterfahrung, Vernachlässigung, sexuelle Traumatisierung oder tragen die Last der elterlichen Krankheit, mit der sie sich alleingelassen und stark überfordert fühlen.

Kinder aus suchtbelasteten Familien weisen ein bis zu sechsfaches erhöhtes Risiko auf, selbst abhängigkeitskrank zu werden und zeigen darüber hinaus mit erhöhter Häufigkeit auffällige Symptome, insbesondere in den Bereichen Angst, Depression, Essstörungen, antisoziales Verhalten, Impulsivitätsstörungen und Störungen der Verhaltenskontrolle.

Die Bestandsaufnahme der kommunalen Gesundheitskonferenz zum Thema "Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh" hat sich u.a. mit den Zielgruppen

- Kinder und Jugendliche mit reaktiven Entwicklungsauffälligkeiten
 - Psychisch kranke Kinder und Jugendliche
- befasst.

Diese Bestandsaufnahme dient den Mitgliedern der kommunalen Gesundheitskonferenz als Entscheidungsgrundlage für die weiteren Schwerpunktsetzungen innerhalb des Themas.

3.7.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik Rheda-Wiedenbrück

Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssituation im Kreis Gütersloh ist ausgesprochen ungünstig. Nach derzeit allgemein anerkannten Prävalenzen zeigen

- 18 bis 27% der Kinder und Jugendlichen „psychische und soziale Auffälligkeiten“
- 5 bis 6% werden als „psychiatrisch behandlungsbedürftig“ angesehen
- bei ca. 10 % der Kinder und Jugendlichen, die Verhaltensstörungen aufweisen, besteht Beratungsbedarf.

In der gesamten Region ist jedoch kein Arzt, bzw. keine Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie niedergelassen. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung erfolgte bis zum Herbst 2002 außerhalb des Kreises, ein teilstationäres Angebot existierte nicht. Bei Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsangeboten sind auch jetzt noch Wartezeiten bis zu 6 Monaten üblich, hinzu kommen teilweise lange Fahrzeiten.

Für die Versorgung von beeinträchtigten und psychisch kranken Kindern müssen ambulante, tagesklinische und vollstationäre Behandlungsangebote so aufeinander abgestimmt sein, dass man sie problemlos nacheinander durchlaufen kann und zwar in beide Richtungen. Dabei gilt, dass ambulante und teilstationäre (tagesklinische) Behandlung Vorrang vor stationärer Behandlung haben.

Nach Auffassung des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie gilt eine Vollzeitkraft pro 80.000 Einwohner als bedarfsgerecht. Demnach würden im Kreis Gütersloh zwischen 4 bis 5 Fachärztinnen und Fachärzte fehlen. Die nächste ambulante fachärztliche Praxis ist erst in Bielefeld erreichbar und hat lange Wartezeiten.

Die bisherigen Erfahrungen im Kreis Gütersloh zeigen, dass das therapeutische Versorgungsnetz (wie z.B. Erziehungsberatungsstellen, Heilpädagogische Kindergärten, psychologische Schulberatung) keineswegs ausreichend ist. Daher wurde in der Abt. Gesundheit als ergänzendes Angebot bereits 1996 eine regelmäßige Sprechstunde durch einen Facharzt des Westfälischen Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm eingerichtet. Schon nach relativ kurzer Zeit gab es auch hier Wartelisten.

Mit der Tagesklinik in Rheda-Wiedenbrück, die im November 2002 ihre Tätigkeit aufgenommen hat und über 12 Plätze verfügt, wurde eine Versorgungslücke geschlossen. Dadurch ist eine teilstationäre und eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung gemeinde- und familiennah möglich. Gleichzeitig wurde mit der Einrichtung der Ambulanz an der Tagesklinik eine Verbesserung der lokalen Versorgung erreicht, hier insbesondere mit einem Angebot von Therapie wie auch Diagnostik vor Ort. Eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, insbesondere Kinderärzten, Jugendämtern, Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologischen Diensten usw. wird als ausgesprochen wichtig angesehen. Die Notwendigkeit der Tagesklinik mit kinder- und jugendpsychiatrischer Ambulanz wurde auch von den befragten Ärzten bestätigt.

Das System der Kliniken und Dienste der Kinder – und Jugendpsychiatrie ist unter immer kürzeren stationären Behandlungszeiten in vielen Fällen auf die gute Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe angewiesen. Hier ist es besonders wichtig verlässliche Kooperationen einzugehen, um für die gemeinsame Klientel eine Optimierung der einzuleitenden Hilfe zu erreichen. Beide Systeme sollen die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen des jeweiligen Kooperationspartners kennen und mit ihnen umzugehen lernen.

Eine ausführliche Schilderung der unveränderlichen Rahmenbedingung des jeweiligen Kooperationspartners bietet die **„Arbeitshilfe zur Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Einrichtungen der Kinder – und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe“** (LWL 2003). Dort heißt es u.a.:

„Zum Beispiel gibt es in der Jugendhilfe folgende unveränderbare Vorgaben“:

- die örtliche Zuständigkeit bei der Hilfestellung
- Hilfeplanung nach § 36 Kinder- und Jugendhilfegesetz
- Antragsverfahren für die Einleitung von Erzieherischen Hilfen
- Unterhaltsverpflichtung von Eltern

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind folgende Vorgaben bindend:

Es muss sich nachweislich um Krankenhausbehandlung handeln, d.h. eine durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüfbare psychiatrische Störung liegt vor, die nur unter stationären Bedingungen behandelt werden kann, und Therapie (durch geschultes Pflegepersonal, stets rufbereiten Arzt und das multiprofessionelle abgestimmte Team) muss aktuell im Vordergrund stehen und Aussicht auf Erfolg haben

- Sozialhilfeempfänger benötigen vor Aufnahme (Notfälle ausgenommen) eine Kostenzusage
- Kontakt zur Jugendhilfe setzt (rechtfertigender Notstand ausgenommen) eine Schweigepflichtsentbindung durch Sorgeberechtigte voraus
- Zwangsmaßnahmen sind gesetzlich geregelt
- Ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten kann nur bei starker Gefährdung (PsychKG NW) des Patienten oder nach vormundschaftsrichterlicher Erlaubnis unter Eingriff in das Sorgerecht eine Behandlung erfolgen
- Der gesellschaftlich (Gesetzgeber, Kostenträger) erwünschte ökonomische Einsatz der Ressource teurer stationärer Behandlung bedeutet, dass Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen werden, zu dem sie ambulant weiterbehandelt werden können“.

Die Anzahl von Kindern und Jugendlichen in der Ambulanz der Tagesklinik Rheda-Wiedenbrück wird z.Zt. mit ca. 100 Erstvorstellungen im Quartal angegeben. Dies hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Arbeit der Jugendhilfe im Kreis Gütersloh. In diesem Bereich wird empfohlen, eine gemeinsame Arbeitsstruktur zu schaffen.

3.8 Altenhilfe und Gerontopsychiatrie

3.8.1 Erkrankungen des Alters

Seit dem Zweiten Weltkrieg hat sich die Gesamtbevölkerung der Welt mehr als verdoppelt. Die Zahl der 60-jährigen und Älteren nahm um 45% zu, die Zahl der über 70-jährigen sogar um 56%.

Über die demographische Entwicklung wird bereits in den Abschnitten 2.3.1 und 2.4 berichtet.

Der Gesundheitsbericht für Deutschland aus dem Jahre 1998 mit der Bevölkerungsschätzung des Bundes und der Länder erwartet folgendes:

- Durch das Geburtenhoch der siebziger Jahre,
- den anschließenden Geburtenrückgang,
- die konstant gebliebene Geburtenneigung
- und den ständigen Anstieg der Lebenserwartung

wird sich das Altern der Bevölkerung nach dem Jahr 2000 fortsetzen. Vor allem aber der Anstieg der Lebenserwartung lässt das „vierte Lebensalter“ entstehen, zu dem die über 80-jährigen zählen.

Die Altersgruppe der über 90-jährigen „Hochbetagten“ ist aus gesundheitspolitischer Sicht von besonderem Interesse, da vermutet wird, dass bei ihnen ein hoher Pflegeaufwand entsteht. Fast automatisch wird bei diesem Personenkreis die nachlassende Leistungskraft mit der Zunahme von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit gleichgesetzt, obwohl es strittig ist, ob der individuelle Pflegebedarf ab einem gewissen Alter weiter ansteigt. Möglich ist auch, dass sich der altersspezifische Bedarf gleichbleibend darstellt oder auf einem unverminderten Niveau bis ins hohe Alter verschieben wird.

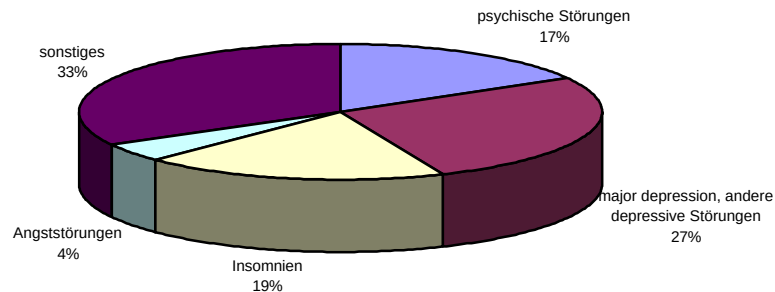
Die Übergänge zwischen normalen Alterungsprozessen und Krankheiten sind fließend. Zu beobachten ist ein allmählicher Übergang zwischen normaler Funktionseinbuße des Gehirns und Hirnatrophie bzw. krankhaftem Abbau. Neben vielen chronischen Krankheiten im Alter wie z.B. Herzrhythmusstörungen, Hochdruck und fortgeschrittene Arteriosklerose, chronische Bronchitis, wiederholte Lungenentzündungen, Lungentuberkulose, Arthrosen, rheumatische Gelenkveränderungen sind in der westlichen Welt etwa 6% der über 65-jährigen an Altersdemenz, weitere 11% an leichteren Formen einer Hirnleistungsstörung erkrankt. Ca. 70% der Betroffenen leiden an der Alzheimer – Krankheit, der häufigsten Form der primär– degenerativen Demenzen. Etwa 20% der Demenzen werden als sekundäre Demenzen bezeichnet; sie sind die Folge anderer Grunderkrankungen. Hier sind die vaskulären Demenzen („Multiinfarktdemenzen“) mit 8% und parkinsonasoziierte Demenzen mit 4% am häufigsten zu nennen. Die übrigen 8% verteilen sich auf rund 60 seltene Ursachen.

Die Alzheimer Demenz und die Depression, gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Dabei wird oft übersehen, dass die Behandlung einer Depression auch im Alter möglich ist.

Schaut man sich die Hauptgruppen der Diagnosen an, so ergibt sich folgende Verteilung:

- | | |
|---|-------|
| ➤ Demenz und andere organisch bedingte psychische Störungen | 16,8% |
| ➤ Major Depression und andere depressive Störungen | 26,9% |
| ➤ Schlafstörungen | 18,8% |
| ➤ Angststörungen | 4,4% |

Hauptgruppen der Diagnose



Die klassischen Symptome von Depressionen im Alter haben Helmchen, Linden, Wernicke u.a. beschrieben (aus: Nervenarzt /1996/ S.739-750).

Affektstörung

Traurigkeit, Melancholie, Resignation, Klagsamkeit,

Dysphorie, Reizbarkeit, Aggressivität,

Leeregefühl. Innerliche Versteinerung, Angst.

Antriebsstörung

Unruhe, Agitation, Erregtheit, Nervosität,

Hemmung, Abgespanntheit, Apathie, Adynamie,

Entscheidungsschwäche, Entscheidungsunfähigkeit.

Denkstörung

Verlust von Interesse und Konzentration,

Gedankenkreisen, Denkhemmung, Negativismus,

Entwertung, Wahnbildung, Gedächtnisstörung (Pseudodemenz).

Begleitsymptome

Vitale Beeinträchtigung mit Schlafstörung, Appetitverlust, Obstipation, Somatisierung, geändertes Sozialverhalten mit Rückzug, zeitloser Umtriebigkeit, Ungepflegtheit.

3.8.2 Abgrenzung Gerontopsychiatrie

Dies ist zunächst eine *Teildisziplin der klinischen Psychiatrie* (neben Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie), man könnte sie als gerontologische Psychiatrie bezeichnen. Die im höheren Lebensalter zunehmend anzutreffenden Mehrfacherkrankungen bedingen jedoch *eine enge Verflechtung zur internistischen Geriatrie*.

Die Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen im Alter erfordern die Schaffung eines *Schwerpunkts Gerontopsychiatrie und den Aufbau adäquater Versorgungsstrukturen im stationären, teilstationären (tagesklinischen) und ambulanten Bereich*.

Die Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen im Alter:

- Verluste - u.a. von Beziehungen, Anerkennung und Autonomie,
- Vereinsamung,
- Gefahr, an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden ("Multimorbidität"),
- viele dieser Erkrankungen sind chronisch und progredient,
- kognitive Störungen, entsprechend der steilen altersbezogenen Zunahme des Erkrankungsrisikos für Demenzen,
- Angehörige und Bezugspersonen nehmen eine zentrale Rolle in der Betreuung ein, sie sind nicht selten sogar selbst "verborgene Patienten".

Die Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen im Alter erfordern:

- das Wissen über die Abgrenzung von normalen und pathologischen Alterungsprozessen,
- Entwicklungspsychopathologie des höheren Lebensalters,
- Wechselwirkungen psychiatrischer und somatischer Erkrankungen,
- Pharmakodynamik und -kinetik (Arzneimittelwirkungen),
- Einbezug von Angehörigen und weiterem sozialen Netz,
- Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und Langzeitinstitutionen.

Die Gerontopsychiatrie/-psychotherapie unterscheidet sich in ihrer Vorgehensweise von der "Allgemeinpsychiatrie" im Hinblick auf ihre diagnostischen Methoden und ihre präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Interventionen.

Insgesamt stimme ich den Verfassern des Gutachtens zur aktuellen Lage der Gerontopsychiatrie (1999) zu, die kritisch festgestellt haben, dass eine angemessene Versorgung psychisch kranker älterer Menschen bislang kein zentrales Anliegen bei der Umsetzung der Maßnahmen der Psychiatriereform gewesen ist. Das Problem spiegelt sich sowohl in den Gesetzen der Länder, die besondere Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen nicht berücksichtigen (letzte Änderung SGB XI – geringfügige Erhöhung des Pflegebedarfs für besonders intensive Formen der Pflege), als auch in der Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsstrukturen wider. *Geht man davon aus, dass die Anzahl chronisch psychisch kranker Menschen in der Altersgruppe der über 65-jährigen zehn bis 15 mal höher ist, als in jüngeren Altersgruppen, dann ist die Anzahl spezialisierter gerontopsychiatrischer Dienste völlig disproportional.*

In Anbetracht der demographischen Entwicklung *stehen immer weniger potentielle Pflegekräfte in den Familien zur Verfügung und das Betreuungsgeschehen muss an professionelle Pflegenden übergeleitet werden. An dieser Stelle wird die Diskrepanz zwischen den Potentialen zur Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen und den bestehenden Versorgungsstrukturen deutlich.*

Selbstverständlich muss das System der medizinischen, pflegerischen und komplementären Einrichtungen auf eine solide finanzielle Basis gestellt werden. Der § 140 SGB V ermöglicht bereits eine integrierte Versorgung auf der Grundlage freiwilliger Beteiligung einzelner Anbieter bzw. Leistungserbringergemeinschaften.

Oesterreich stellte bereits 1993 zwölf Grundsätze der Therapie, der Rehabilitation und der Versorgung auf, die sich mit den in der Gerontopsychiatrie, Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie gewonnenen theoretischen und anwendungsbezogenen Erkenntnissen verwirklichen lassen. Es wird allerdings von den Experten kritisch diskutiert, dass diese Erkenntnisse in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung noch nicht ausreichend vermittelt werden und dass Hausärzte, die immerhin den Großteil älterer Patienten behandeln, eher selten mit Fachärzten kooperieren, die über gerontopsychiatrische, gerontopsychosomatische und alterstherapeutische Erfahrung verfügen.

Dies wird auch in der Abfrage der niedergelassenen Ärzte zur gemeindepsychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh deutlich. Die Mehrzahl der Ärzte hält die gerontopsychiatrische Versorgung im Kreis Gütersloh für ausreichend.

Folgende Mängel nannten die befragten Ärzte im gerontopsychiatrischen Versorgungsbe-
reich:

- Fehlen bezahlbarer Angebote zur Stunden- bis tageweisebetreuung zur Entlastung pflegender Angehörigen
- Fehlen von Tagesbetreuungsplätzen in den kreisangehörigen Gemeinden (z.B. Verl)
- Mangel an engmaschiger ambulanter Betreuung
- Fehlen von Versorgungsangeboten für ausländische Mitbürger, insbesondere in türkischer Sprache
- Gewünscht wurde eine Tagesklinik im Südkreis; insgesamt wird die Zahl der Tageskliniken als zu niedrig angesehen
- Es wird eine bessere Ausbildung und Weiterbildung vom Altenpflegepersonal in Heimen und ambulanten Diensten gewünscht.

In Gesprächen mit pflegenden Angehörigen wird oft hervorgehoben, dass es an bezahlbaren, spezialisierten Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tagespflege mangelt, die *ihren selbst formulierten Auftrag der „Entlastung der häuslichen Pflege“ auch tatsächlich erfüllen.*

Derzeit wird berichtet von den Angehörigen, dass vor allem „schwierige“ Depressive und Demenzkranke, bei denen der Entlastungsbedarf der Angehörigen besonders groß ist, vom Angebot nicht selten ausgeschlossen werden.

Immer noch gibt es Alten- und Pflegeheime, die über keine ausreichende Betreuung verfügen. Dies wird sowohl von MitarbeiterInnen der Einrichtungen im "Sozialstationentreffen" als auch von pflegenden Angehörigen thematisiert.

3.8.3 Stationäre Versorgung

Die Abteilung Gerontopsychiatrie des ersten Gerontopsychiatrischen Zentrums in Deutschland besteht aus einer Tagesklinik und einer Ambulanz, jedoch ohne die in den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung“ geforderte Beratungsstelle. Sie behandelt Menschen ab dem 60. Lebensjahr mit psychischen Störungen jeder Art.

Wesentlicher Grundsatz unseres Behandlungsangebotes ist die bedarfs- und bedürfnisgerechte Behandlung nach dem Prinzip:

Ambulant oder teilstationär vor stationär.

Der Anteil der aus Gütersloh kommenden Behandlungsfälle beträgt nach Erhebungen des Gerontopsychiatrischen Zentrums im Vergleich zu 1992 (damalige Erhebung der Universität Bielefeld) 68% im Jahre 2000. Der entscheidende Grund dafür ist lt. Netz (2002) die Zu-

nahme der Suchtkranken aus der Stadt und dem Kreis Gütersloh, die gleichzeitig auch die Gruppe mit den häufigsten Wiederaufnahmen stellt.

Die Altersverteilung der Patienten macht deutlich, dass vor allem die betagteren Patienten von der aufsuchenden Ambulanz erreicht werden, während im stationären Bereich die „jüngeren Alten“ (Netz 2002) anzutreffen sind. Schaut man sich das Durchschnittsalter der behandelten Patienten an, so betrug dieses im stationären Bereich 73 Jahre, bei teilstationär behandelten 75 Jahre und der ambulant behandelten Patienten 78 Jahre.

Im Gerontopsychiatrischen Zentrum der WKPPPN erfolgt eine individuelle Behandlungs- und Pflegeplanung, sowie eine ausführliche Anamnese bezüglich der Entwicklung der Erkrankung, aktueller Lebensumstände, noch vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen. Die Tagesklinik bietet Behandlung für psychisch kranke alte Menschen ab dem 60. Lebensjahr, bei denen die häusliche Versorgung am Abend und am Wochenende möglich oder organisierbar ist.

Durch die tagesklinische Behandlung kann die häusliche Situation des Alltagslebens sinnvoll mit einbezogen werden. Aller Voraussicht nach wird die Abteilung Gerontopsychiatrie nur noch für den Kreis Gütersloh zuständig sein.

Ein Indikator für die Auswirkungen der gut strukturierten Arbeit des Gerontopsychiatrischen Zentrums ist die signifikant niedrige Heimverlegungsrate aus der stationären Gerontopsychiatrie im Kreis Gütersloh. Das Zentrum arbeitet intensiv im Bereich der Behandlung und Nachbetreuung mit den im Kreis Gütersloh vorhandenen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen, wie z.B. mit den 11 Tagespflegestätten, den ambulanten Pflegediensten, den Hausärzten und nicht zuletzt mit den Allgemeinkrankenhäusern zusammen. Selbstverständlich werden auch Angehörige und Betreuer mit in den Prozess eingebunden.

Auf die graphische Darstellung der Gerontopsychiatrie wird hier verzichtet; auf den im Anhang ausführlich mit Daten belegten Artikel von Dr. Peter Netz -der Mediziner verfolgt systematisch seit 1991 das Geschehen in der Gerontopsychiatrie- wird verwiesen.

Ein besonderes Problem in der Behandlung alter Menschen wird das ab dem 1. Januar 2003 -mit Ausnahme in der Psychiatrie- zunächst freiwillig eingeführte diagnosebezogene Fallpauschalensystem (DRG-System /Diagnosis Related Groups) darstellen. Anders als in anderen Staaten der Welt wird die geriatrische Versorgung mit in die DRG-Pauschale aufgenommen. Dabei gibt es in Deutschland ein wesentlich anders strukturiertes Versorgungsangebot als z.B. Australien, von denen die Grundlage der deutschen DRG-Pauschale übernommen wurde. Neben der Konzentration auf stationären und teilstationären Bereich, gibt es in Deutschland in der Behandlung Älterer auch Unterscheidung nach differenzierten Versorgungsaufträgen (Krankenhaus bzw. Rehabilitationsabteilung). Dadurch ist für die deutsche Geriatrie deutlich schwieriger als für andere Disziplinen, national einheitliche DRG - Pauschalen und Vergütungsformen zu definieren, die den derzeitigen Versorgungsstrukturen und den Patienten und Patientinnen gerecht werden.

Gerade im Alter ist das Zusammenwirken von psychischen, somatischen und sozialen Bedingungen als charakteristisch zu bezeichnen (Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, 2002).

Folgen von Krankheit oder Behinderungen beschränken den Zugang und das aktive Aufsuchen von vorhandenen Ressourcen für umfassende Diagnostik und „Assessment“ der Behandlung, Rehabilitation und Hilfen.

Durch Koordinierungsschwächen in den Gesetzen zur sozialen und gesundheitlichen Sicherung werden Hemmnisse massiv verstärkt. Als Beispiel können Schnittstellenprobleme zwischen SGB V und SGB XI aufgeführt werden, also zwischen Kranken- und Pflegeversicherung mit einer mangelnden Gewährleistung der unerlässlichen Behandlungskontinuität für alte kranke Menschen.

3.8.4 Frühinterventionen

Die negativen Aspekte des Alterns werden vorwiegend bei anderen gesehen und weniger in die eigene Zukunftsperspektive integriert (Lynch 2000).

Diese Aussage sollte als Leitmotiv für die Vorbereitung auf das Alter dienen; ob präventive gesundheitsfördernde Maßnahmen ergriffen werden, die das Alter wesentlich beeinflussen, oder Maßnahmen eingeleitet werden, um das selbstbestimmte Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Es ist auch eine Frage der Verfügbarkeit und der Qualität der Betreuung sowohl in ambulanten Pflegediensten als auch in stationären Einrichtungen.

Die Pflegekonferenz des Kreises arbeitet bereits an einigen Bausteinen der Versorgung. Dennoch ist eine gründliche Recherche über das vorhandene Versorgungsangebot für Ältere nicht nur unter dem Aspekt der Qualität der Heimversorgung, sondern unter Einbeziehung vorhandener Pflegeberatungsstellen und der bestehenden Konzepte zwingend erforderlich. Mögliche Prüfkriterien: was wird angeboten, wer organisiert die Hilfen, benötigen wir im Kreis Gütersloh Beratungsstellen, die Faltblätter verteilen und mündliche Informationen geben, oder sollen dort Dienste gebündelt werden, die der Einzelne benötigt und von dort auch vermittelt bekommen kann - das „virtuelle Krankenhausangebot“.

Gleichzeitig sollte in einem weiteren Gesundheitsbericht neben den o.g. Aspekten auch die Lage und Qualität der ambulanten Pflegedienste erfasst und perspektivisch bewertet werden. Nicht zu vergessen, die Rolle der Angehörigen, die immerhin über 60 % aller Pflegefälle Zuhause versorgen, obwohl anders als im Jugendbereich keine gesetzliche Verpflichtung zur Hilfe besteht (es gibt nach KJHG das „Recht des Kindes“, es gibt allerdings in keinem Gesetzestext ein „Recht des alten Menschen“ auf Hilfe). Diese Leistung der durchaus auch überfordernden Pflege wird oft von Frauen aus der Familie auch ohne gesetzliche Verpflichtung geleistet.

Weiterhin ist die Frage zu beantworten, welche Unterstützungsmöglichkeiten den pflegenden Angehörigen (außerhalb des Pflegegeldes) angeboten werden. Ist dies alleinige Aufgabe der Gebietskörperschaft, oder können die Pflegekassen dort mitwirken?

Die in Städten und Gemeinden des Kreises Gütersloh bestehenden Pflegeberatungsstellen haben voneinander abweichende Auffassungen, welches ihre Aufgabe ist. Dies ergibt sich aus den Rückmeldungen pflegender Angehöriger über die Dienstleistungsqualität der Pflegeberatungsstellen.

Um qualitativ gleichwertige Pflegeberatung für alle Pflegebedürftigen und Pflegenden im Kreis Gütersloh sicher zu stellen, sind für die örtlichen Pflegeberatungsstellen verbindliche Standards der Aufgabenerledigung festzulegen. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob eine andere Struktur der Pflegeberatungsstellen effizienter für die Ratsuchenden wäre, wie z.B. Bündelung der Aufgaben in drei Beratungszentren, analog zu den vorgeschlagenen Versorgungsregionen im Nordkreis, der Stadt Gütersloh und Südkreis.

Die demographische Entwicklung erfordert baldmöglichst die Überprüfung der Strukturen im Kreis Gütersloh, gerade auf die perspektivische Ausrichtung der ambulanten Pflege. Die Lage der Familien wandelt sich (Alleinerziehende, hohe Anzahl von Menschen, die alleine leben und von keinem Familienangehörigen gepflegt werden können) und deshalb ist dafür zu sorgen, dass ein gut ausgebautes Netz an professioneller Hilfe von gut ausgebildeten Kräften in ausreichender Anzahl zur Verfügung steht.

Diese Aspekte sind im Auftrag der unteren Gesundheitsbehörde nach ÖGDG enthalten, wenn es dort im § 2 Abs. 2 Nr. 1 heißt:

„Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind hierbei insbesondere die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.“

3.9 Suchtproblematik

3.9.1 Verknüpfung Suchterkrankung und psychiatrische Erkrankungen

Sucht, Suchtmittel und ihre Folgen stehen als Dauerthema immer wieder in besonderem Interesse – sowohl in der Öffentlichkeit als auch in den Fachkreisen. Das öffentliche Interesse weist eine bemerkenswerte Ambivalenz auf, weil sich hier verschiedenste Emotionen und Bewertungen gegenüber den dramatischen Ausdrucksformen von Sucht beim Mißbrauch illegaler Drogen (der anderen) mit einer oft ganz entgegengesetzten Wahrnehmung der eigenen Abhängigkeiten und Süchte -in der Regel von Alltagsdrogen Nikotin und Alkohol, oder auch von nichtstoffgebundenen Suchtformen- in unserer Gesellschaft paaren.

Verstärkt wird das Auftreten psychiatrischer Symptome bei Menschen, die suchtmittelabhängig sind, beobachtet. Suchtprobleme (vor allem Alkoholmißbrauch), Depressionen, Schlafstörungen, Erschöpfung, funktionelle Beschwerden wie z.B. Magengeschwüre und Herzbeschwerden werden aus ärztlicher und psychologischer Sicht als die verbreitesten Symptome angegeben (Deutscher Bundestag, Drucksache 14/4357)

Wie aus den vorherigen Abschnitten (Gerontopsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises) hervorgeht, steigt die Anzahl der mehrfach erkrankten Personen, die sowohl psychisch als auch suchtkrank sind.

Das Problem ist darüber hinaus auch in der Wohnungslosenszene bekannt. Obwohl für diesen Personenkreis Dienste und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und des psychiatrischen Hilfesystems zur Verfügung stehen, zeigt es sich, dass gerade psychisch kranke Wohnungslose besondere Schwierigkeiten haben, diese Hilfe anzunehmen. Im Kreis Gütersloh wurde daher ein besonderes Projekt der Diakonie Gütersloh e.V. und der „Suppenküche“ initiiert. Am Begegnungsort Kirchstrasse in Gütersloh haben wohnungslose Menschen die Gelegenheit, neben dem Empfang einer warmen Mahlzeit sich auch von einem Arzt unmittelbar untersuchen und behandeln zu lassen.

3.9.2 Psychosoziale Begleitung Methadon-Substituierter

Der regelmäßige Konsum von Alkohol und illegalen Drogen ist unter jungen Menschen weit verbreitet. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kommt in ihrer mittlerweile 9. Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in der Bundesrepublik Deutschland zu dem Ergebnis, dass 92% der Befragten bereits Alkohol konsumiert, 69% geraucht und 27% illegale Drogen probiert haben. Während die Zahl der jungen Menschen mit Erfahrungen im Konsum illegaler Drogen und Alkohol in den vergangenen Jahren stetig zugenommen hat, ist lediglich beim Rauchen eine leicht rückläufige Tendenz zu verzeichnen.

Die Zahl der Patienten mit Suchterkrankungen nimmt mit steigendem Alter zu. Hierin dürfte sich vor allem der Umstand widerspiegeln, dass Suchterkrankungen sich i. d. R. mit einer zeitlichen Dynamik von einigen Jahren entwickeln. Während in der Anfangszeit des Konsums von Drogen die schädlichen Auswirkungen noch hinter den subjektiv erfahrenen positiven Effekten zurückstehen - und insofern seitens der Betroffenen häufig noch kein Anlass für die Inanspruchnahme von Hilfen gesehen wird- werden negative Auswirkungen auch für das erzieherische Umfeld i. d. R. erst nach einer gewissen Zeit erkennbar. Bei einem Einstiegsalter zwischen 14 und 17 Jahren, in dem die Mehrzahl der Betroffenen mit dem Erstkonsum von Alkohol und illegalen Drogen beginnt, entwickelt sich ein verstärkter Hilfebedarf vielfach erst mit einem Nachlauf von einigen Jahren und damit jenseits des 17. Lebensjahres.

Der Behandlungsanlass bei jüngeren Patienten wird insofern selten durch eine Abhängigkeitserkrankung in Reinform, sondern vielfach durch *eine psychiatrische Erkrankung im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch oder frühen Stadien der Abhängigkeit* gesetzt.

Drogenabhängigkeit ist eine schwerwiegende und sehr komplexe Erkrankung, die sowohl körperliche, psychische als auch soziale Komponenten aufweist. Die Gabe von Methadon deckt nur diejenigen Probleme ab, die unmittelbar aus dem Verlangen nach dem Opiat resultieren. Hierdurch wird der Drogenabhängige von Beschaffungsdruck und allen damit verbundenen Begleiterscheinungen, wie Kriminalität und Prostitution, befreit. Durch Methadon hat er die Möglichkeit, die Szene zu verlassen, die damit verbunden Verhaltensweisen abzulegen und sich anderen Bedürfnissen wieder zuzuwenden. Hierzu braucht er Hilfe.

Neben der Drogenabhängigkeit leiden fast alle Suchtpatienten unter schwerwiegenden psychischen und psychiatrischen Störungen. Die Behandlung dieser Störungen ist neben der reinen Substitution mit Methadon ebenso notwendig, wie die Versorgung der häufigen Begleiterkrankungen, die von der chronischen Hepatitis bis zu HIV-Erkrankungen reichen. Hinzu kommen schwerwiegende soziale Probleme, wie Schulden, Arbeitslosigkeit, oft auch Wohnungslosigkeit und eine soziale Bindungslosigkeit. Für viele ist die Drogenszene der lange gewohnte Lebensraum, den sie erst verlassen können, wenn Alternativen gegeben sind. Eine psychische und soziale Begleitung ist aus diesem Grunde neben der Methadonabgabe dringend erforderlich.

Die Ziele der Substitutionsbehandlung:

1. Überlebenshilfe
2. Körperliche und psychische Stabilisierung
3. Erreichen von Beigebrauchsfreiheit
4. Soziale und berufliche Wiedereingliederung
5. Dosisreduzierung
6. Entgiftung
7. Suchtmittelfreiheit

Bei Beginn der Substitution stehen medizinische Behandlung, soziale Beratung und Hilfestellung im Vordergrund. Oft geht es darum, die Mindestvoraussetzungen für eine menschenwürdige Existenz wieder herzustellen. Im Anschluß ist die Bearbeitung des Suchthintergrundes sowie die Erarbeitung von Perspektiven notwendig. Viele Drogenabhängige sind Schul- und Berufsabbrecher und brauchen eine Hilfestellung, um wieder in das soziale und berufliche Gemeinwesen eintreten zu können. Ohne Hilfestellung und Ausnutzung der öffentlichen Fördermaßnahmen des Arbeitsmarktes ist dies nicht möglich. Darüber hinaus ist bei den häufig vorhandenen tiefgreifenden psychischen Störungen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie notwendig.

Der zentrale Effekt der Substitution besteht somit in der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Nutzung eigener Ressourcen und Selbsthilfepotentiale der Betroffenen. Die Substitution stellt zunächst eine Entlastung vom auf dem illegalisierten Drogenmarkt gegebenen Beschaffungsdruck dar. Sie führt i.d.R. zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung und eröffnet Spielräume für eine partielle bis vollständige Loslösung aus den Lebenszusammenhängen der Drogenszene.

Das Spektrum der Psychosozialen Betreuung reicht von der kurzfristigen anlaßbezogenen Beratung bis zu langfristiger Begleitung.

Nach der Beendigung der medikamentösen Opioidbehandlung ist in den meisten Fällen eine Fortsetzung der Psychosozialen Begleitung für etwa 6-12 Monaten sinnvoll, da die Beendigung der Substitution in vielen Fällen mit krisenhaften Entwicklungen verbunden ist.

Angezeigt ist Methadon-Substitution für

- langjährige Opiatabhängige, die in traditionellen Therapien (Entwöhnungsbehandlung) gescheitert sind,
- manifest Opiatabhängige, die nicht in der Lage sind, sich einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen,
- Opiatabhängige mit zusätzlicher schwerer Erkrankung wie z.B. Aids, Krebs, Leberzirrhose, chronische Psychose,
- Opiatabhängige mit noch vorhandenem Arbeitsplatz,
- Opiatabhängige mit Kindern,
- schwangere Opiatabhängige.

Eine bundesweit verbindliche Definition der rechtlich erforderlichen psychosozialen Begleitung bei der Methadongestützten Behandlung fehlt; ebenso die Qualitätsmaßstäbe und eine einheitliche Finanzierung.

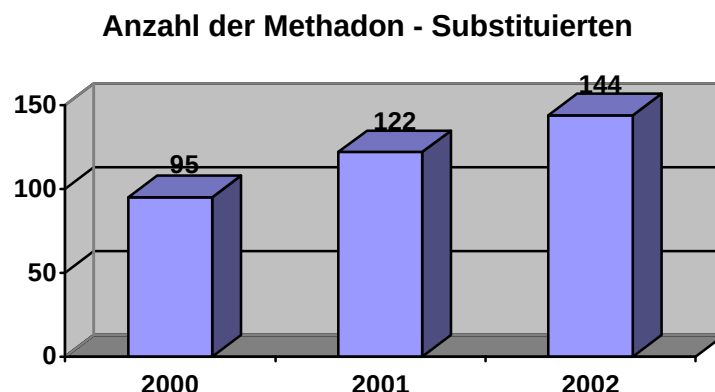
Der Kreis Gütersloh hat am 01.08. 1999 die Methadon-Vereinbarung NRW unterzeichnet. Der Gesundheitsausschuss hat in seiner Sitzung am 26.01.2000 über die „Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger im Kontext der Methadon-Vereinbarung“ beraten und folgenden Beschluss gefasst:

„Der Kreisausschuss stellt vorbehaltlich der Ergebnisse der Haushaltplanungsberatungen 2000 für die psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger Haushaltsmittel in Höhe von 90 % der anderweitig nicht gedeckten Personalkosten – höchstens jedoch 80.000 DM jährlich zur Verfügung. Die Bereitstellung der Mittel wird auf drei Jahre befristet. Vom Caritasverband ist jährlich ein Leistungsbericht vorzulegen, aus dem

- die Anzahl der Substituierten
- die Kostenträger Krankenversicherung gem. NUB – Richtlinien
 Eingliederungshilfe gem. § 39 BSHG
 Krankenhilfe gem., § 37 BSHG
 Selbstzahler
- Beschreibung der psychosozialen Betreuung (stichwortartig)
- Nachweise der entstandenen Personalkosten hervorgehen."

Der Kreisausschuss hat am 14.02.2000 diesen Beschluss bestätigt.

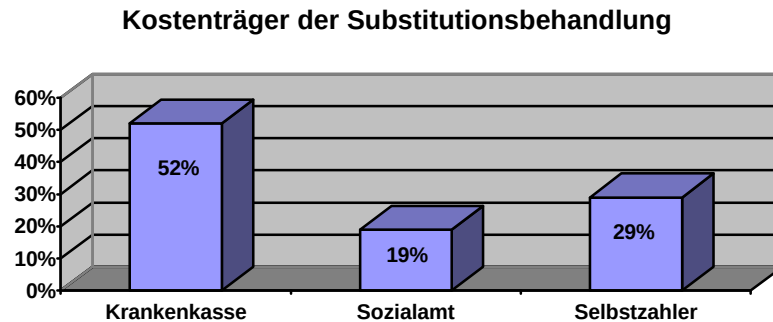
Der Caritasverband im Kreis Gütersloh e.V. legte der Verwaltung die erforderlichen Nachweise vor.



Anzahl der Substituierten: 2000 : 95 Patienten
 2001: 122 Patienten
 2002: 144 Patienten

Ein Anstieg der Substituierten war zu erwarten, da seit 2000 die Betreuung nicht mehr mit Codein (nicht meldepflichtig) substituiert werden durfte. Von den Substituierten nahmen im Jahr 2000 37 Personen oder 39% die Psychosoziale Begleitung in Anspruch, 2001 waren es 82 oder 67% und im Jahr 2002 alle 144 Personen.

Die Kostenträger der Substitutionsbehandlung:



Die Zahl der Sozialhilfeempfänger unter den substituierten Personen ist in den vergangenen Jahren konstant geblieben; derzeit ist eine sinkende Tendenz zu beobachten. Die Daten über Alter, Geschlecht, Nationalität und Wohnort wurden bisher nicht erfasst. Nach Aussagen des Caritasverbandes gibt es folgende Tendenzen:

Ein Drittel der psychosozial betreuten Drogenabhängigen sind weiblich, zwei Drittel männlichen Geschlechtes. Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 25-30 Jahren. Ein Drittel der Substituierten sind Russlanddeutsche.

50 % der psychosozial Betreuten befinden sich in

- Arbeit,
- Umschulung,
- Ausbildung,
- bzw. sind arbeitssuchend.

25 % der Substituierten haben eine Arbeitsstelle. Was den Wohnort betrifft, so sind die psychosozial betreuten Substituierten gleichermaßen im Kreis Gütersloh verteilt, d.h., dass es keine besonderen Schwerpunkte im Kreisgebiet gibt.

Die konkrete psychosoziale Betreuung durch die Beratungsstellen Gütersloh und Rheda beinhaltete folgende Elemente:

- Gespräche / Telefonate mit Klienten
- Vermittlung in ergänzende und weiterführende Hilfen (Schuldnerberatung, stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen)
- Gespräche / Telefonate mit Angehörigen
- Informationsgespräche
- Regelmäßiger Austausch mit den substituierenden Ärzten
- Angebote des niedrigschwelligen Bereiches als tagesstrukturierende Maßnahme (ab 1.07. 2001)
- Organisation und Durchführung des Arbeitskreises Substitution
- Konzeptentwicklung
- Informationsveranstaltungen
- Fortbildungsveranstaltungen
- Dezentrale psychosoziale Betreuung in den Aussprechstellen in Halle und Versmold
- Gewährleistung und Koordination der Wochenendvergabe durch den Caritasverband in Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärzten.

Qualitätssicherung: Die kontinuierliche Überprüfung und Umsetzung der mit dem Patienten vereinbarten Ziele ist ein wesentlicher Baustein der Methadonsubstitution und der psychosozialen Betreuung und wird sowohl beim Caritasverband als auch von den substituierenden Ärzten verfolgt.

Die Vorgaben für den substituierenden Arzt sind detailliert in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) genannt. Sofern eine psychosoziale Betreuung nicht gewährleistet ist, darf der Arzt nicht substituieren. Darüber hinaus müssen substituierende Ärzte eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation nachweisen.

Die Mitarbeiter des Caritasverbandes führen interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen durch. Über die fachspezifische Ausbildung der Mitarbeiter (Krankenpflege, Sozialarbeiter/-pädagogen, therapeutische Ausbildung) hinaus werden strukturierte kollegiale Fallberatungen mit Dokumentation der Ergebnisse und kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildungen durchgeführt.

Sowohl Caritas-Mitarbeiter als auch substituierende Ärzte, der Sozialpsychiatrische Dienst der Abteilung Gesundheit und ggf. der Amtsapotheker nehmen an regelmäßigen Treffen des Arbeitskreises Methadon-Substitution teil. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert die Fortbildungen dieses Qualitätszirkels.

Im übrigen hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe das ASTO-Handbuch (Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger 2001) herausgegeben, einen Leitfaden und praxistaugliche Hilfe für die Substitutionstherapie.

Perspektiven: Migranten -vor allem aus Osteuropa- sind unter den Opiatabhängigen bzw. unter den Substitutionspatienten mittlerweile überproportional vertreten.

Ärzte, die substituieren, müssen entsprechende Rahmenbedingungen erhalten, denn ohne psychosoziale Betreuung kann diese Behandlung nicht durchgeführt werden. Allein aufgrund der gestiegenen Anforderungen an die Ärzte bezüglich Fachlichkeit und Dokumentation gibt es zudem eine immer geringere Anzahl von Ärzten, die bereit sind, die Substitutionsmaßnahmen durchzuführen.

Für substituierte Drogenabhängige ist die psychosoziale Betreuung ein Bestandteil der Versorgung. Eine Ausweichmöglichkeit gibt es nicht, weil in der Beratung das Wohnort-Prinzip gilt.

Die Fortsetzung der erprobten Maßnahme ist zur Vermeidung von Verelendung zwingend notwendig. Zudem wird eine Kostenexplosion z.B. bei Krankenhausbehandlung, Krankentransport und Sozialhilfe/Krankenhilfe nach BSHG durch die nachweisbare medizinische psychosoziale und auch berufliche Stabilisierung vermieden.

Die Nachfrage bei der Kriminalpolizei Gütersloh ergab, dass durch Substitution und psychosoziale Betreuung die Kriminalitäts- und Drogenzahlen niedriger liegen; derzeit fallen illegale, nichtsubstituierte Drogenabhängige in der Statistik auf.

Der zentrale Effekt der Substitution besteht somit in der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Nutzung eigener Ressourcen und Selbsthilfepotentiale der Betroffenen. Die Substitution stellt zunächst eine Entlastung vom auf dem illegalen Drogenmarkt gegebenen Beschaffungsdruck dar. Sie führt zu einer Verbesserung, zumindest aber zu einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und eröffnet Spielräume für eine partielle bis vollständige Loslösung aus den Lebenszusammenhängen der Drogenszene.

Die psychosoziale Betreuung Methadon-Substituierter hat sich bewährt. Daher hat der Kreisausschuss auf Vorschlag des Ausschusses für Gesundheit und Verbraucherschutz im Dezember 2002 beschlossen, die Maßnahme für weitere 3 Jahre zu finanzieren.

3.9.3 Steuerungsgremium für die Versorgung suchtkranker Menschen im Kreis Gütersloh

Im Jahr 2003 wurde für den Zuständigkeitsbereich des Kreises Gütersloh ein Steuerungsgremium für die Versorgung suchtmittelabhängiger Menschen eingerichtet. Die Geschäftsordnung wurde erarbeitet und abgestimmt mit den Akteuren der ambulanten und stationären psychosozialen Versorgung, dem LWL und der Abt. Arbeit und Soziales sowie der Abt. Gesundheit des Kreises. Das Ziel des Steuerungsgremiums besteht in der Optimierung der Versorgung für abhängig kranke Menschen, indem das Angebot bürgernah am Hilfebedarf ausgerichtet und entwickelt wird. Das Gremium soll für die noch fehlenden Dienste sorgen und überflüssige vermeiden. Die Arbeitsdauer des Gremiums ist zunächst auf 2 Jahre begrenzt.

Auf der Basis einer detaillierten Analyse der Ergebnisse aus dem Steuerungsgremium für suchtmittelabhängige Menschen sollen vom LWL in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie- und Suchtkoordinatorin planungs- und entscheidungsrelevante Aussagen über zukünftige Strukturen, Kapazitäten und Standorte erarbeitet und der Versorgungsbedarf im Kreis Gütersloh ermittelt werden.

3.10 Steuerung, Kooperation und Vernetzung

3.10.1 Einzelfallebene

Ein zeitgemäßes regionales psychiatrisches Versorgungssystem ist so zu gestalten, dass einem akut oder chronisch psychisch kranken Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und der Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird.

Die Organisation der Hilfen soll patientenorientiert durch die Kommune erfolgen und auf die kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein (Sozialpsychiatrisches Paradigma, Kruckeberg und BMG /Hrsg./ 1995).

Auf der Ebene des Steuerungsgremiums wurde vereinbart, dass der bundesweit erprobte und angewandte integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) für die Ermittlung des krankenbezogenen Hilfebedarfes eingesetzt wird. Er dient nicht nur der Erfassung der tatsächlichen Bedarfe und der Abstimmung der angemessenen Leistungen im Sinne einer qualifizierten Hilfeplanung gem. § 46 BSHG, sondern ermöglicht auch die Aggregation der Daten für die kommunale Gesundheitsberichterstattung und die Steuerung der Finanzströme.

Dieser Bogen lässt zuverlässig folgende Daten auswerten:

- in Anspruch genommene Dienste und Einrichtungen
- an Kooperationen beteiligte Dienste und Einrichtungen (welche Hilfeleistungen wurden erbracht)
- Verbindlichkeiten der Kooperation (koordinierende Stellen/Personen)
- Beteiligung der Berufsgruppen
- Einbeziehung der Klienten und des sozialen Umfeldes

Aus der Auswertung der genannten Bereiche lassen sich darüber hinaus auch Aussagen zur Ergebnisqualität gewinnen.

Wünschenswert wäre für die Entwicklung strategischer Ziele des psychiatrischen Hilfesystems eine Vereinbarung zwischen dem Kreis und den Leistungserbringern, verbindlich den integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplan im Kreisgebiet anzuwenden (als Antrag auf Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe). Als Indikator für Strukturqualität wird dieser Bogen Daten bezüglich (ungenügender) Zugänglichkeit und (mangelhafter) Leistungsqualität liefern und wichtige Hinweise zur Weiterentwicklung und Ausgestaltung des psychiatrischen Hilfesystems geben. Das bisherige Datensystem lässt, wie bereits am Anfang des Psychiatrieberichtes kritisch dargestellt, keine gesundheitsrelevanten und steuernden Aussagen zu.

Nach § 17 SGB I besteht (wobei die Bedarfsplanung wie auch die Regelung von Kriterien zur Zulassung jeweils in die Zuständigkeit des jeweiligen Leistungsträgers fällt) eine Verpflichtung der Leistungsträger zum Abschluss von Versorgungsverträgen.

Die konsequente Anwendung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans ist in besonderer Weise geeignet, in Verbindung mit Verträgen nach § 93 BSHG (hier: Vergütungsvereinbarung) eine Aussage über Finanzierungsvolumen zu treffen, die Leistungsqualität auf der Arbeitsebene zu verbessern, sowie Anstöße für konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung auf den übrigen Ebenen zu geben.

3.10.2 Vernetzungsgremien

Im Kreisgebiet agiert eine Vielzahl von Akteuren der psychiatrischen Versorgung; meist sind es Leistungserbringer und deren Mitarbeiter, die sich in unterschiedlichen Arbeitskreisen informieren (oftmals die gleichen Personen) und austauschen.

Ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben - gibt es u.a. folgende Arbeitsgruppen:

- Gemeindepsychiatrische Arbeitsgemeinschaft Gütersloh (GAG)
- Trägerkonferenz ambulante Dienste
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft -Untergruppe Psychiatrie
- Nordkreistreff Psychiatrie
- Sozialstationen-Treffen
- Runder Tisch Pflege
- Tagespflege-Treffen im Nordkreis
- Pflegekonferenz
- Runder Tisch berufliche Rehabilitation
- Kottengespräche
- Arbeitskreis Sucht
- Arbeitskreis Prophylaxe und Vernetzung beim sexuellem Mißbrauch
- Arbeitskreis Prävention
- Arbeitskreis Obdachlosigkeit und Sucht
- Arbeitskreis Methadon
- Beraterteam der Tagesstätte u.a.

Nur einige wenige dieser Arbeitskreise erfüllen die Kriterien eines Qualitätszirkels, wie z.B. der Arbeitskreis Methadon oder der Arbeitskreis „Runder Tisch berufliche und medizinische Rehabilitation“. In anderen Gremien findet vorwiegend ein Austausch auf kollegialer (Beratungs-) Ebene statt. Die Arbeitsgruppen widmen sich - wiederum mit einigen Ausnahmen - nur der Erwachsenenpsychiatrie zu. Der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mangelhaft besetzt. Die Schnittstelle Jugendhilfe/Kinder- und Jugendpsychiatrie ist kontinuierlich weder in der Form eines Qualitätszirkels, noch als Informationsgremium besetzt. Arbeitskreise, die sich explizit mit der psychischen Gesundheit von Frauen bzw. der Gesundheit von Migrantenfrauen auseinandersetzen, fehlen ebenfalls.

Vergleichbar einfach ist es, von Person zu Person übereinstimmende Qualitätsanforderungen für die Wohnqualität innerhalb und außerhalb psychiatrischer Institutionen zu finden. Wer aber bestimmt Qualitätsanforderungen an die therapeutische Beziehung oder an zwischenmenschliche Betreuungsformen? Wer entscheidet, ob eine vorübergehende Verschlechterung zugunsten eines längerfristigen Behandlungserfolges in Kauf genommen werden darf? Sind kurze stationäre Aufenthalte oder niedrige Medikamentendosierungen grundsätzlich wünschenswert? Wie beurteilen die Betroffenen, die Psychiatrieerfahrenen und Angehörige, was qualitativ gut ist?

Welche Auswirkungen hat das auf die Planungsabsichten einer Gebietskörperschaft, auf die fachlichen und gesundheitspolitischen Prozesse, zwischen allen an der Versorgung Beteiligten?

Nun ist, unter dem Gesichtspunkt „Qualität“ -lateinisch „qualitas“- immer nur ein „So sein“, eine Art und Weise, die Beschaffenheit eines Gegenstandes oder eines Handelns gemeint. Erst in einem größeren Zusammenhang ist zu beurteilen, ob eine bestimmte Art und Weise, eine bestimmte Qualität eben, gut oder schlecht ist. Hier ist, in Anbetracht der Vielzahl von Sitzungsstunden in verschiedenen Informationsgremien zu fragen, ob häufige Gespräche ein positives Qualitätsmerkmal darstellen (immerhin fehlen diese Zeiteinheiten den von der Betreuungs- und Behandlungskontinuität abhängigen Klienten) oder mitunter nur ein Zeichen von Unsicherheit sind.

In den o. g. Arbeitsgruppen werden bisher weder Indikatoren zu wichtigen Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erhoben und bewertet, noch Konzepte zur Gesamt-

qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh diskutiert und erarbeitet.

Diskussionen müssen systematisch und transparent geführt werden, das Interesse der Beteiligten und die Notwendigkeit der Maßnahme sind zu ermitteln und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Dem gegenüber ist ein für die psychiatrische Versorgung im Kreis Gütersloh erforderliches Abstimmungsgremium, ob als Beirat, der auch politisch besetzt und mit Empfehlungsvollmachten ausgestattet, oder als Fachgruppe der einheitlichen kreisweiten Sozialplanung agierend, nicht vorhanden. Stattdessen kann jeder Leistungserbringer im Rahmen von Einzelanträgen seine Interessen geltend machen, unabhängig davon, ob sein Konzept die Angebote im Kreisgebiet ergänzt oder ob diese mehrfach vorgehalten werden.

In verschiedenen Bereichen ist es durchaus möglich auf der Abteilungsebene die nötigen Recherchen durchzuführen und ein abgestimmtes Konzept der Politik zur Beratung und Entscheidung vorzulegen. Dies ersetzt jedoch nicht eine großräumige Planung unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

Diese müßte von einem Gremium begleitet werden, welches aus den Politikern der Bereiche Gesundheit und Soziales, Leistungsträgern, Leistungserbringern, Betroffenen, Angehörigen und PSAG besetzt wäre. Erst dann könnte auf der Grundlage des Psychiatrieberichts eine Abstimmung und Empfehlung an die Entscheidungsträger erfolgen.

Die Beratung im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz ist bisher strukturell anders vorgesehen; hier werden nicht die komplexen Zusammenhänge einer Versorgungsplanung abgearbeitet, sondern einzelne Projekte abgeleitet. Darüber hinaus sind die Intervalle der Beratungsentscheidungen zu groß. Damit ist gemeint, dass auf Kreisebene ein Abstimmungsgremium zur Entwicklungsplanung in der psychiatrischen Versorgung fehlt.

Es bietet sich allerdings an, unter dem Dach der kommunalen Gesundheitskonferenz eine ständige Arbeitsgruppe Psychiatrie anzusiedeln, die aus max. 10 Personen besteht und 3-4 mal im Jahr tagt, um fachliche Unterstützung und Beratung der Psychiatrieprojekte sicher zu stellen (Mitwirkung bei der Gesundheitsberichterstattung und der externen Evaluation der psychiatrischen Versorgung, Erarbeiten von Standards, Prioritätensetzung usw.). Mitglieder der psychiatrischen Versorgungslandschaft sind ohnehin in der kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Gütersloh vertreten (Angehörige, Psychiatrieerfahrene, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Träger der diversen Einrichtungen).

Zur Steuerung kommunaler Haushalte sollte zwingend die Budgetierung als umfassende Abstimmung von Prioritäten, Aufgaben, Finanz- und Leistungszielen erfolgen. Wie die Ziele und Leistungen der psychiatrischen Versorgung aussehen sollen (Stichwort: Psychiatriebudget), welche Einrichtungen und Dienste noch zwingend aufgebaut werden müssen, was überflüssig ist, wie viel Finanzmittel hierfür zur Verfügung gestellt werden können, muss politisch diskutiert und abschließend kommunal auf der Basis der Haushaltsberatungen entschieden werden. Denn salopp gesagt: wer nicht weiß, wohin er geht, muss sich nicht wundern, dass er woanders ankommt.

4. Maßnahmen, Umsetzungsvorschläge, Verantwortlichkeiten, Finanzierung

Maßnahmen	Umsetzungsvorschläge	Verantwortlichkeiten	Finanzierung
Gemeindepsychiatrischer Verbund mit drei Versorgungsregionen; in jeder Versorgungsregion soll eine Grundstruktur vorhanden sein: • Ambulant aufsuchender Dienst (Regionalisierung von SpDi, Institutsambulanz) • Betreute Wohnformen stationär und ambulant • Tagesstätte • Kontakt - und Beratungsstelle • Regionalisierter Krisendienst mit zentralen Krisenbetten (nicht Behandlungsbetten!) • Beschäftigungsmöglichkeiten	Versorgungsregionen • Stadt Gütersloh • Südliches Kreisgebiet • Nördliches Kreisgebiet Für diese Versorgungsregionen wird jeweils ein Psychatriebudget empfohlen. Versorgungsverträge mit Versorgungsverpflichtung (Leistungsstandards) für Leistungserbringer abschließen. Valide Bedarfserhebung im Bereich "Betreutes Wohnen", die qualifiziert Lücken und Überversorgung im Betreuungsbereich aufzeigen soll Prüfung, ob der Beschäftigungsbereich im Südkreis bereits durch die bestehende Werkstatt für behinderte Menschen ausreichend abgedeckt ist	Abt. 3.3. und 2.4. LWL (Versorgungshochzonung ab 01.07.03), Steuerungsgremium unter der Federführung des LWL WfB, LWL und Abt.2.4	Bündelung der bisherigen Einzel - Ausgaben zum Budget für die jeweilige Versorgungsregion; dadurch Planungssicherheit sowohl für die Leistungserbringer als auch für den Kreis Gütersloh Personalkosten, wie bisher Ggf. Kosten einer zusätzlichen Tagesstätte, (Leistungsträger ist hier der LWL)

In Ermangelung eines Psychiatriebeirates kann die erforderliche fachliche Unterstützung der Psychiatrieprojekte durch eine Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz erfolgen. <u>Aufgaben:</u> Mitwirkung bei Gesundheitsberichterstattung, Evaluation der psychiatrischer Versorgung, Prioritätensetzung auch unter wirtschaftlichen Aspekten: Aufstellen von Standards, kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Qualitätsbericht, etc.	Ständiger Arbeitskreis Psychiatrie - und Sucht unter dem Dach der Kommunalen Gesundheitskonferenz; Stärke: <u>max.10 Personen</u>, Tagungshäufigkeit 3-4 mal im Jahr. <u>Teilnehmer:</u> Vertreter von Klinik, Leistungserbringern (Trägerkonferenz), Abt. 3.3, LWL, WfB, Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, SpDi des Kreises, Runder Tisch für beruflich - medizinische Rehabilitation	Abt.2.4	Keine zusätzlichen Kosten, aber hohe Fachkompetenz durch verbindliche Kooperationsstrukturen und verlässliche Absprachen
Abbau von stationären Betten	Im Gegenzug sind teilstationäre: • Tagesklinik • Krisenbetten in ausreichender Anzahl zur Verfügung zu stellen	Land NRW/LWL	Land NRW/LWL
Einsatz von Soziotherapie (bis zu 120 Std.)	Leistungen der Eingliederungshilfe nach BSHG können durch Soziotherapie unterstützt und ggf. eingespart werden	Abt.3.3 bzw. ab 1.07.03 LWL und Krankenkassen	Gesetzliche Krankenversicherung
Psychosoziale Begleitung Methadon - Substituierter	Weitere Finanzierung dieser Hilfeart nach Prüfung des Bedarfs	Abt.2.4	In der KA - Sitzung vom 9.12.2000 wurden Haushaltsmittel zunächst für weitere 3 Jahre bereitgestellt
Arbeits- und Beschäftigungsangebote für psychisch kranke Menschen	• Darstellung des Beratungsangebotes • Erstellung von Informationsmaterialien	Arbeitskreis „Runder Tisch berufliche und medizinische Rehabilitation“ (die Abt. 2.4 und 3.3 sind dort ebenfalls vertreten)	Sponsoring und Eigenmittel der Leistungserbringer

Qualifizierte Beratung bezüglich Pflege und Rehabilitation (Grundsatz: Rehabilitation vor Pflege!)	• Schulung von Angehörigen und Ehrenamtlichen • Gezielter Einsatz fremdsprachiger Pflegekräfte • Förderung der Vernetzung der Hilfen träger - und institutionenübergreifend • Evaluation der Pflegeberatungsstellen im Kreis unter qualitativen Aspekten	Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegekasse, Reha – Träger, Pflegekonferenz	• Gesetzliche Krankenversicherung, • Pflegekasse, • Reha – Träger • Kreis Gütersloh
Gesundheitsbericht-erstattung	Erstellung weiterer Gesundheitsberichte, z.B. im Rahmen von Projektplanungen Mögliche Themen: • Gerontopsychiatrie • Kinder - und Jugendpsychiatrie unter besonderen Berücksichtigung jugendlicher Zuwanderer • Erreichbarkeit von Zuwanderern im medizinischen und pflegerischen Bereich • Arbeit für psychisch kranke Menschen • Psychisch kranke, alte Menschen in Heimen	Abt. 2.4 (unter Einbeziehung der übrigen Beteiligten)	Haushalt der Abt.2.4

5. Service / Anlagen

Liste fremdsprachiger Ärzte

Sprache	Kommune	Fachbereich	Name, Adresse	Tel-Nr.:
Arabisch	Steinhagen	Innere Medizin	Dipl.Med Fayeg Faris-Bibawi Mühlenstr. 2 33803 Steinhagen	05204/2030
Griechisch	Rheda- Wiedenbrück		Dr. Burkhard Hornberger Lange Str. 4 33378 Rheda- Wiedenbrück	05242/8731
	Rietberg		Dr. Andreas Neocleous Katthagenstr. 3 33397 Rietberg	02944/7284
Polnisch	Rheda- Wiedenbrück		Anna Rogalski Hauptstr. 66 33378 Rheda- Wiedenbrück	05242/36423
	Gütersloh	Allgemeinmedizin	Klaus Josef Jordecki Holzrichterstr. 20 33332 Gütersloh	05241/51304
	Langenberg		Dr. Markus Weltike Hauptstr. 4 33449 Langenberg	05248/210
	Versmold		Bogdan Stawarz Wilhelm-Vinke-Ring 28 33775 Versmold	05423/2444
	Soest	Kinder- und Ju- gendpsychiatrie	Dr. Jörn Droemann Westenhellweg 70 59494 Soest	02921/343810
Russisch	Gütersloh	Allgemeinmedizin	Kalpana Balupuri-Butta Berliner Str. 17 33330 Gütersloh	05241/16987
			Dr. Pia Theresia Hauert- mann-Klatt Avenwedder Str. 87 33335 Gütersloh	05241/703890
	Rheda- Wiedenbrück		Andreas Löwen Wilhelmstr. 20 33378 Rheda- Wiedenbrück	05242/42054
	Rietberg		Dr. Hans-Werner Sauder Lippstädter Str. 34 33397 Rietberg	02944/441
	Schloß Holte- Stukenbrock		Rita Müller Annastr. 7 33758 Schloß Holte- Stukenbrock	05207/2112
	Steinhagen		Dipl. Med. Ilona Metzner Mühlenstr. 7 33803 Steinhagen	05204/7777
	Versmold		Bogdan Stawarz Wilhelm-Vinke-Ring 28 33775 Versmold	05423/2444

Sprache	Kommune	Fachbereich	Name, Adresse	Tel.-Nr.
Russisch	Rheda-Wiedenbrück	Innere Medizin	Anna Rogalski Hauptstr. 66 33378 Rheda-Wiedenbrück	05242/36423
	Steinhagen		Dr. Peter Wotschel Stromberger Str. 10 33378 Rheda-Wiedenbrück	05242/377361
			Dr. Heidrun Flügel Brinkstr. 1 33803 Steinhagen	05204/2043
			Dr. Gabriele Niederbiermann-Koczy Bahnhostr. 19a 33803 Steinhagen	05204/995880
	Gütersloh	Neurologie	Dr. Heike Eckhardt Neuenkirchener Str. 62 33332 Gütersloh	05241/55511
		Neurologie und Psychiatrie	Anne Köhler Neuenkirchener Str. 62 33332 Gütersloh	05241/55511
	Steinhagen	Kinderheilkunde	Dr. Aglaja Noske Brinkstr. 1 33803 Steinhagen	05204/7818
Türkisch	Schloß Holte-Stukenbrock	Kinderheilkunde	Dr. Seyed Hassan Hosseini Holter Str. 4 33758 Schloß Holte-Stukenbrock	05207/920912

Organigramm der klinischen Abteilungen der Westfälischen Klinik Gütersloh

[illegible]

Kreis Gütersloh
Weitere ambulante Dienste: Betreutes Wohnen, ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Soziotherapie, ambulante Ergotherapie

Gerontopsychiatrie	Innere/Psychosomatik	Neurologie
Kreis Gütersloh Kreis Herford Südkreis Lippe	Kreis Gütersloh	Kreis Gütersloh
Station 1 (Haus 12) Dementielle Erkrankungen	Innere I (Haus 07)	Neurologie I (Haus 07)
Station H (Haus 12) Affektive und Suchterkrankun- gen	Innere II (Haus 07) Schwerpunkt psychosomatische Medizin	Stroke Unit (Haus 07) Schwerpunkt Schlaganfall- krankungen
Station Max-Bürger-Haus II (Haus 13) Psychosen, dementielle Erkran- kungen	Intensivstation (Haus 07)	Weiteres Angebot: Ambulante Botulinumtoxinthera- pie bei Dystonie und Spastik
Altenförderzentrum (Haus 14) Ergotherapeutische Angebote für stationäre, teilstationäre und ambulante Patienten		
Gerontopsychiatrisches Zentrum Am Bachschemm 5 33330 Gütersloh		
Gerontopsychiatrisches Zent- rum: Tagesklinik Am Bachschemm 5 33330 Gütersloh		
Gerontopsychiatrische Instituts- ambulanz Hermann-Simon -Str. 3 33334 Gütersloh		

Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation im Kreis Gütersloh

AOK Westfalen-Lippe (Front Office) Barkeystr. 19 33330 Gütersloh	Helmut Salzmann	05241-108-239	05241-108-389	Servicestelle-re-ha.guetersloh@wl.aok.de
	Vertreter: Michael Scholz	05241-108-420	05241-108-259	Servicestelle-re-ha.guetersloh@wl.aok.de
IKK (Front Office) Wiedenbrücker Str. 41 33332 Gütersloh	Klaus Hagenheide	05241-918-3307	05241-918-3398	Klaus.Hagenheide@ikk-wl.de
	Vertreter: Norbert Diedam	05241-918-3312	05241-918-3399	Norbert.Diedam@ikk-wl.de
	Vertreter : Tim Hollmann	05241-918-0	05241-918-3399	Tim.Hollmann@ikk-wl.de
BKK-Bertelsmann Carl-Miele-Straße 214 33335 Gütersloh	Andreas Titlbach	05241-805486	05241-97268042	Andreas.Titlbach@bertelsmann-BKK.de
BKK-Miele Carl-Miele-Straße 29 33332 Gütersloh	Karsten Reichow	05241-892178	05241-892150	Karsten.reichow@bkk-miele.de

Allgemeine Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der Großen Anfrage 10 der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Fragen II. 1. d, e, f, g, h, i, k, l)

Psychiatrische Angebote für Erwachsene in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen (Suchtbehandlung siehe unten: separater Erhebungsbogen)

Kreis Gütersloh

Stand: 31.12.2000

	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze	Plätze pro 100.000 Einwohner
Wohnheime für psychisch Kranke (Name/Anzahl der Träger)	1 „Dorotheenstr.“ (1 Träger: WKPPPN Gütersloh)	25	7,29
Übergangsheime für psychisch Kranke	2 Träger (H-P-Kitzig Institut mit 24 Plätzen siehe unten)	16 stat., 4 ambulante	5,83
Betreutes Wohnen für psychisch Kranke	12 Träger	330 plus noch nicht bewilligte: 82	96,24
Tagesstätten (Name/Anzahl der Träger)	2 Förderkreis Wohnen – Arbeit – Freizeit e.V. Gütersloh	40	11,49
Kontakt- und Beratungsstellen (Name/Anzahl der Träger)	1 Kontaktstelle für Obdachlose in Gütersloh (Diakonie Gütersloh e.V.); 1 gemeinsame an 2 Stellen in Gütersloh „Industriecafé“ und „Club 5“ ; (2 Träger) 3 „Treffe“ : Halle/ Westf. Werther/ Westf. Harsewinkel (Trägerverbund)		

ambulante komplementäre Dienste (Name/Anzahl der Träger)	Sozialpsychiatrischer Dienst (Kreis Gütersloh), Krisendienst für den Kreis Gütersloh e.V. (1); Beratungsstelle für Aussiedler (Diakonie) Sozialarbeit in den Gemeinschaftsunterkünften (Stadt Gütersloh), Beratungsstelle und Tagesaufenthalt nach § 72 BSHG (Diakonie Gütersloh e.V.); Beratungsstelle für Migranten (Stadt Gütersloh / Ausländerbeauftragter); Notschlafplätze (Stadt Gütersloh); Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung (Stadt Gütersloh); ähnl. Dienste in allen 13 Kreisangehörigen Kommunen; Schuldnerberatung (Diakonie Gütersloh e.V.); Materielle Hilfen örtl. Träger der Sozialhilfe; Hauswirtschaftliche Hilfen (5 Träger); Familiengruppenarbeit (3 Träger); Psychosoziale Begleitung, Betreuung, Beratung (3 Träger); Psychiatrische / Gerontopsychiatrische Hilfen (2 Träger); Zeitintensive Versorgung (2 Träger) Lebensmittelverteilung durch die Gütersloher Tafel (1 Träger); Möbellager der GAB; Kleiderkammer des DRK; Unterbringung in Unterkünften für Wohnungslose; Psychiatrische Ambulanz (Institutsambulanz WKPPN Gütersloh); Beschwerdestelle für Psychiatrie (1 Träger); Frauenberatungsbüro (1 Träger); Frauenhaus (1 Träger); Opferschutz und sexueller Mißbrauch (3 Träger); darüber hinaus stationär in der WKPPN : psychotraumatologische Behandlung vergewaltigter Flüchtlingsfrauen aus Krisenländern;		
--	--	--	--

Arbeits- und Beschäftigungsangebote	Integrationsfachdienst (proWerk Stiftungsbereich Arbeit und Berufliche Rehabilitation der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Büro Gütersloh, Schulstr.); Werkstatt für Behinderte im Kreis Gütersloh gGmbH (Kattenstroth Industrieservice); Stadt und Kreis Gütersloh, Psychosozialer Fachdienst der örtlichen Fürsorgestelle; Berufliches Trainingszentrum (Kolping Bildungswerk, Gütersloh); Kolping – Job – Profil (Fachberatung und Hilfen in Arbeit); Dalke GmbH Gütersloh (Arbeitsmarkt) Heureka Gütersloh (Arbeitsmarkt) Hans Peter Kitzig Institut - Westfälisches Institut zur Rehabilitation psychisch Kranker (Gütersloh, Landschaftsverband Westfalen-Lippe); Zuverdienst: Förderkreis Wohnen- Arbeit – Freizeit e.V. Berufliche Qualifizierung und Beschäftigung; Schaffung von Arbeitsgelegenheiten; Komet e. V., Zuverdienstfirma „Sozial – Oscar“ Auszeichnung für Unternehmen der Privatwirtschaft (Kreis Gütersloh und Stiftung für psych. Kranke e.V.)	210	61,24
		27	7,87
		24	6,99
Angehörige	3		
Selbsthilfegruppen	4 Psychiatrieerfahrene Pflegende Angehörige Psychoseseminare TRIALOG		

Bestandsaufnahme der Angebote und Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Rahmen der Großen Anfrage 10 der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen (Fragen VI. 3 b, d, e, f, g, h)

Kreis Gütersloh

Stand: 31.12.2000

	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze	Plätze pro 100.000 Einwohner
Ambulante Therapie (Name/Anzahl der Träger)	Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater fehlen; Angebote in Bielefeld, lange Wartezeiten 1x im Monat kinder – und jugendpsychiatrische Sprechstunde i.R. des kinder – und jugenärztl. Dienstes der Abt. Gesundheit – Beratung /keine Behandlung Ausnahmegenehmigung: 1x wöchentlich Sprechstundenambulanz des Westf. Instituts für Kinder – und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm, angesiedelt in den Räumen der Kreisverwaltung in Rheda - Wiedenbrück		
Betreutes Wohnen	Jugendhilfe gem. §§ 34, 35a, 41 SGB VIII	25	7,29
vollstationäre Heimplätze (Name/Anzahl der Träger)	Gebal GmbH Gütersloh Kinderhäuser Steinhagen -Profi – Familie Familienangelegte Wohngruppe Jugendwerk Rietberg	18 Aufnahmealter 0,5 bis 14 Jahre Zeitlich begrenzt bis 3 Plätze; Dauerunterbringung bis 3 Plätze Aufnahmealter 8-16 Jahre Zeitbegrenzt 4 Plätze, Dauerunterbringung 4 Plätze 4 Plätze belegt 34 (z.Zt. nicht belegt von Güterslohern)	5,24 1,16 9,91
Tagestrukturierende Hilfen	. / .		

Allgemeine Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung im Rahmen der Großen Anfrage 10 der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Fragen II. 1 d,e,f)
Psychiatrische Angebote der Suchtbehandlung in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen

Kreis Gütersloh

Stand: 31.12.2000

	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze	Plätze pro 100.000 Einwohner
Wohnheime für Suchtkranke	2 (Haus Mühlgrund *, Haus Nordhorn, 2 Träger)	*55 Plätze (80% wird von Bielefelder Bürgern belegt, 24 Plätze	
Übergangsheime für Suchtkranke	Siehe Wohnheime		
Betreutes Wohnen für Suchtkranke	1 Träger (zusätzlich werden Suchtkranke auch von den übrigen Trägern betreut!); Wohnungen für (noch) nicht Abstinente im Begegnungszentrum Roonstr.3 (ehrenamtliche Betreuung)	52 Pers. (Plätze sind NICHT begrenzt beim Betreuten Wohnen!) 12	15,16 3,49
Kontakt- und Beratungsstellen	Kontaktstellen: siehe Treffs und a. Angebote der Psychiatrie; Begegnungszentrum der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich ; Anlauf- und Kontaktstellen für Drogenabhängige (Drogenberatung des Caritasverbandes für den Kreis Gütersloh e.V.); in einigen kreisangehörigen Kommunen mit Sprechstunden vertreten; 2 Suchtberatungsstellen (Caritas, SpDi des Kreises) mit Sprechstunden in kreisangehörigen Kommunen; Beratung bei Essstörungen, Spielsucht , Medikamentenabhängigkeit, Alkohol		
ambulante komplementäre Dienste	Suchtberatung des Kreises Gütersloh / Sozialpsychiatrischer Dienst; Krisendienst; Anlaufstelle AIDS- Beratung (Kreis Gütersloh, ProFamilia, AWO); Anlaufstelle Prostituiertenberatung Kreis Gütersloh; Notschlafplätze, Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung; Beschwerde-stelle für Psychiatrie (siehe Psychiatrie) Beratungsstellen für <i>Frauen</i> mit besonderen Lebenslagen (SpDi und andere 4 Träger);		

	Fachstelle für Prävention ; psychosoziale Begleitung Methadonsubstituierter (1) Substitution: Suchtambulanz der WKPPPN Gütersloh und niedergelassene Ärzte; betriebliche Suchtkrankenhilfe		
Arbeits- und Beschäftigungsangebote	Siehe Psychiatrie: Zusätzlich: Fa. Komet e.V. als spezielles Angebot für suchtkranke Menschen(Arbeit und Wohnen)		
Angehörige	Eltern suchtkranker Kinder- siehe Selbsthilfegruppen		
Selbsthilfegruppen	59 legale Suchtmittel (Dachverband der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich e.V.),		

* Die Einrichtung Mühlgrund mit 55 Plätzen liegt im Kreis Gütersloh. 80 % der Plätze werden von Bielefelder Bürger/innen in Anspruch genommen.

6. Literatur:

Angst, J. (1993) Epidemiologie affektiver Erkrankungen unter Berücksichtigung der leichteren Formen. In: Berger M. u.a.(Hrsg.) Psychiatrie als empirische Wissenschaft, München, S. 51-56;

Angst, J. (1990) Depression in populations studies: prevalence, symptoms, risk factors and course. In: Universidad Complutense de Madrid (ed) Depresiones y otros trastornos animicos. Cursos de verano , El Escorial 1989, S.33 – 52;

Arolt, V.(1997) Psychiatrische Störungen bei Krankenhauspatienten. Eine epidemiologische Untersuchung. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 84, Springer, Berlin;

Bauer, M. (1997) Institutsambulanzen; Partner oder Konkurrenten für niedergelassene Nervenärzte? Spektrum der Psychiatrie 26, S.11-16;

Becker, T. (1999) Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung – Erfahrungen aus England. In: Aktion Psychisch Kranke, Tagungsbericht Band 26, S.65 – 87;

Bertram, W., Sander – Bertram M. (1984) Der Aufstand der Angehörigen gegen die „Neue Psychiatrie“ in Italien. Gedanken zu einer vermeidbaren Kontroverse. In: Angermeyer MC, Finzen A.(Hrsg.) Die Angehörigengruppe. Familie mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe. Enke, Stuttgart, S.53 –64;

Bickel, H.(1994) Zur Inanspruchnahme von stationärer Pflege und Versorgung im Altersverlauf, Gesundheitswesen 56, S.363-370;

Bochnik, H.J.(1989) Nervenärztliche Praxen in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen – Kompetenzen – Patienten. Ergebnisse der sog. Nervenarzt – Studie. München, Medizinische Wissenschaft 131, S.45 –49;

Brenner, HD (1998) Rehabilitation chronisch psychisch Kranker – Luxus oder Notwendigkeit. Informationen der Schweiz. Gesellschaft für Sozialpsychiatrie SGSP 2/1998, S. 9-18;

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 257(Hrsg.) Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte – Abschlußbericht des Forschungsprojektes, Bonn 1996;

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts - und Reichstumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001;

Bundesministerium für Gesundheit –BMG (1999) Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1999, Baden – Baden;

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend - BMFSFJ (Hrsg.) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2001;

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSJ (Hrsg.) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2002;

Bundesministerium für Gesundheit 1996 (Hrsg.), (1996 c) Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken, Nomos, Baden – Baden;

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1999) Von institutions – zu personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 116/II Schriftenreihe BMfG, Nomos, Baden – Baden;

Ciampi, L., Dauwalder HP. (1997) Zur Kontroverse um Nutzen und Kosten spitalex-
terner sozial- und gemeindepsychiatrischer Dienste – eine Entgegnung.
Schweizer Archiv, Neurologie-Psychiatrie, 148, S.37 – 44;

Helmchen, H. et al. (1996) Psychische Erkrankungen im Alter in Meyer K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie, Berlin;

Kruse, A. Potentiale im Alter in Zeitschrift für Gerontologie, 23(5) S. 235 – 245

Kruse, A. Störungen im Alter: Intervention, In : U. Baumann, M. Perez (Hrsg.) Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Bern S. 988 - 1001;

Kirchen – Peters, Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde
(2000) Saarbrücken;

Kunze H. (1999) Steuerung des regionalen Angebotes. In: Aktion Psychisch Kranke, Tagungsbericht Bd. 26, S.34 - 50;

Linden M., Kurtz G., Baltes MM (1998) Depressionen bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie, Nervenarzt 69, S.27 - 37;

Seelhorst R.M. (1993) Stellungnahme aus Sicht eines Angehörigen. In: Aktion Psychisch Kranke, Bd.26, S. 166 - 172;

Smolka M., Klinitz H., Scheuring B., Fähndrich E. (1997) Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. Eine prospektive Untersuchung. Nervenarzt, S. 888-895;

Stefan w., Mathies K., Stehlik W. (1991) Die Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht des praktischen Arztes. In: Meise U., Hafner F., Hinterhuber H. (Hrsg.) Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich, Springer, Wien, S. 202 - 205

Rössler W., Salize H. (1995a) Gemeindenahe Versorgung braucht eine Gemeinde, die sich sorgt. Die Einstellung der Bevölkerung zur psychiatrischen Versorgung und psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis 22, S. 85 - 63;

Rössler W., Salize H. (1996) Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen, Bd.77 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden - Baden;

Vormundschaftsgerichtstag e.V. (1999) Stellungnahme zur geplanten Novellierung des Heimgesetzes, Bonn, 15.11.1999;

Wilhelm HR (1991) Irrenzählung und Gründung psychiatrischer Kliniken im 19. Jahrhundert, Gesnerus 48, S.185-200;

Werner W. (1999) Je normaler die Lebensbedingungen, umso normaler benimmt sich der Mensch. Psychologie heute 1999;

Peter Netz

Gegenwart und Zukunft des Gerontopsychiatrischen Zentrums und wo bleiben die psychisch kranken alten Menschen?

I. Die Entwicklung des Gerontopsychiatrischen Zentrums Gütersloh

Seit 1991 gibt es in Gütersloh das erste Gerontopsychiatrische Zentrum Deutschlands, bestehend aus einer Tagesklinik und einer Ambulanz, jedoch ohne die in den "Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung" geforderte Beratungsstelle. Das Gerontopsychiatrische Zentrum liegt in der Stadtmitte von Gütersloh, die drei stationären Einheiten der Abteilung Gerontopsychiatrie befinden sich drei Kilometer entfernt auf dem Gelände der Westfälischen Klinik Gütersloh, mittlerweile keineswegs mehr so randständig wie vor 20 Jahren noch. In der gerontopsychiatrischen Abteilung werden 60-jährige und ältere Bürger mit den auch in der Allgemeinpsychiatrie vorkommenden psychischen Erkrankungen behandelt, einschließlich der Suchterkrankungen und der organischen psychischen Erkrankungen, also den Demenzerkrankungen, den deliranten Zuständen, den himorganischen Veränderungen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen.

Den "Empfehlungen der Expertenkommission" zufolge soll das Gerontopsychiatrische Zentrum vor allem

- eine Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten und teilstationären Bereich bewirken,
- Kernpunkt und Motor für die regionale Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sein,
- die gerontopsychiatrische Versorgung für die Heimbewohner verbessern,
- durch Hausbesuche sowohl Behandlung als auch Beratung der Betroffenen und Angehörigen durchführen,
- die Kooperation mit den Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe entwickeln und fördern.

Dass einige dieser Anforderungen schon bald nach Einführung des Gerontopsychiatrischen Zentrums in Gütersloh umgesetzt werden konnten, hat die von der Universität Bielefeld in den Jahren 1992-1995 durchgeführte Evaluationsstudie über das Gerontopsychiatrische Zentrum gezeigt.

Wesentliche Ergebnisse waren:

- 1. durch das Gerontopsychiatrische Zentrum gelingt eine Verlagerung von einer intramuralen zu einer extramuralen Behandlung,

- 2. vor allem die am schwersten beeinträchtigten älteren Menschen profitieren von der Behandlungskonzeption des Gerontopsychiatrischen Zentrums (aufsuchende Ambulanz),
- 3. weitestgehend gelingt es, in allen drei Behandlungseinheiten Patienten mit den gleichen Erkrankungen zu behandeln,
- 4. die Heimverlegungen aus der gerontopsychiatrischen Abteilung in Gütersloh gegenüber einer Region ohne Gerontopsychiatrisches Zentrum sind geringer und
- 5. das Gerontopsychiatrische Zentrum erweist sich als treibende Kraft ("Motorfunktion") für den Aufbau einer gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur (STEINKAMP/WERNER 1997).

II. Die Gegenwart des Gerontopsychiatrischen Zentrums Gütersloh

Die Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh ist zuständig für die Behandlung 60-jähriger und älterer Bürger mit psychischen Erkrankungen aus den Kreisen Gütersloh und Herford sowie aus dem Südkreis Lippe mit einer Gesamteinwohnerzahl von ca. 810.000, davon ca. 192.000 60-jährige und Ältere (Quelle: Statistisches Landesamt, Stand 31.12.2000). Das stationäre Behandlungsangebot mit 60 Betten ist für den gesamten Einzugsbereich zuständig, während die Altentagesklinik (20 Plätze) und die Gerontopsychiatrische Ambulanz nur für die Stadt und den Kreis Gütersloh zuständig sind (Abb. 1).

Abb. 1: Einzugsbereich und Behandlungsangebot der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Im Vergleich zum Zeitpunkt der von der Universität Bielefeld durchgeführten Evaluationsstudie hat sich die Einwohnerzahl und der Anteil der 60-jährigen und Älteren deutlich verändert. 1992 lebten 315.000 und 59.000 60-jährige und Ältere (18,7 %) im Kreis Gütersloh, im Jahre 2000 waren es 345.000 und 74.000 60-jährige und Ältere (21,5 %). Der Anteil der 60-jährigen und Älteren im Kreis Herford betrug im Jahre 2000 25,5 %, im Südkreis Lippe 25,2 %.

Abb. 2: Herkunft der stationären Behandlungsfälle in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik 2000

Der Anteil der aus dem Kreis Gütersloh kommenden Behandlungsfälle hat sich seit 1992 von 63 % auf 68 % im Jahre 2000 erhöht (Abb. 2). Der entscheidende Grund dafür ist die Zunahme der Suchtkranken aus der Stadt und dem Kreis Gütersloh, die gleichzeitig auch die Gruppe mit den häufigsten Wiederaufnahmen ist. Die Suchtkranken aus dem Kreis Herford und dem Südkreis Lippe suchen zur Entgiftungsbehandlung die näher gelegenen Allgemeinkrankenhäuser und zum Teil auch andere psychiatrische Kliniken auf (Bad Salzuflen, Paderborn, Bad Driburg).

Die Behandlungsfallzahlen haben seit 1992 in allen drei Behandlungsbereichen zugenommen, am stärksten im ambulanten Behandlungsbereich. Im stationären Bereich war in den ersten Jahren nach Gründung des Gerontopsychiatrischen Zentrums eine starke Zunahme der Behandlungsfallzahlen zu verzeichnen (1992-94), die in den Folgejahren deutlich geringer ausfiel (Abb. 3).

Abb. 3: Die Entwicklung der Behandlungsfallzahlen von 1992 bis 2000 in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Die Zunahme der stationären Behandlungsfallzahlen von 1999 auf 2000 sind vor allem durch eine Zunahme der Zuweisungen aus den Allgemeinkrankenhäusern als Erstaufnahmen, aber auch als Rückverlegungen bedingt - von 17 % auf 22 % sämtlicher Zugänge - und auch durch eine Zunahme der Wiederaufnahmen von Menschen mit Suchterkrankungen. Die Wiederaufnahmerate ist mit 25 % aber nahezu gleich geblieben. Eine Ausweitung der Behandlungsfälle in der Altentagesklinik ist durch die begrenzte Kapazität kaum möglich und wird sich wohl in absehbarer Zeit zwischen 180 und 210 Behandlungsfälle bewegen. Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ist ihre aufsuchende Arbeitsweise, so dass insbesondere die älteren Menschen erreicht werden, die aufgrund ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen entweder überhaupt nicht oder aber zu spät den Weg zu einer notwendigen psychiatrischen Behandlung finden. Ambulant tätig sind nicht nur die Mitarbeiter der Ambulanz, sondern auch Mitarbeiter aus dem stationären Bereich. Von den ambulanten Behandlungsfällen leben etwa 1/3 in Alten- und Pflegeheimen.

Kontinuierlich abgenommen hat die durchschnittliche Behandlungsdauer im stationären Bereich von 1993 bis 2000, nämlich um fast die Hälfte. In der Altentagesklinik zeigt sich das gleiche Bild (Abb. 4).

Abb. 4: Die Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungsdauer der teilstationären und stationären Behandlungsfälle in der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh von 1993 bis 2000

Ein wesentlicher Grund für die erhebliche Abnahme der durchschnittlichen Behandlungsdauer ist zweifellos die Ausweitung der ambulanten Behandlungs- und Betreuungsangebote seit Beginn der 90er Jahre.

Im Jahre 2003 wird aller Voraussicht nach die Abteilung Gerontopsychiatrie nur noch für den Kreis Gütersloh zuständig sein. Die Abb. 5 nimmt diese Zukunftsaussicht graphisch vorweg und soll gleichzeitig deutlich machen, dass ein Gerontopsychiatrisches Zentrum zukünftig drei Behandlungseinheiten umfasst, nämlich den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.

Abb. 5: Der Einzugsbereich des Gerontopsychiatrischen Zentrums Gütersloh

Seit 1991 gilt für alle drei Behandlungsbereiche das Prinzip der Regelversorgung, was bis auf wenige gefährdete Patienten auch eingehalten werden konnte. Recht rasch hat sich die Altentagesklinik zu einem Behandlungsangebot entwickelt, das eine stationäre Einheit ersetzt. Etwa 95 % der dort behandelten Patienten sind Direktaufnahmen, ca. 5 % kommen als Weiterbehandlung von psychiatrischen, internistischen oder neurologischen Stationen nicht nur der Westfälischen Klinik.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass ein Ortswechsel vor allem für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen häufig eine zusätzliche Belastung darstellt. Deshalb bemühen wir uns, dementiell erkrankte Ältere hauptsächlich ambulant oder teilstationär zu behandeln. Die Abbildungen 6, 7 und 8 zeigen, dass dies zumindest vom Ansatz her gelingt.

Abb. 6: Diagnosen der stationären Behandlungsfälle der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

Abb. 7: Diagnosen der teilstationären Behandlungsfälle der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

Abb. 8: Diagnosen der ambulanten Patienten der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

Der Anteil der Behandlungsfälle mit organischen Psychosen im stationären Bereich nahm ausgehend von 1992/93 mit 54 % über 45 % 1996 auf nun 40 % im Jahre 2000 kontinuierlich ab. Die Altersverteilung der Patienten in den verschiedenen Behandlungsbereichen zeigt, dass vor allem die hochaltrigen Patienten von einer aufsuchenden Ambulanz erreicht werden, während im stationären Bereich eher die "jüngeren" Alten anzutreffen sind (Abb. 9). Im Durchschnitt waren die stationär behandelten Patienten 73 Jahre, die teilstationär behandelten 75 Jahre und die ambulant behandelten Patienten 78 Jahre alt.

Abb. 9: Altersverteilung der Patienten in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

Wie die Abbildung 10 zeigt, findet die gerontopsychiatrische Behandlung in Gütersloh hauptsächlich ambulant und teilstationär statt. Weit mehr als die Hälfte der Gütersloher Patienten werden ausschließlich ambulant behandelt (688 = 57 %), nur 17 % (206) wurden ausschließlich stationär behandelt. Insgesamt wurden noch 33 % (397) aller behandelten Patienten irgendwann einmal im Jahre 2000 stationär behandelt, aber 67 % (811) der aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh kommenden Patienten wurden ausschließlich ambulant und/oder teilstationär

behandelt.

Abb. 10: Verteilung der Patienten aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh in den Behandlungsbereichen der Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh im Jahre 2000

Mit 1.208 liegt nicht nur die Anzahl, sondern mit 1,6 % auch der Anteil der 60-jährigen und älteren Bürger, den wir aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh behandeln, höher als im Jahre 1996 (899 Patienten, 1,5 % der 60-jährigen und älteren Einwohner; Netz 1999).

Damit ist zumindest eine Teilantwort auf die Frage gegeben, wo denn die psychisch kranken alten Menschen bleiben. Zur besseren Einschätzung fehlen allerdings Zahlen über die Behandlungsprävalenz aus anderen Regionen.¹

Das bis jetzt entstandene gemeindespsychiatrische Verbundsystem für die älteren Bürger in der Region Gütersloh wirkt sich auch auf eine Verminderung der Heimverlegungen aus der Abteilung Gerontopsychiatrie aus. Die Evaluationsstudie der Universität Bielefeld hat gezeigt, dass 1992/93 innerhalb von 12 Monaten 19 % der Patienten aus dem stationären Bereich der Gütersloher Abteilung Gerontopsychiatrie in ein Heim verlegt wurden. Eine Nachuntersuchung mit der gleichen Fragestellung und Methode ergab, dass im Zeitraum vom 1.10.1999 bis 30.09.2000 nur noch 10 % der im stationären Bereich der Abteilung Gerontopsychiatrie behandelten Patienten in ein Heim verlegt wurden.

Besonders auffällig und eindrucksvoll ist die Differenz der Heimverlegungen der Patienten aus den unterschiedlichen Regionen des Einzugsbereiches der Westfälischen Klinik Gütersloh im Untersuchungszeitraum 1999/2000. Sowohl auf der Ebene der Behandlungsfälle ($\chi^2 = 6,85$; $P < 0,0089$) als auch auf der Ebene der einzelnen Patienten ($\chi^2 = 5,25$; $p < 0,022$) zeigt sich, dass der Anteil der Heimverlegungen der aus dem Kreis Herford und dem Südkreis Lippe kommenden Patienten mehr als doppelt so hoch ist wie der Anteil der Heimverlegungen der aus der Region Gütersloh kommenden Patienten (Abb. 11).

Abb. 11: Anteil der von zu Hause gekommenen und nach stationärer gerontopsychiatrischer Behandlung in ein Heim verlegten Patienten aus der Stadt

¹ Die von GUTZMANN (2001) aufgeworfene Frage, wo denn die psychisch kranken alten Menschen bleiben, haben wir für die Westfälische Klinik Gütersloh überprüft. Der Anteil der 60-jährigen und Älteren ist gegenüber dem Anteil der in der Allgemeinpsychiatrie aufgenommenen Patienten zumindest seit 1994 nicht geringer geworden. 1994 lag er bei 37 %, 1997 bei 36 % und im Jahre 2000 bei 37 %. Der Anteil der Erstaufnahmen in der Abteilung Gerontopsychiatrie ist im Jahre 2000 mit 43 % bedeutend höher als in den beiden Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie mit 34 % und 36 %. Der Anteil der Wiederaufnahmen ist in der Gerontopsychiatrie wiederum niedriger als in der Allgemeinpsychiatrie. Beides gilt es zu berücksichtigen, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle zugrunde gelegt wird.

und dem Kreis Gütersloh im Vergleich zu den aus dem Kreis Herford und Südkreis Lippe kommenden Patienten 1999/2000

Die vielfältigen Gründe für diese unterschiedliche Heimverlegungsrate der Patienten aus den verschiedenen Regionen wurden bereits in einer anderen Publikation ausführlich diskutiert (NETZ 2001: 139ff.). Zu den Ergebnissen gehörte, dass die aus Lippe und Herford kommenden Patienten weder "kränker" noch "schwieriger" sind als die aus Gütersloh kommenden. Auch hinsichtlich der sozialen Integration gab es keine Unterschiede der aus den verschiedenen Regionen kommenden Patienten, wenn man die Haushaltsform als Kriterium nimmt. Allerdings wurden mehr Alleinlebende aus Lippe und Herford in ein Heim verlegt als Alleinlebende aus dem Kreis Gütersloh. Ein maßgeblicher Grund für den größeren Anteil an Heimverlegungen der Herforder und Lipper Patienten ist in dem nahezu gänzlichen Fehlen von gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsangeboten in beiden Regionen zu sehen: dort gibt es weder ambulante Pflegedienste noch Tagespflegestätten mit gerontopsychiatrischer Kompetenz noch gerontopsychiatrische Behandlungsangebote. Ein weiterer entscheidender Grund für die höhere Heimverlegungsrate der Herforder und Lipper Patienten im Vergleich zu den Gütersloher Patienten besteht in der größeren räumlichen Entfernung zwischen dem Behandlungs- und Wohnort der Patienten in den beiden Regionen. Dies erschwert die Organisation der weiteren Behandlung und Nachbetreuung erheblich. Kurze Wege und persönliche Einbeziehung der Angehörigen, der Betreuer, der ambulanten Pflegedienste, der Gerontopsychiatrischen Ambulanz, der Hausärzte machen die Planung und Umsetzung der Entlassungen der Patienten aus dem Raum Gütersloh nach Hause viel einfacher.

Die signifikant niedrigere Heimverlegungsrate aus der stationären Gerontopsychiatrie in Gütersloh gegenüber Regionen mit unzureichenden gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten ist zweifellos auch auf die Wirkungsweise des Gerontopsychiatrischen Zentrums zurückzuführen - wenngleich völlig klar ist, dass nicht nur die Ausweitung des ambulanten und teilstationären Behandlungsangebotes für diese niedrigere Heimverlegungsrate ausschlaggebend ist, sondern ein entsprechendes Versorgungssystem insgesamt, also entsprechende Wohnangebote, ambulante und teilstationäre Dienste, die eine Heimunterbringung verhindern helfen.

In der Region Gütersloh wurde in den letzten zwei Jahrzehnten eine gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur entwickelt, deren Entstehungsgeschichte im Zusammenhang mit der Auflösung des Langzeitbereiches der Westfälischen Klinik Gütersloh zu sehen und verstehen ist, was in "Ende der Veranstaltung" (DÖRNER 2001) ausführlich nachgelesen werden kann. In diesem inhaltlichen und zeitlichen Kontext und mit der Gründung des Gerontopsychiatrischen Zentrums wurde gleichfalls seit Anfang der 90er Jahre ein gerontopsychiatrisches Versorgungssystem entwickelt, das teilweise Überschneidungen mit dem Versorgungssystem für

jüngere Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen aufweist, teilweise aber auch unabhängig davon mit dem Versorgungssystem der Altenhilfe verwoben ist. Mit dem Gerontopsychiatrischen Zentrum wurde nicht nur das gerontopsychiatrische Behandlungsangebot qualitativ und quantitativ erweitert, sondern initiiert vom Gerontopsychiatrischen Zentrum, aber auch unabhängig davon, entwickelte sich eine gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaft für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Region Gütersloh. Quantitativ sieht dies so aus, dass mittlerweile elf Tagespflegestätten (mehr als 100 Plätze) mit spezieller gerontopsychiatrischer Kompetenz im Kreis Gütersloh existieren gegenüber einer einzigen im Jahre 1992. Auch die ambulante psychiatrische Pflege ist erheblich ausgeweitet worden durch die verschiedensten Vereine. Zur Zeit gibt es im Kreisgebiet Gütersloh 42 ambulante Pflegedienste gegenüber 12 im Jahr 1992. Neun bieten psychiatrische Pflege nach ärztlicher Verordnung an (SGB V). Des Weiteren gibt es jetzt erheblich mehr Wohnmöglichkeiten im betreuten Wohnen, auch für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen, und zwar mit und ohne Nachtbereitschaft: zurzeit (Nov. 2001) gibt es 288 Plätze im betreuten Wohnen, davon 48 für 60-jährige und Ältere; in diesem Jahr (2001) gab es schon 356 Plätze, davon wurden 53 Plätze von 60-jährigen und Älteren in Anspruch genommen. Hinzu kommen noch ca. 20-30 Selbstzahler im betreuten Wohnen, die 60 Jahre und älter sind. Allerdings hat im Kreisgebiet Gütersloh auch die Zahl der Alten- und Pflegeheime zugenommen. Im Jahre 1992 gab es 20 Alten- und Pflegeheime mit 1.518 Heimplätzen, im Jahr 2000 25 Alten- und Pflegeheime mit 2.150 Heimplätzen und 106 Kurzzeitpflegeplätze, was aber gewiss nicht mit einer Zunahme der Heimverlegungen aus der Gerontopsychiatrie in Zusammenhang gebracht werden kann. So hat eine von uns durchgeführte Stichprobe in vier Heimen im Kreis Gütersloh mit insgesamt 408 Heimplätzen gezeigt, dass 1999 von 157 Neuaufnahmen 66 % direkt aus Krankenhäusern kamen, 31 % von zu Hause und 3 % aus anderen Heimen. Von den aus den Krankenhäusern in die Heime verlegten Patienten kamen 18 % aus der Abteilung Gerontopsychiatrie und 82 % aus den Allgemeinkrankenhäusern. Diese Zahlen geben zumindest einen Hinweis auf die unterschiedliche Bedeutung der Krankenhäuser bei Heimverlegungen. Eine weiter reichende Interpretation dieser Zahlen ist aber unseres Erachtens erst einmal nicht möglich.

Nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht wurde im Raum Gütersloh durch das Gerontopsychiatrische Zentrum ein Versorgungssystem für psychisch kranke ältere Bürger mit initiiert, in dem z.B. die Kooperation schon sehr früh einen hohen Organisationsgrad erreicht hat. Seit 1991 gibt es als wichtigstes Gremium die wöchentlich stattfindende Ambulanzkonferenz, die vom Gerontopsychiatrischen Zentrum auf den Weg gebracht wurde und auch dort stattfindet. Die Ambulanzkonferenz bildet die Schnittstelle von stationärer zu ambulanter und teilstationärer Behandlung sowie zwischen Gerontopsychiatrie und Altenhilfe.

Mitarbeiter aus den Behandlungseinheiten der Gerontopsychiatrie, der ambulanten Pflegedienste und der Tagespflegestätten sind dort vertreten. Hier geht es um die Planung, Kooperation und Koordination der weiteren Behandlung und Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten, die zuvor stationär, teilstationär oder ambulant behandelt wurden. Das monatlich stattfindende Sozialstationentreffen führt die ambulanten Pflegedienste zusammen. Neben Problemen mit Kostenträgern hinsichtlich ambulanter psychiatrischer Pflege geht es um die Zusammenarbeit untereinander und mit den verschiedensten Krankenhäusern, was auch zur Entwicklung eines Pflegeüberleitungsbogens geführt hat. Hinzu kommen als fester Bestandteil der Treffen Fallvorstellungen und sonstige Weiterbildungsangebote.

Mittlerweile gibt es sogar ein Treffen der Tagespflegestätten, das alle zwei Monate stattfindet. Zurzeit geht es um die Frage, wie ein Angebot für Samstag und Sonntag gemacht werden kann. Zwei Tagespflegestätten haben zumindest samstags geöffnet. Mindestens einmal jährlich werden die Gütersloher Heime und ihre Mitarbeiter eingeladen, um die Herausforderungen, die eine gute Zusammenarbeit mit sich bringt, zu diskutieren, um die weitere als notwendig erachtete Entwicklung oder Fortbildungsinhalte zu besprechen.

Allerdings ist der Weg noch weit zu einer verbindlichen Versorgungsverpflichtung der beteiligten Hilfeanbieter, mit Ausnahme der Abteilung Gerontopsychiatrie für ihren Einzugsbereich. Auch was die Planung, Steuerung und Koordination betrifft, gibt es erst zaghafte Ansätze (z.B. Pflegekonferenz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatriekoordinator). Bei dieser Weiterentwicklung wird die Gerontopsychiatrie aufgrund ihrer Fachkompetenz eine bedeutsame Rolle spielen. Planung, Steuerung, Kooperation und Koordination eines gerontopsychiatrischen Verbundsystems sollten aber trägerunabhängig erfolgen, z.B. in Form eines kommunalen Gremiums, das sich zusammensetzt aus Vertretern der kommunalen Gebietskörperschaft und aus Vertretern des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen.

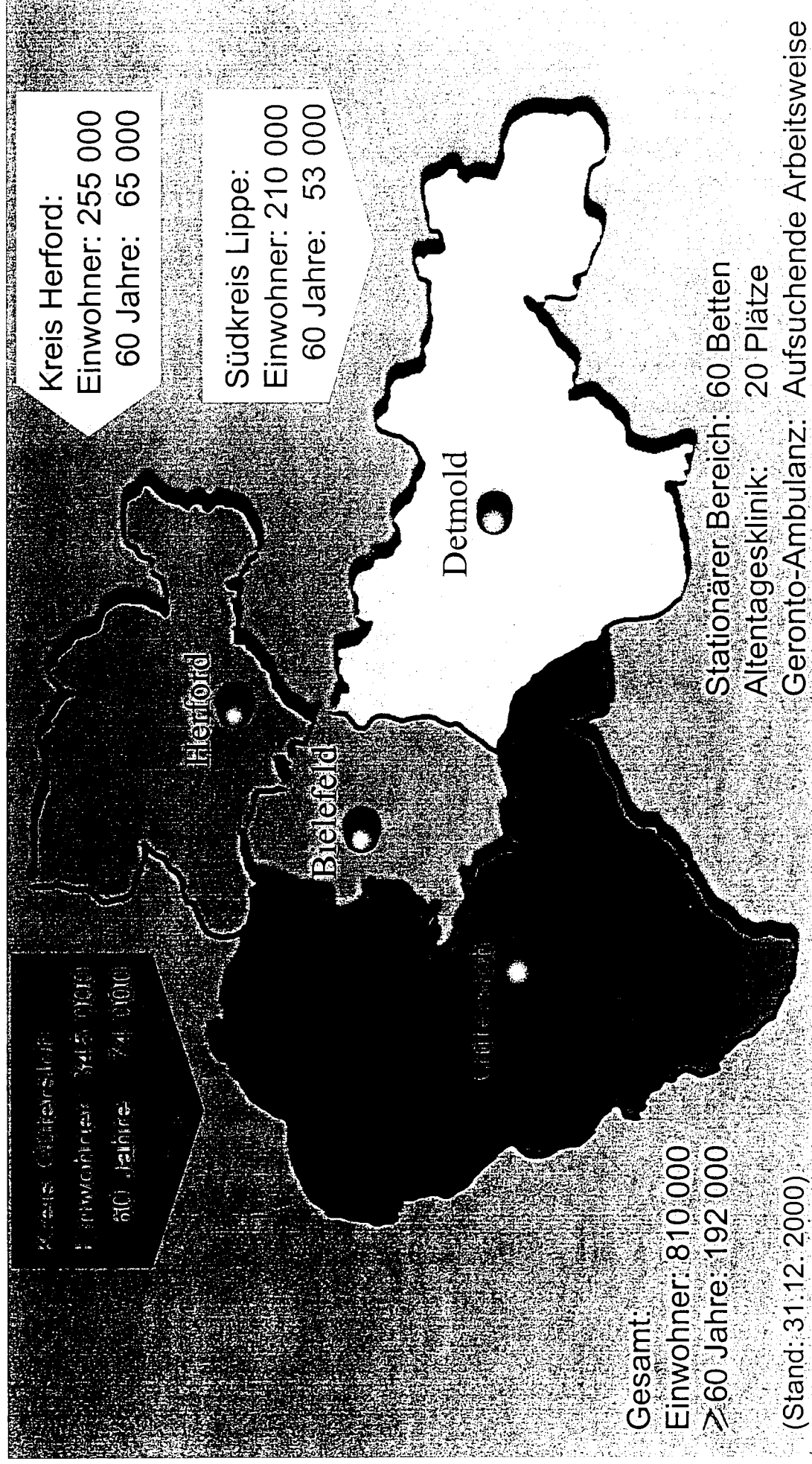
III. Die Zukunft des Gerontopsychiatrischen Zentrums

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die "Empfehlungen der Expertenkommission", ein Gerontopsychiatrisches Zentrum als ein teilstationäres und vor allem ambulantes Behandlungs- und auch Beratungsangebot zu konzipieren, innovationsfördernd war und ist, und zwar sowohl für das Versorgungssystem als auch für eine gerontopsychiatrische Abteilung. Die Zunahme von Durchlässigkeit, Transparenz und Niedrigschwelligkeit gerontopsychiatrischer Angebote sind nur einige Stichworte dazu. Gleichwohl ist aber in den letzten Jahren auch deutlich geworden, dass ein Gerontopsychiatrisches Zentrum stationäre Behandlungsmöglichkeiten benötigt, um gemeindeferne stationäre Behandlungen zu vermeiden. Daher ist vor dem Hintergrund der bisher gemachten Erfahrungen ein Gerontopsychiatrisches

Zentrum von vornherein als ein ambulantes, teilstationäres und stationäres Behandlungsangebot zu konzipieren, einschließlich einer Beratungsstelle, vorzugsweise inmitten der Stadt gelegen, zumindest als idealtypischer Entwurf. Realistisch betrachtet, ist von den gewachsenen Gegebenheiten vor Ort auszugehen. Doch sollte die Beratungsstelle in der Gemeinde immer leicht erreichbar sein, um somit die nötige Niedrigschwelligkeit herzustellen. Auf jeden Fall ist die Zusammenführung einer Beratungsstelle an einem Gerontopsychiatrischen Zentrum mit den bisherigen kommunalen Beratungsstellen geboten, wie sie z.B. in Nordrhein-Westfalen durch das Landespflegegesetz auf den Weg gebracht wurden. Denn es ist fachlich wenig sinnvoll, den Hilfe- und Unterstützungsbedarf für ältere Menschen in einen mehr pflegerischen und einen mehr psychiatrischen aufzuspalten. Übertragen auf Gütersloher Verhältnisse und ausgehend von den mittlerweile sehr eigenständigen Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie, des Suchtbereiches und der Gerontopsychiatrie, müsste das Gerontopsychiatrische Zentrum mit seinen drei Behandlungseinheiten und der zugehörigen Beratungsstelle seinen Platz in der Stadt finden. Die Verwirklichung der Konzeption "Alles unter einem Dach" würde die Kommunikation der Mitarbeiter der Behandlungseinheiten optimieren, ein flexiblerer Personalaustausch in den verschiedenen Behandlungseinheiten mit entsprechender Kompetenzerweiterung wäre gegeben, der Übergang der Patienten von stationär nach teilstationär und ambulant wäre noch unkomplizierter mit dem Resultat kürzerer stationärer Behandlungsdauer. Dies wäre eine Zukunftsperspektive des Gerontopsychiatrischen Zentrums, aber keineswegs die einzige. Genauso gut vorstellbar ist die Integration der Prinzipien eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in die vermehrt entstehenden Abteilungspsychiatrien. Dazu gehört das Prinzip der Regelversorgung ambulant, teilstationär und stationär, dazu gehört vor allem die aufsuchende Arbeitsweise der Ambulanz und eine enge Verknüpfung der gerontopsychiatrischen Behandlungseinheiten mit den weiterbegleitenden, betreuenden und pflegenden Einrichtungen mit der Zielrichtung größerer Lebensweltorientierung gerade der Behandlungseinrichtungen. Entscheidende Voraussetzung dazu ist aber das Vorhandensein gerontopsychiatrischer Kompetenzen sowohl im Behandlungs- als auch im darüber hinausgehenden Versorgungsbereich, denn sonst wird die Ausrichtung der Behandlung und einer angemessenen Versorgungsstruktur am Bedarf und den Bedürfnissen älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen vorbeigehen.

Abb. 1

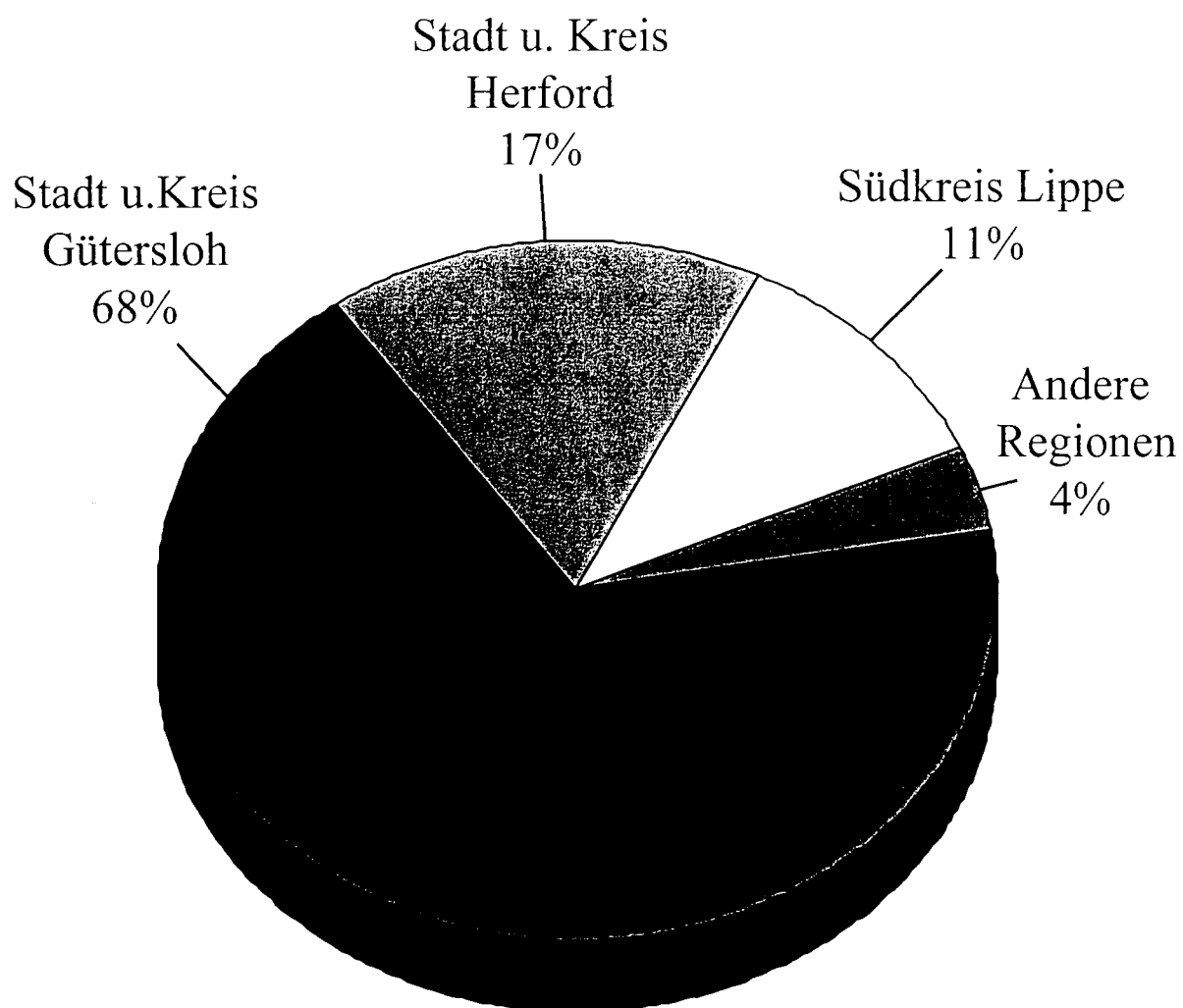
Einzugsbereich der Westfälischen Klinik Gütersloh



Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Herkunft der Behandlungsfälle

Herkunftsregion der stationären Behandlungsfälle im Jahr 2000



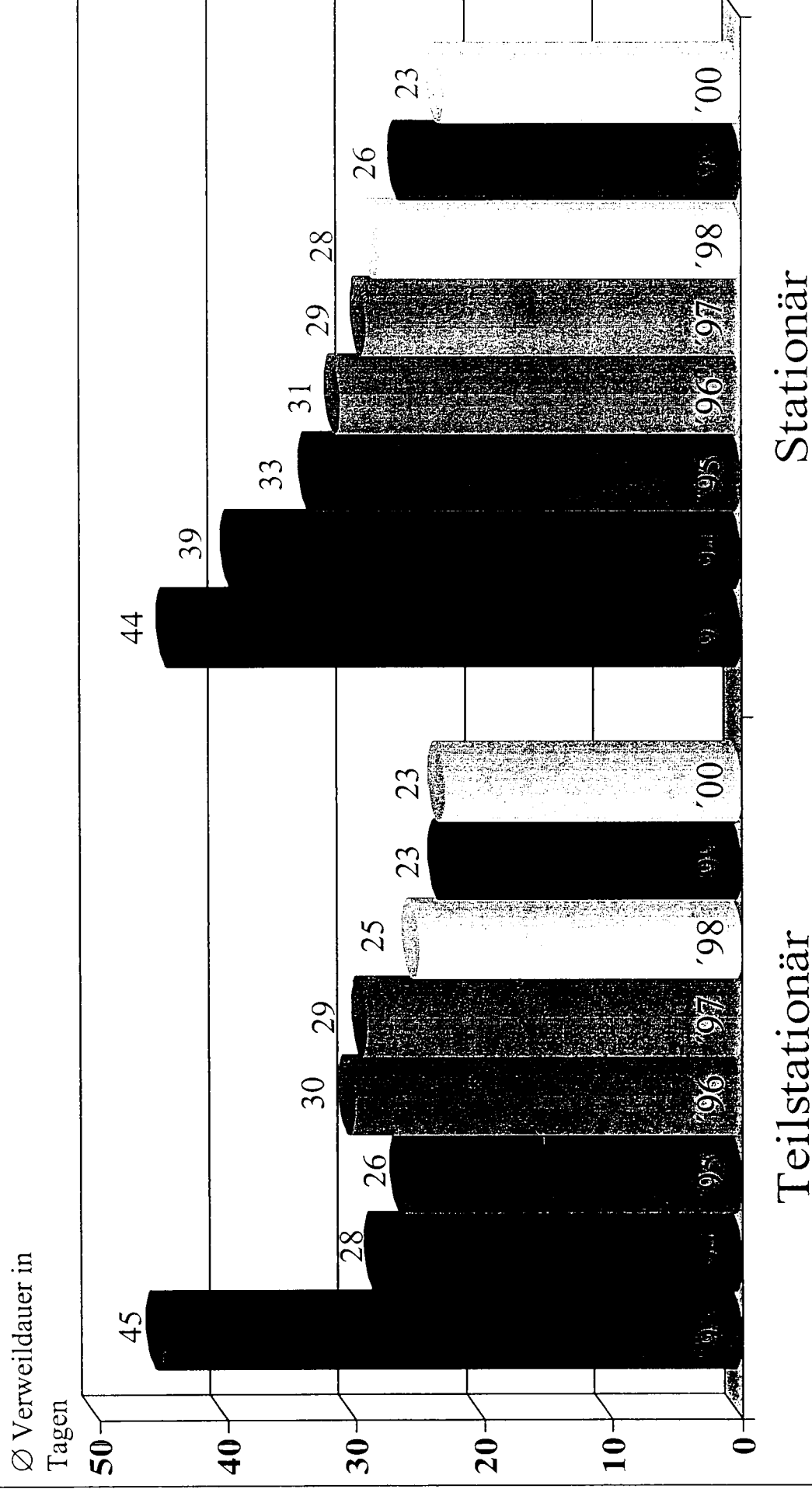
Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Entwicklung der Behandlungsfallzahlen von 1992-2000



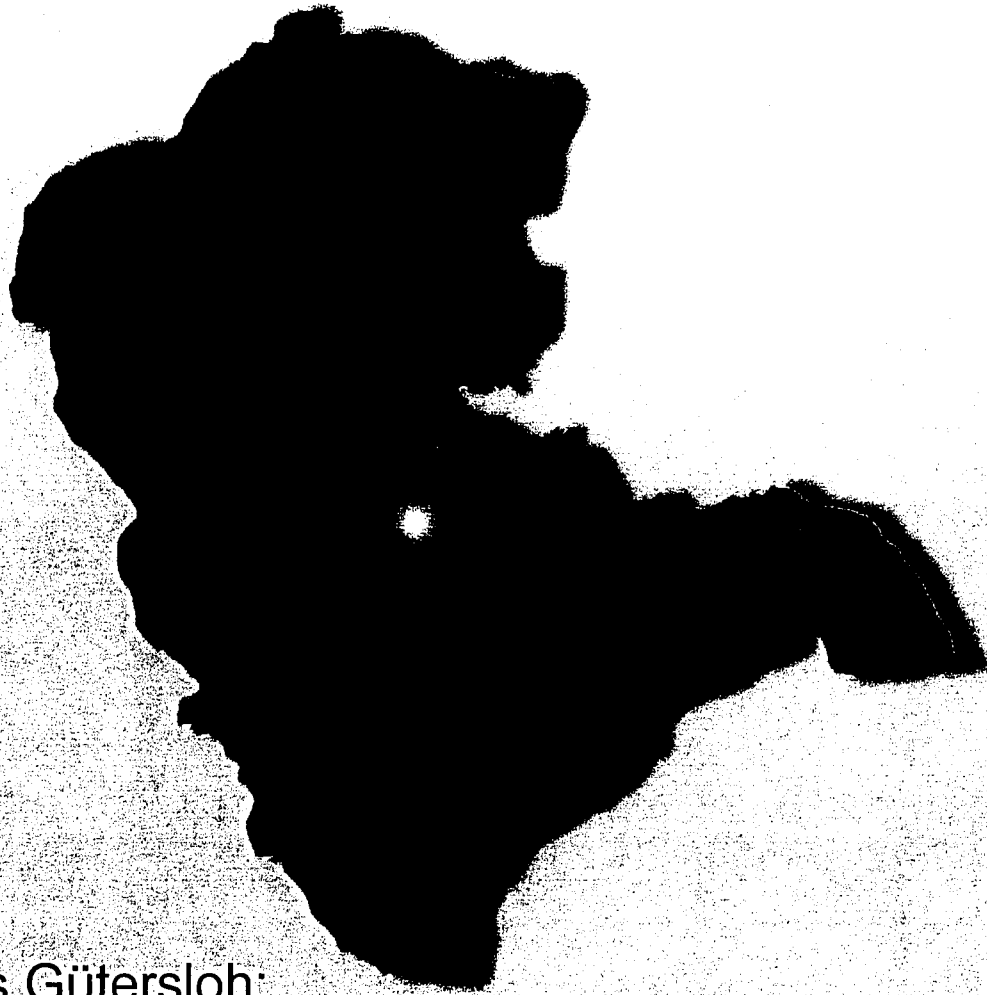
Abb. 4

Ø Verweildauer der teilstationären u. stationären Behandlungsfälle



Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Einzugsbereich des Geronto- psychiatrischen Zentrums Gütersloh



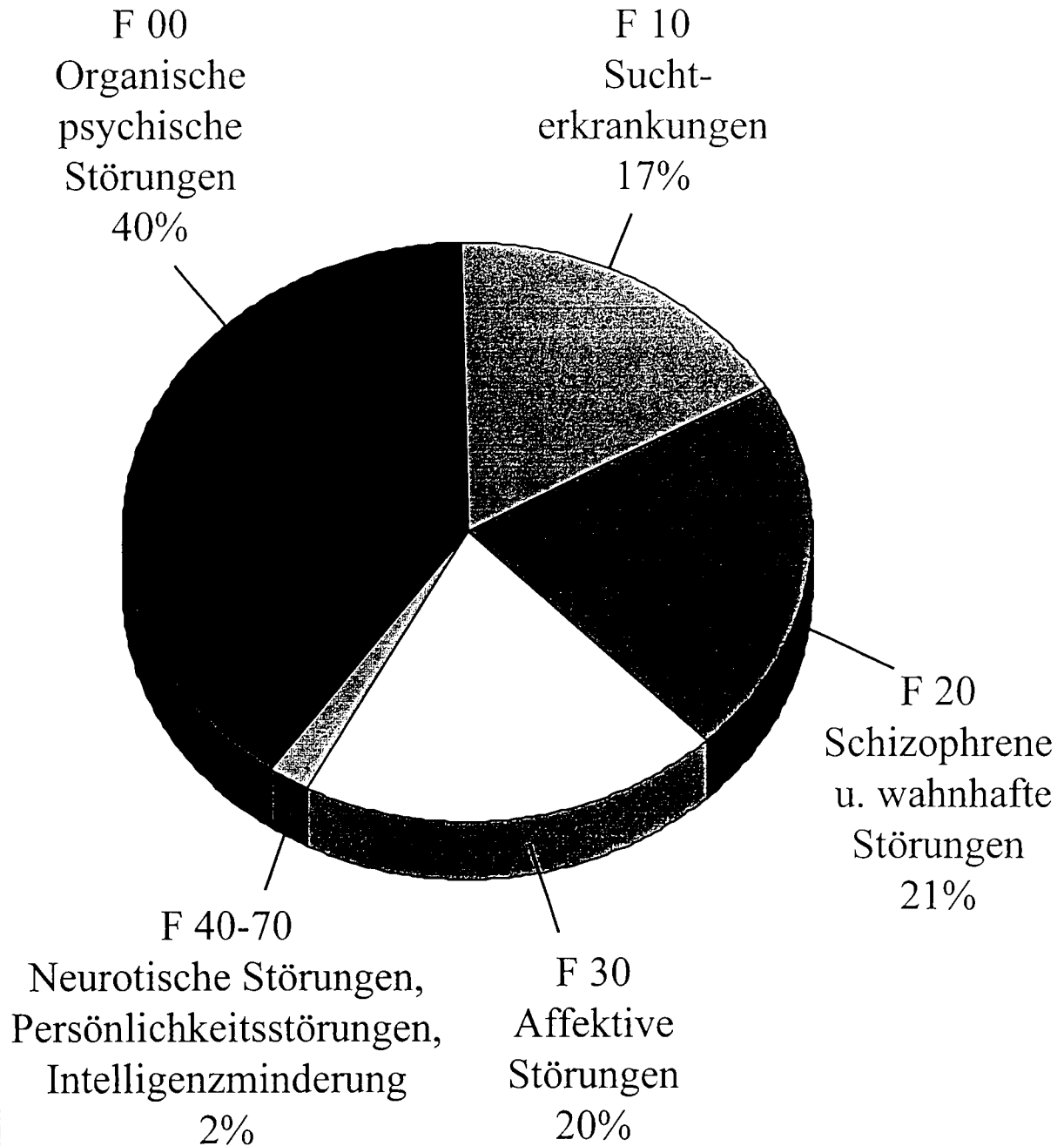
Kreis Gütersloh:
Einwohner: 345 000
≥ 60 Jahre: 74 000

Stationärer Bereich: 40 Betten
Altentagesklinik: 20 Plätze
Geronto-Ambulanz: Aufsuchende Arbeitsweise

Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

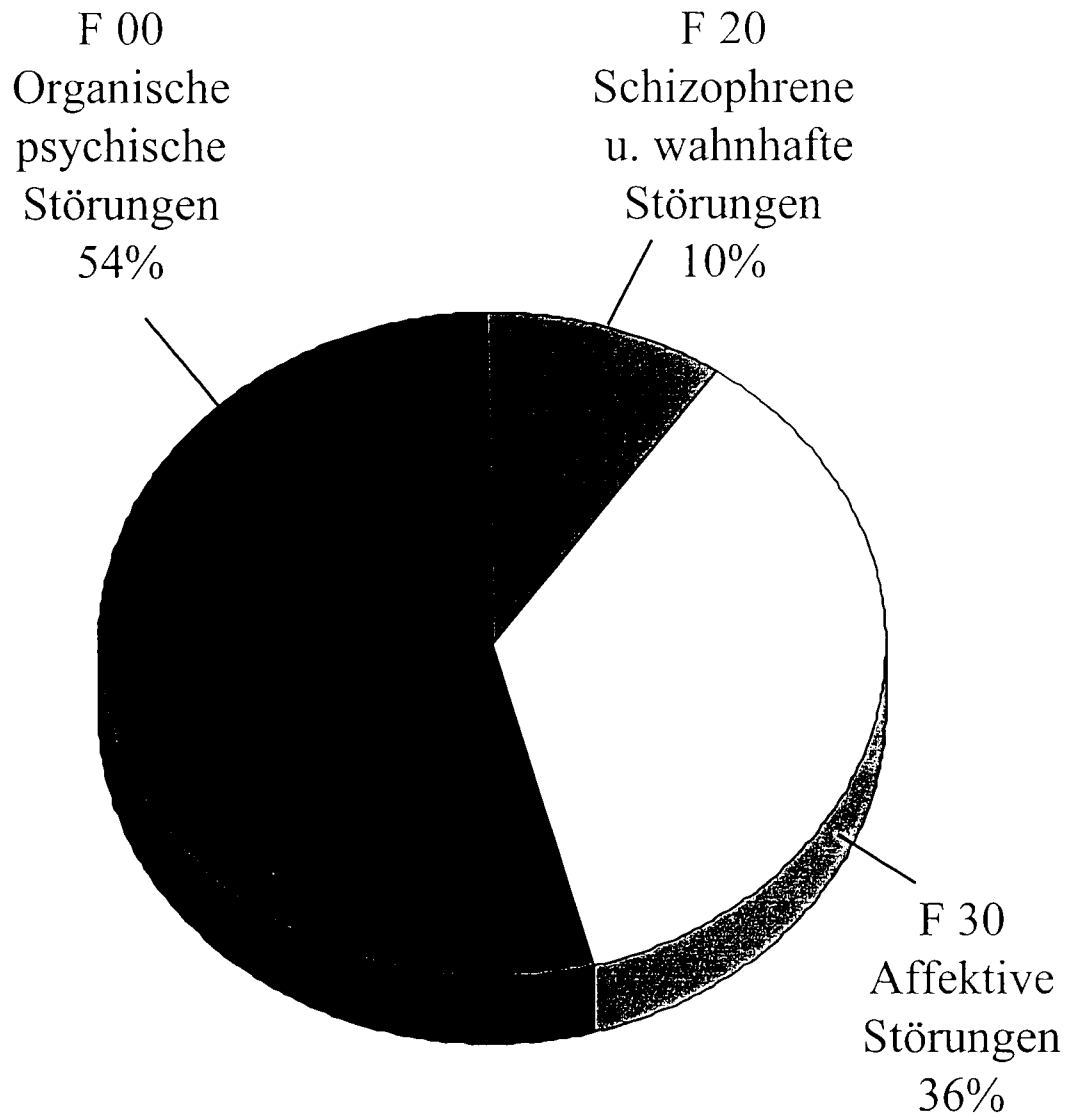
Diagnosen der stationären Behandlungsfälle 2000

ICD-10



Diagnosen der teilstationären Behandlungsfälle 2000

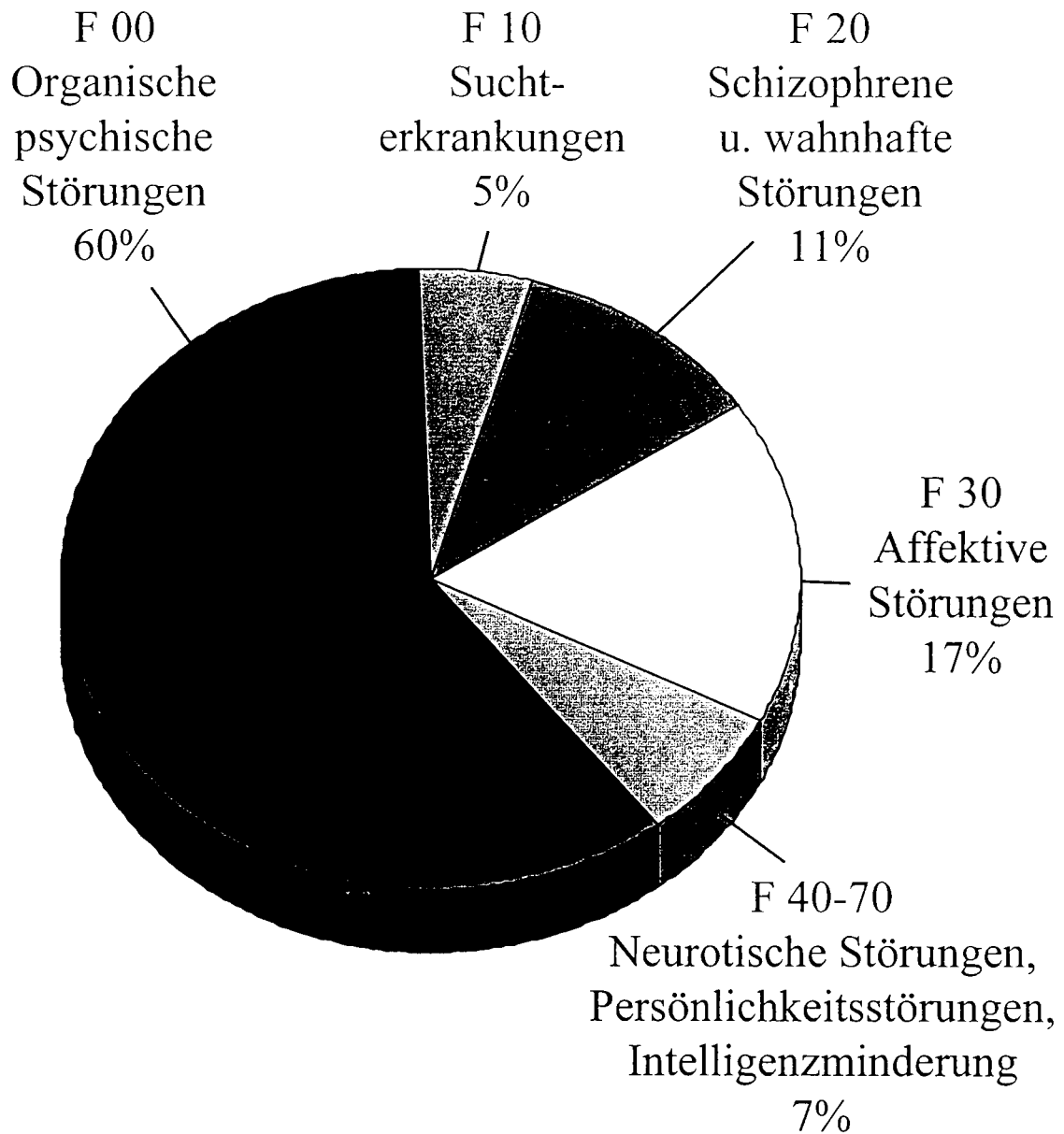
ICD-10



Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

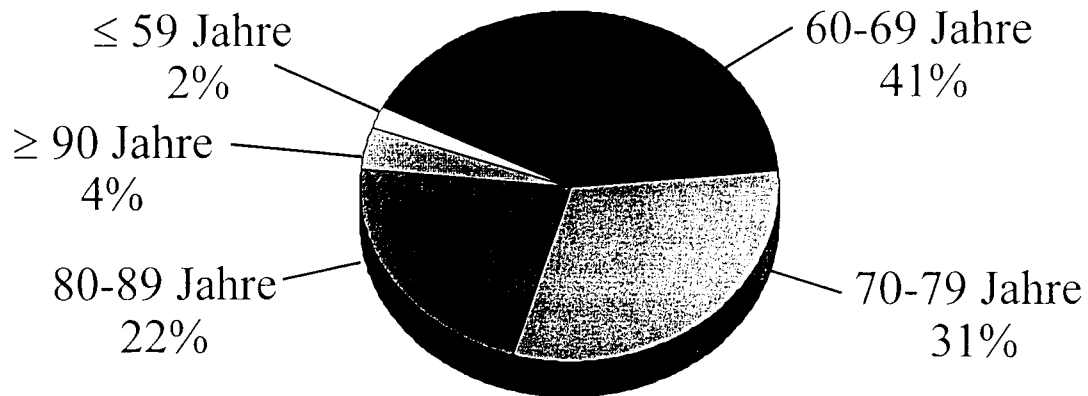
Diagnosen der ambulanten Patienten 2000

ICD-10

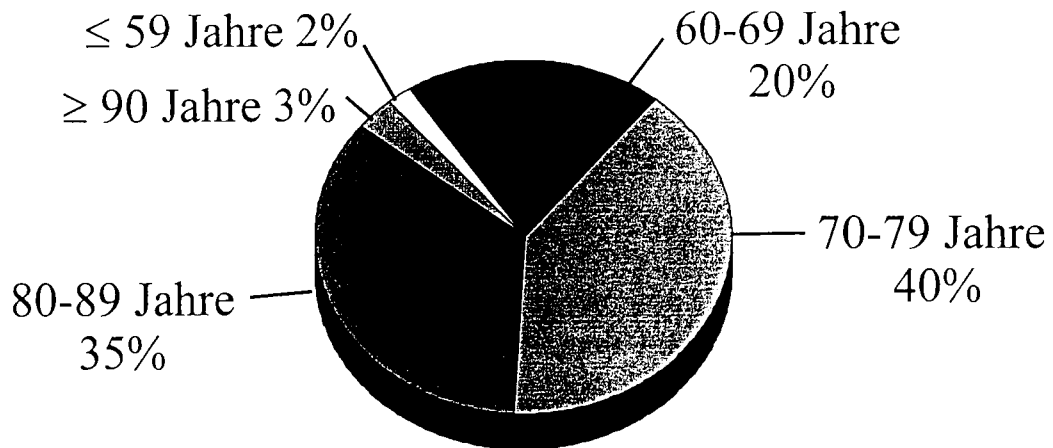


Altersverteilung der Behandlungsfälle 2000

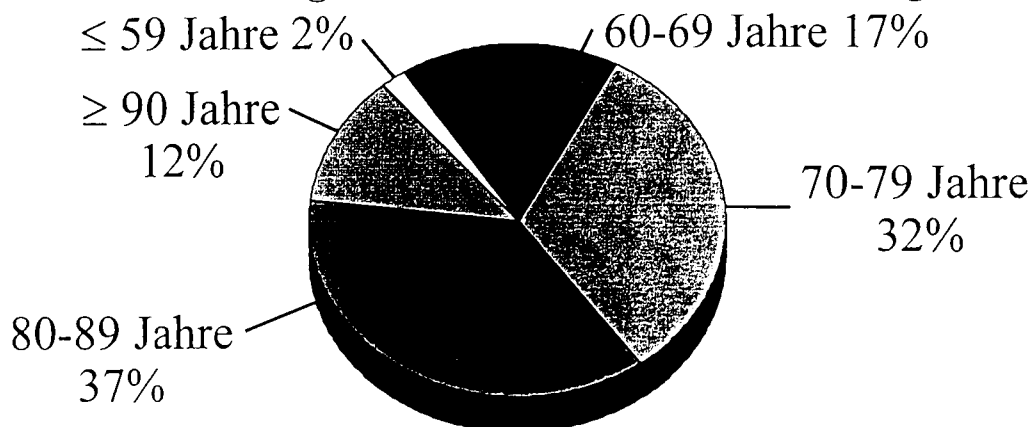
Altersverteilung der stationären Behandlungsfälle



Altersverteilung der teilstationären Behandlungsfälle



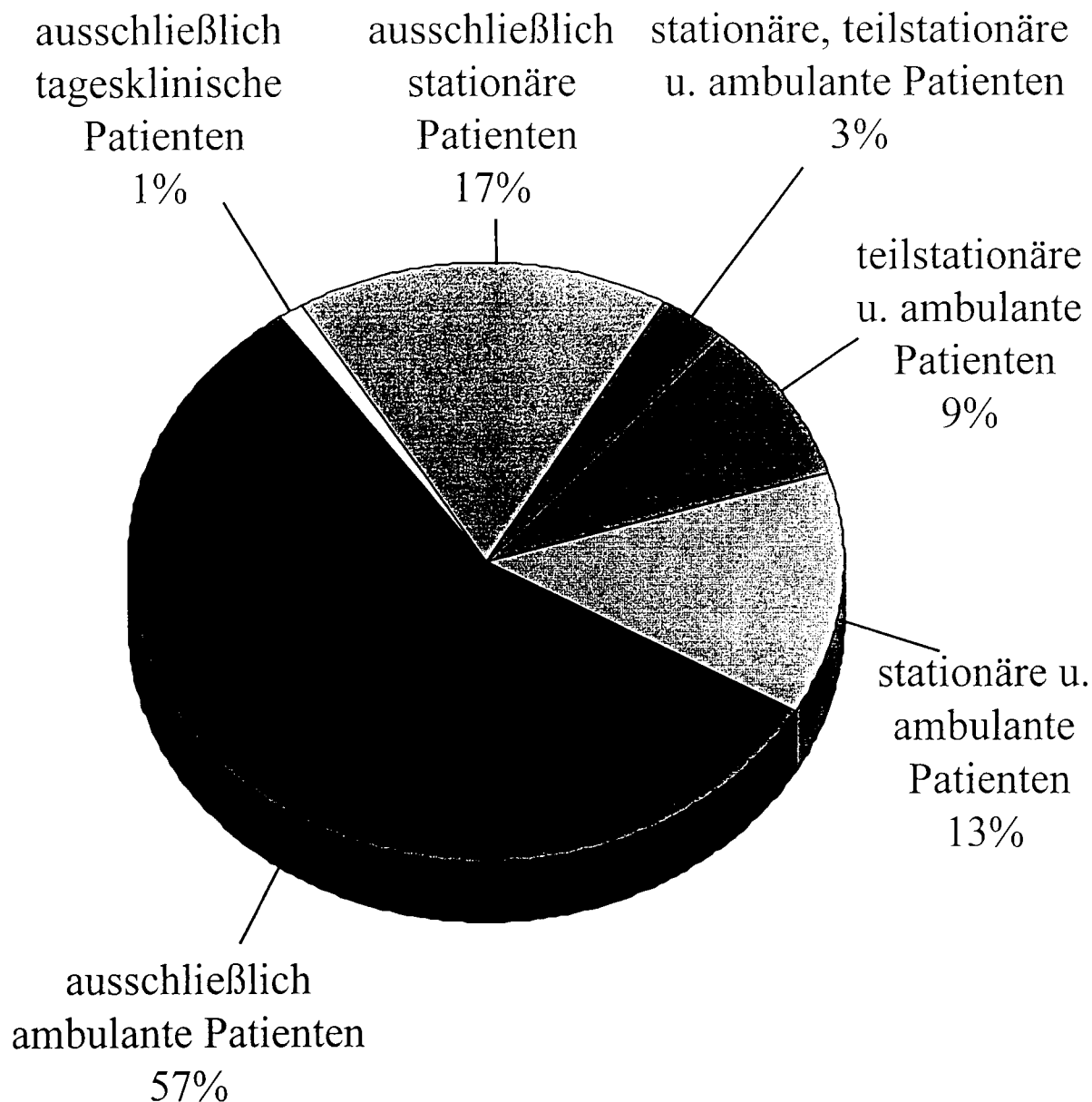
Altersverteilung der ambulanten Behandlungsfälle



Abteilung Gerontopsychiatrie der Westfälischen Klinik Gütersloh

Anzahl der Patienten

Anzahl der Patienten aus dem Kreis und der Stadt Gütersloh im Jahre 2000

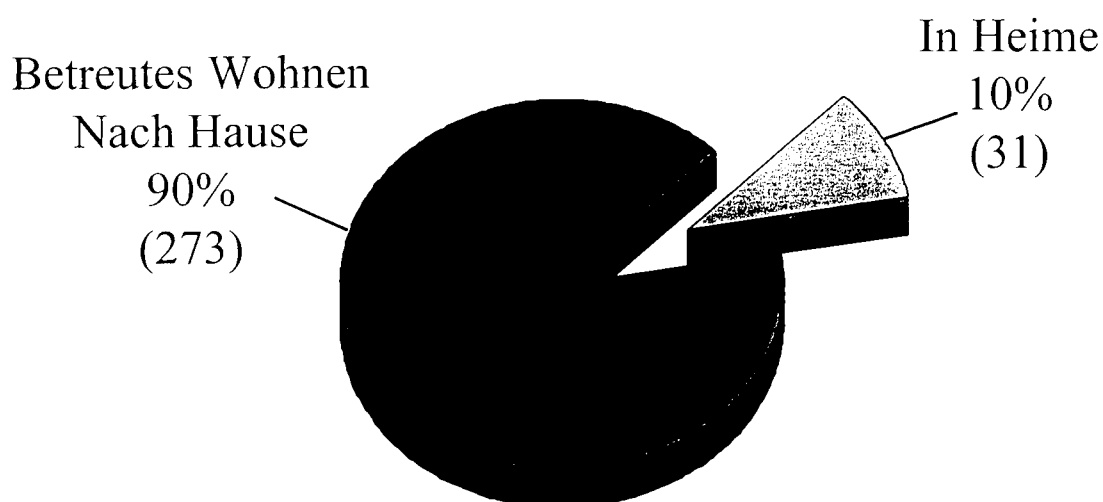


Gesamt: 1.208 Patienten
= 1,6% der 60-jährigen und älteren Einwohner

Heimentlassungen aus stationärer Behandlung 1999/2000

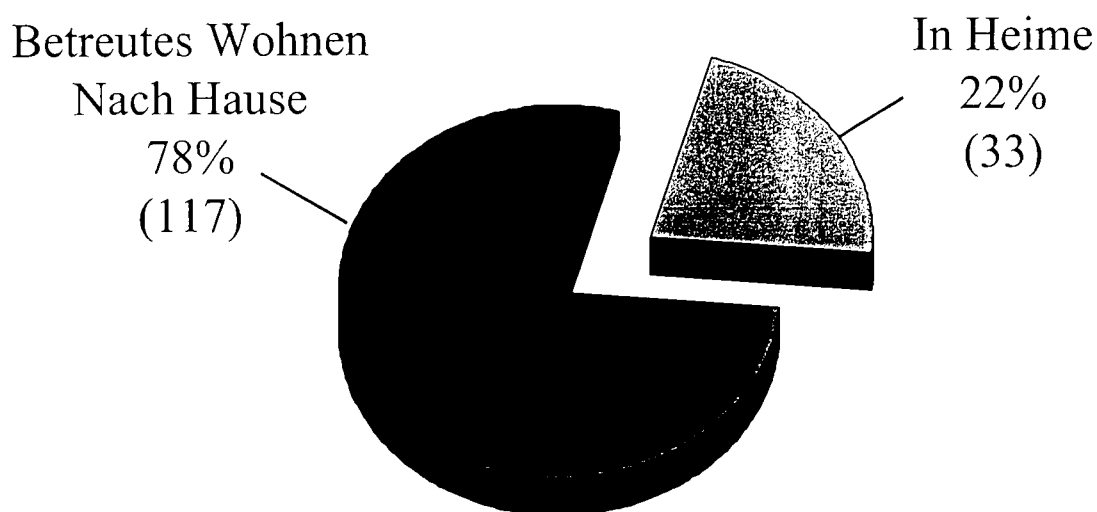
Stadt und Kreis Gütersloh

304 Patienten



Kreis Herford und Südkreis Lippe

150 Patienten



Literaturverzeichnis

DÖRNER, K. (Hrsg.) (2001): Ende der Veranstaltung. Paranus Verlag, Neumünster

GUTZMANN, H. (2001): Psychisch kranke alte Menschen: Wo sind sie geblieben? spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2, 31-33

LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2001): Bevölkerung im Alter „60 Jahre und mehr“ in Ostwestfalen.

NETZ, P. (1999): Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: REMLEIN, K.-H., NETZ, P. (Hrsg.), Das Gerontopsychiatrische Zentrum. 10 Jahre nach den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung. Verlag Jakob van Hoddis, Gütersloh, 56-90

NETZ, P. (2001): Der alte Mensch im Krankenhaus – Abschied von zu Hause? In: REMLEIN, K.-H., NÜBEL, G. (Hrsg.), Der alte Mensch im Krankenhaus. Umsorgt oder entsorgt? Paranus Verlag, Neumünster, 128-149

STEINKAMP, G., WERNER, B. (1997): Effekte eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf das regionale Versorgungssystem psychisch gestörter älterer Menschen. Leske + Budrich, Opladen