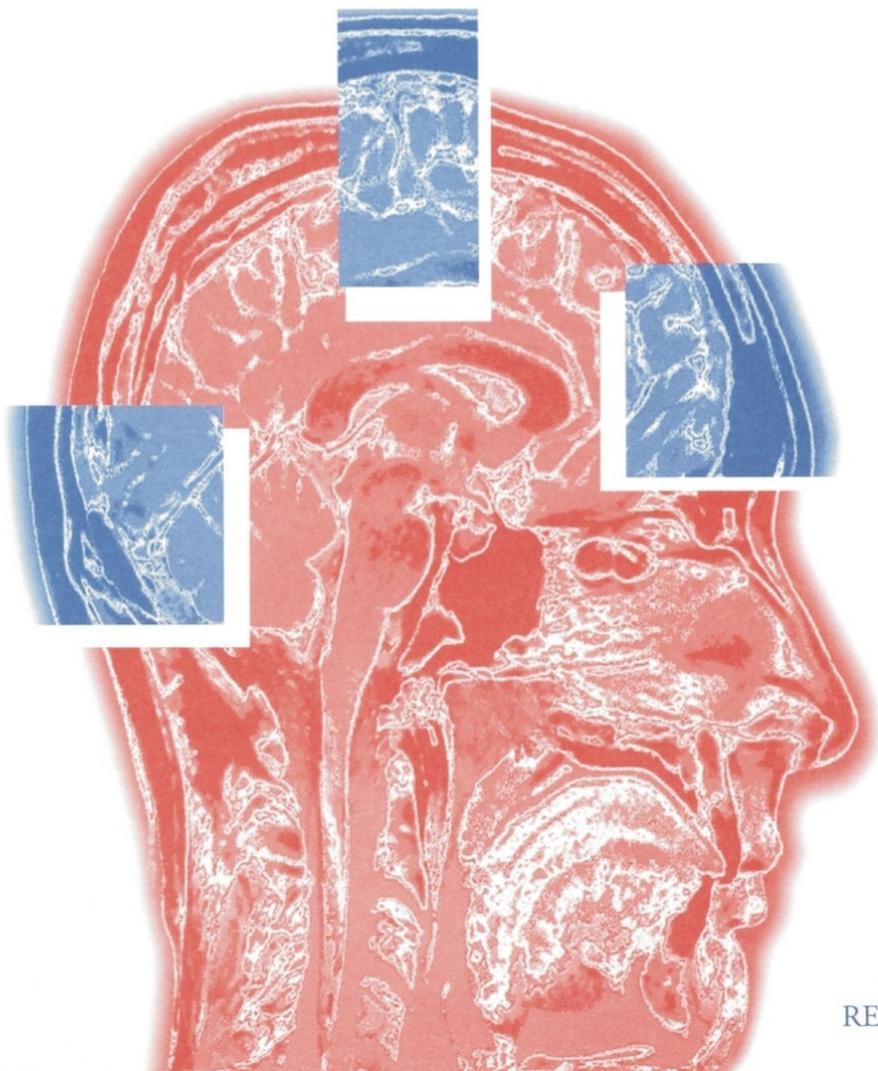


Remscheider Gesundheitsberichte

Psychiatrische Versorgungsstrukturen

Teil V:
Allgemeinpsychiatrie




STADT
REMSCHIED

Impressum

Herausgeberin: Stadt Remscheid
Die Oberbürgermeisterin
FD 2.53 - Gesundheitswesen
Hastener Str. 15
42855 Remscheid

Redaktion: Frauke Türk

Gestaltung Titel: sgp Schröder, Gilberg und Partner
Gesellschaft für Kommunikation und Marketing mbH
Remscheid

Druck: Stadt Remscheid
September 2008

Diese Veröffentlichung erscheint in der Reihe „Remscheider Gesundheitsberichte“ des Gesundheitsamtes der Stadt Remscheid

Vorwort

Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Im Laufe eines Jahres wird fast jeder dritte Deutsche von einer psychischen Erkrankung betroffen. Psychische Erkrankungen unterscheiden sich allerdings in Ausgestaltung, Schweregrad und Verlauf ganz erheblich. Doch allein die schweren, mit Realitätsverlust einhergehenden psychotischen Störungen betreffen in Remscheid jedes Jahr etwa 2000 Menschen.

Trotz der hohen Zahlen unterliegen Erkrankungen der Psyche einem Tabu. Psychisch kranken Menschen haftet das Stigma des „Verrückten“ an, das Berührungsängste auslöst. Auch wenn wir alle betroffen sein können, wird doch ungern über die Problematik gesprochen und die notwendige Auseinandersetzung unterbleibt.

Der vorliegende Bericht über Allgemeinpsychiatrie ist der 5. Teilbericht der Remscheider Gesundheitsberichte zur psychiatrischen Versorgung in unserer Stadt. Er wurde von einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe im Auftrag der Gesundheitskonferenz für Remscheid erarbeitet. Er berücksichtigt sowohl statistisches Datenmaterial als auch das Fachwissen der beteiligten Experten vor Ort. Die AG Allgemeinpsychiatrie entwickelte aus der Beschreibung der Situation psychisch kranker Menschen in Remscheid heraus Empfehlungen zur Verbesserung des Versorgungssystems in unserer Stadt. Besondere Bedeutung wurde dabei auf die Öffentlichkeitsarbeit gelegt. In der Gesundheitskonferenz am 4. Juni 2008 wurden diese Handlungsempfehlungen beschlossen.

Für ihre Arbeit möchte ich den Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe meinen herzlichen Dank aussprechen.



Burkhard Mast-Weisz
Beigeordneter für Bildung, Jugend, Soziales, Gesundheit und Sport
Vorsitzender der Gesundheitskonferenz für Remscheid

An der Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie und der Erstellung des vorliegenden Berichts beteiligten sich folgende Institutionen:

Ambulanter Fachpflegedienst vom Brocke

Ärztekammer Nordrhein – Kreisstelle Remscheid

Augusta-Hardt-Heim, Wohnheim für psychisch Kranke

Betreuungsstelle des Sozialdienstes Katholischer Frauen

Evangelische Stiftung Tannenhof

Fachdienst Gesundheitswesen der Stadt Remscheid

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein – Kreisstelle Remscheid

Lesota-Werk Remscheid

Pro SIN, ambulantes betreutes Wohnen

Psychotherapeuten in der Kassenärztlichen Vereinigung

Seele in Not e.V. , Selbsthilfeverein

Sozialpsychiatrisches Zentrum Remscheid

Dialog Remscheid

Vertreter der Fraktionen von CDU, FDP und W.I.R im Rat der Stadt Remscheid

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
1.1	Auftrag und Arbeitsweise	9
1.2	Adressaten	9
1.3	Personenkreis der Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie	9
1.4	Genderaspekte in der Gesundheitsberichterstattung	9
2	Psychiatrische Versorgungsstrukturen	11
2.1	Prinzipien gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen	11
2.2	Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen	11
2.3	Aktuelle Anforderungen an ein optimales psychiatrisches Versorgungssystem	13
3	Psychiatrische Erkrankungen: Symptomatik, Verlauf und Häufigkeiten	14
3.1	Krankheitsbilder	14
3.1.1	Organische psychische Störungen (ICD-10 F0)	14
3.1.2	Suchterkrankungen (ICD-10 F1)	14
3.1.3	Schizophrenien und andere psychotische Störungen (ICD-10 F2)	14
3.1.4	Affektive Störungen (ICD-10 F3)	15
3.1.5	Angststörungen (ICD-10 F40 - 41)	15
3.1.6	Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10 F43)	15
3.1.7	Somatoforme Störungen (ICD-10 F45)	15
3.1.8	Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6)	15
3.1.9	andere psychische Störungen	16
3.2	Häufigkeit psychischer Störungen	16
3.2.1	Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung	16
3.2.2	Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis	18
3.2.3	Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Evangelischen Stiftung Tannenhof	19
3.3	Einweisung nach PsychKG im Stadtgebiet Remscheid	20
3.4	Chronifizierung psychischer Erkrankungen	21
4	Ambulante Versorgung	22
4.1	Ärztliche Behandlung	22
4.2	Psychotherapeutische Behandlung	22
4.3	Diskussion der bestehenden ambulanten Versorgungssituation	23
4.4	Psychiatrische Institutsambulanz	25
4.5	Psychiatrische Krankenpflege	26
4.6	Sozialpsychiatrischer Dienst	26
4.7	Ambulante Ergotherapie	28
5	Stationäre Versorgung	29
5.1	Stationäre Behandlung	29
5.2	Wohnheime	30
5.2.1	Augusta-Hardt-Heim	30
5.2.2	Der Bereich Integration der Evangelischen Stiftung Tannenhof	31

6	Komplementäre Hilfen.....	33
6.1	Wohnhilfen	33
6.2	Tagesstrukturierende Hilfen	35
6.3	Arbeit.....	36
6.3.1	Vorbereitung auf eine berufliche Rehabilitation / Belastungserprobung ...	36
6.3.2	Rehabilitationsmaßnahmen.....	37
6.3.3	Integration in Arbeit	38
7	Koordination und Steuerung.....	39
8	Angehörige und Psychiatrieerfahrene	42
8.1	Selbsthilfeeinrichtung „Seele in Not e.V.“	42
8.2	Trialog	43
9	Handlungsempfehlungen	44
10	Anhang.....	46
10.1	Literatur.....	46
10.2	Gesundheitsberichte zur psychiatrischen Versorgung in Remscheid.....	46
10.3	Daten.....	47
10.4	Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen für psychisch Kranke in Remscheid	48
10.5	Kontaktadressen Selbsthilfe.....	49
10.6	Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Wohnverbundes	50

1 Einleitung

1.1 Auftrag und Arbeitsweise

Der vorliegende Bericht erfüllt einen Auftrag der Gesundheitskonferenz für Remscheid vom Juni 2005. Es ist der fünfte und letzte Teil der Remscheider Gesundheitsberichte über das psychiatrische Versorgungssystem¹. Ziel der Gesundheitsberichterstattung im allgemeinen wie auch dieser Reihe ist die zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Versorgungssituation in einer Kommune als Grundlage für die Planung. Erstmals wird in diesem Bericht der Genderaspekt berücksichtigt, d.h. die Betroffenheit von Männern und Frauen wird geschlechterdifferenziert dargestellt.

1.2 Adressaten

Der Bericht richtet sich zum einen an die Fachöffentlichkeit, um die Diskussion der verschiedenen Wege der Weiterentwicklung, die nicht zuletzt durch die unterschiedliche Rollenwahrnehmung von Versorgern (Anbietern) und Kostenträgern geprägt ist, auf eine breite Basis zu stellen.

Er will aber zum anderen auch die Bürgerinnen und Bürger – und nicht zuletzt die Kommunalpolitik - informieren über immer noch tabuisierte, wenn nicht stigmatisierte Erkrankungen, deren Auswirkungen für die Gesellschaft zunehmend Bedeutung erlangt.

1.3 Personenkreis der Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie

Die Gesundheitskonferenz berief eine Expertengruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der in Remscheid tätigen Dienste und Einrichtungen, die mit psychisch kranken Menschen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich arbeiten. In 16 Sitzungen beschrieb die Arbeitsgruppe die Versorgungslage in Remscheid und leitete daraus Handlungsempfehlungen ab. Grundlage der Arbeit waren Vorträge von Experten über einzelne Versorgungssegmente, Einzelgespräche und Datenrecherchen.

Sprecher der Arbeitsgruppe ist Dr. Jörg Hilger, Leiter des Klinikbereichs Psychiatrie 2 (Remscheid) in der Evangelischen Stiftung Tannenhof, die Geschäftsführung liegt beim Gesundheitsamt. Außerdem ist das Gesundheitsamt mit fachärztlicher Kompetenz vertreten. Damit kommt die untere Gesundheitsbehörde sowohl ihrer Aufgabe der Koordination der psychiatrischen Versorgung (§ 23 ÖGDG) als auch der der Gesundheitsberichterstattung für die kommunalen Entscheidungsträger (§ 21 ÖGDG) nach.

1.4 Genderaspekte in der Gesundheitsberichterstattung

„Gender-Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.“²

So definiert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in einer Broschüre die sozialwissenschaftliche Methode, die die sozialen Geschlechterrollen - und zwar die weiblichen wie die männlichen - in die Berichterstattung und die Versorgung einbezieht.

¹ vgl. Anhang

² Gender Mainstreaming – Was ist das? hg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stand November 2003, s. auch: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=5376.html>

Für diesen Ansatz gibt es eine gesetzliche Grundlage im ÖGDG³ - und viele gute Argumente: Denn Männer und Frauen sind gleichberechtigt, sie sind gleich viel wert – aber sie sind eben nicht gleich. Sie sind biologisch verschieden und sie sind unterschiedlich, was ihren Anteil an und ihre Position in der Gesellschaft betrifft. Das kann man auch an der unterschiedlichen Betroffenheit von Männern und Frauen an bestimmten Krankheitsbildern oder an den andersartigen Symptomen z. B. bei Herzinfarkt zeigen und nicht zuletzt an den ganz verschiedenen Bildern von Gesundheit, die eng mit den Geschlechtsrollen verknüpft sind. Ziel einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung ist es, diese Tatbestände transparent zu machen, und zwar „von vornherein und regelmäßig“, also immer die Frage mit zu bedenken, ob Männer und Frauen von der diskutierten Thematik unterschiedlich betroffen sind und nicht nur dann, wenn das auf der Hand liegt.

³ § 21 ÖGDG fordert, dass in der Gesundheitsberichterstattung „...soziale und geschlechtsspezifische Gegebenheiten grundsätzlich einzubeziehen...“ sind.

2 Psychiatrische Versorgungsstrukturen

2.1 Prinzipien gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen

Das Versorgungskonzept der Stadt Remscheid für psychisch Kranke orientiert sich an folgenden Leitlinien, an denen sich zum einen die Qualität der Versorgung messen lässt und die zum anderen geeignet sind, eine Prioritätenbildung bei den Handlungsempfehlungen zu begründen.

Die Versorgung chronisch psychisch Kranker muss gemeindenah und bedarfsgerecht erfolgen. Zunächst muss geprüft werden, ob ein Versorgungsangebot in der Kommune überhaupt vorhanden ist. Darüber hinaus ist wichtig, ob es für die Betroffenen auch erreichbar und damit nutzbar ist. Dabei kommt zum Tragen, ob Angebote bekannt sind, wann und zu welchen Bedingungen sie genutzt werden können, etc..

Ein weiterer Aspekt ist die Priorität der Behandlung von Schwerstgestörten, die in der Praxis gerade wegen der Schwere ihrer Erkrankung schlechter versorgt sind, denn Dienste und Einrichtungen tendieren dazu, sich eher der weniger Gestörten anzunehmen.

Ein dritter Gesichtspunkt ist die Einbeziehung der Kranken in die Behandlung im Sinne einer Förderung ihrer Fähigkeiten. So betrachtet ist der Vorrang ambulanter Hilfen vor stationären Behandlungen vor allem eine Stärkung der Betroffenen und nicht so sehr eine kostensparende Hilfeform, wenngleich der effiziente Mitteleinsatz ein Gebot nicht nur in krisengeschüttelten Zeiten ist.

Die Versorgung muss sich an gemeinsamen Qualitätsstandards orientieren. Gerade in einer Kommune mit verschiedenen Anbietern für die unterschiedlichen Hilfebereiche kommt diesem Gesichtspunkt eine große Bedeutung zu .

Ein differenziertes Angebot bietet zwar viele Chancen für die Betroffenen, birgt aber auch die Gefahren der Unübersichtlichkeit und der fehlenden Abstimmung. Im Sinne eines effizienten Arbeitens ist eine Koordination der Angebote nötig. Es ist anzustreben, dass die Behandlung/Betreuung möglichst kontinuierlich durch dieselbe Person erfolgt.

Als Dialog wird die (selbstverständliche) Einbeziehung von Nutzern und Angehörigen in den Hilfeprozess bezeichnet. Das beginnt bei Aufklärung und Prävention und bezieht sich ebenso auf Information, Mitspracherecht und Entscheidungsmöglichkeiten im konkreten Fall.

2.2 Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen

Für das Verständnis der Prinzipien der psychiatrischen Versorgung ist die Kenntnis der Entwicklung der Psychiatrie seit 1975 hilfreich. Denn die seitdem in Deutschland zu konstatierende Entwicklung spiegelt sich auch im Aufbau und in Veränderung der Dienste und Institutionen in Remscheid wider.

Noch in den 60er und frühen 70er Jahren war die psychiatrische Versorgung geprägt von schlecht ausgestatteten und abseits gelegenen Kliniken (Anstalten) einerseits und wenigen niedergelassenen Fachärzten andererseits. Ein kommunales ambulantes und komplementäres Hilfsangebot, wie aufsuchende Dienste, Wohn-, Freizeit- und Arbeitsangebote, fehlte praktisch vollständig.

In der Psychiatrie-Enquête wurden 1975 deshalb erstmals Prinzipien für eine adäquate psychiatrische Versorgung aufgestellt:

- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller, auch der schwer und chronisch psychisch Kranken und Behinderten
- gemeindenahe Versorgung im Lebensumfeld
- Koordination und Kooperation aller Versorgungsdienste
- (sozialrechtliche) Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

In Remscheid spiegeln sich die eingeleiteten Reformbestrebungen z.B. in der Übernahme der Versorgungsverpflichtung für alle Remscheider Bürger durch die Evangelische Stiftung Tannenhof im Jahr 1978 oder die Eröffnung der Tagesklinik für psychisch Kranke im Jahr 1979 wieder.

Die konzeptionelle Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen erfolgte 1988 mit dem Bericht der Expertenkommission. Die wesentliche Neuerung dieses Berichtes war es, den Blick weg von den Institutionen und Anbietern auf die psychisch Erkrankten und ihre Bedürfnisse selbst zu richten. Dazu wurden folgende Bereiche formuliert:

- Behandlung / Pflege
- Wohnen
- Kontaktstiftung / Tagesstruktur / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Arbeit

Wesentliche Entwicklungen in Remscheid in diesem Zeitrahmen waren die Tannenhof-interne Aufgliederung in Sektoren (d.h. die Zuordnung von Stationen zu Versorgungsbereichen: Remscheid, Wuppertal-West, Wuppertal-Ost) ab 1990 und die Etablierung des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) Remscheid 1992 mit Betreutem Wohnen, Psychosozialen Dienst und Tagesstätte.

Neuere Entwicklungen (z.B. Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, 2003) berücksichtigen zudem:

- die gleichberechtigte Einbeziehung von Betroffenen (Patienten) und Angehörigen (Triadik)
- geschlechtsspezifische Differenzierungen (Gender)
- die Hinterfragung von diagnostischen und therapeutischem Handeln in Hinblick auf Standards und Kosten (Qualitätssicherung)

Beispielhaft für aktuelle Entwicklungen in Remscheid sollen genannt werden: die zunehmende Niederlassung von psychologischen Psychotherapeuten (ab 1998), die Etablierung der Selbsthilfegruppe „Seele in Not e.V.“ 2001 und die Gründung des gemeindepsychiatrischen Wohnverbundes (GPWV) im Jahr 2003.

2.3 Aktuelle Anforderungen an ein optimales psychiatrisches Versorgungssystem

Mit den Empfehlungen der Aktion Psychisch Kranke⁴ liegen inzwischen konkret ausformulierte Anforderungen an ein optimales psychiatrisches Versorgungssystem vor. Die Aktion Psychisch Kranke schlägt dazu die Gründung von Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbänden (GPLV) vor. Die Zielsetzung soll im Folgenden dargestellt werden:

- 1 Der GPLV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion.
- 2 Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge im GPLV vertreten.
- 3 Der GPLV dient (mindestens) folgenden Zwecken:
 - 3.1 der Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfen für Menschen mit schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet in den folgenden Leistungsbereichen:
 - 3.1.1 sozialpsychiatrische Hilfen zur Selbstversorgung / Wohnen
 - 3.1.2 sozialpsychiatrische Hilfen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
 - 3.1.3 sozialpsychiatrische Hilfen im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
 - 3.1.4 sozialpsychiatrische Grundversorgung
 - 3.1.5 spezielle Therapieverfahren
 - 3.2 sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung,
 - 3.3 der Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen, insbesondere Sicherstellung von personenzentrierten einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungen),
 - 3.4 der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzen der Ressourcen,
 - 3.5 der Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit
 - 3.5.1 der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung
 - 3.5.2 den Leistungsträgern
 - 3.5.3 den organisierten Psychiatrieerfahrenen
 - 3.5.4 den organisierten Angehörigen psychisch Kranker
 - 3.5.5 weiteren Leistungserbringern, die nicht Mitglieder im GPLV sind.

Die Empfehlungen der Aktion Psychisch Kranke beruhen auf den Erfahrungen der Reformbewegungen der Psychiatrie seit der Psychiatrie-Enquête und zeigen einen Weg der Verwirklichung eines differenzierten psychiatrischen Versorgungssystems in der Kommune zu gestalten und zu entwickeln.

In Remscheid sind für den Bereich der Hilfen im Bereich Wohnen (Allgemeinpsychiatrie und Sucht) Kooperationsvereinbarungen zwischen Anbietern und Kommune abgeschlossen worden, die sich an den „Anforderungen“ orientieren. Der Gemeindepsychiatrische Wohnverbund (GPWV) in Remscheid diskutiert derzeit eine Erweiterung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund.

⁴ aus: Anforderungen an die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Versorgung – BAG GPV

3 Psychiatrische Erkrankungen: Symptomatik, Verlauf und Häufigkeiten

3.1 Krankheitsbilder

Im Folgenden werden verschiedene psychiatrische Krankheitsgruppen beschrieben. Deren Einteilung orientiert sich an der weltweit gültigen Fassung der Klassifikation für Erkrankungen (ICD-10) der WHO. Wir haben uns dabei in der Ausführlichkeit auf die wichtigsten Gruppen beschränkt, ohne hiermit eine Wertung hinsichtlich der Wertschätzung im individuellen Erkrankungsfall vorzunehmen. Da jedoch Schweregrad und Häufigkeit von sozioökonomischer Bedeutung ist, werden die entsprechend bedeutungsvolleren Krankheitsgruppen ausführlicher erwähnt. Anmerkungen zur Häufigkeit der Erkrankungen werden zusammengefasst in 3.2 behandelt.

3.1.1 Organische psychische Störungen (ICD-10 F0)

Hierunter sind psychische Erkrankungen mit organischer Ursache zu verstehen wie die verschiedenen Formen einer Demenzerkrankung (z.B. Demenz vom Alzheimer-Typ; vaskuläre Demenz; frontotemporale Demenz oder Demenz im Zusammenhang mit der Parkinsonerkrankung; Chorea Huntington; AIDS etc.). Weiterhin kann es auf organischer Grundlage auch zu affektiven, wahnhaften oder halluzinativen Krankheitsbildern kommen. Auch Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als Auswirkung anderer Erkrankungen des Gehirns wie Schädel-Hirn-Traumata, entzündlichen Gehirnerkrankungen (Enzephalitis etc.) fallen hierunter.

Die hirnorganischen Störungen wurden schwerpunktmäßig im Bericht gerontopsychiatrische Versorgung behandelt.⁵

3.1.2 Suchterkrankungen (ICD-10 F1)

Diese Störungen wurden schwerpunktmäßig in den beiden Berichten zur Suchtkrankenversorgung behandelt.⁶

3.1.3 Schizophrenien und andere psychotische Störungen (ICD-10 F2)

Diese Erkrankungen sind geprägt durch Störungen des Denkens, der Sprache und des Verhaltens. Hierbei treten häufig Symptome wie Wahnerleben, Halluzinationen oder sog. Ich-Störungen auf (Störungen der Ich-Umwelt-Grenze bzw. des personalen Einheitserlebens. Weiterhin typisch sind Störungen des formalen Denkvorgangs (z. B. Gedankenbrüche, Assoziationslockerung) sowie sog. „Negativ-Symptome“ wie Apathie, Sprachverarmung, usw.). Der Verlauf von schizophrenen Psychosen kann unterschiedlich sein: wellenförmig mit Heilung (in 35 – 40 %), wellenförmig mit Entwicklung leichter und chronischer Zustände (in 20 – 25 %), gefolgt von anderen chronischen Verläufen.

Eine genetische Prädisposition, neurobiologische Funktionsstörungen sowie hirnmorphologische Veränderungen sind nachgewiesen. Jedoch unterliegt die Erkrankung einem multifaktoriellen Geschehen, zu dem ebenso einschneidende Lebensereignisse (Life-events), Faktoren emotionaler belastender Beziehungen in Familie und späterem sozialen Umfeld gehören.

⁵ vgl. Anhang

⁶ vgl. Anhang

3.1.4 Affektive Störungen (ICD-10 F3)

Hierunter werden verschiedene Formen der Depression, Manie und bipolaren Störungen (manisch-depressiv) zusammengefasst.

Depression ist oft gekennzeichnet durch Interessensverlust und Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Energielosigkeit, bedrückte Stimmung. Ferner sind häufig verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, negative und pessimistische Zukunftshaltung, Schlafstörung und verminderter Appetit damit vergesellschaftet. Es besteht grundsätzlich eine erhöhte Suizidrisiko.

Manien fallen eher durch erhöhte Irritierbarkeit, Rede- und Handlungsdrang, Euphorie, Ideenflucht und gehobene oder auch reizbare Stimmungslage auf.

Kommt es sowohl zu depressiven als auch zu manischen Episoden spricht man von einer bipolaren Erkrankung.

3.1.5 Angststörungen (ICD-10 F40 - 41)

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Sie treten häufig in Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen und Suchterkrankungen, aber auch anderen psychischen Störungen auf. Innerhalb dieser Krankheitsgruppe werden phobische Störungen, bei denen einem umgrenzten Angsterleben (z. B. Angst vor engen Räumen, vor Höhe, etc.) eine besondere Beachtung gegeben wird, von anderen Angststörungen wie z. B. generalisierter Angst (vermehrte Sorgen und Befürchtungen; der Inhalt der Angst ist für den Betroffenen nicht fassbar) oder Panikattacken unterschieden. Entscheidend für den Schweregrad und somit Beeinträchtigung sind Auslöser, Intensität, Dauer und Angemessenheit der Angstreaktion.

3.1.6 Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10 F43)

Traumatische Erfahrungen sind häufig, jedoch nicht mit der Erkrankung der posttraumatischen Belastungsstörung gleichzusetzen. Etwa ein Drittel der Menschen, die ein Trauma erleiden, entwickelt bedeutungsvolle psychische Probleme bzw. ist davon betroffen. Traumatische Ereignisse werden dann häufig in sich aufdrängenden Erinnerungen (Gedanken, Bilder etc.) mit entsprechenden Gefühlen und Vorstellungen wieder erlebt. Hiermit ist oft verbunden eine Veränderung des allgemeinen Gefühlserlebens als auch Vermeidens bestimmter Situationen, die einen Bezug zu dem Trauma haben können. Schlaf-, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und übermäßige Schreckreaktion können hinzutreten. In Abgrenzung solcher Beschwerden zu Akuttraumata muss die Symptomatik jedoch ausreichend lange vorliegen.

3.1.7 Somatoforme Störungen (ICD-10 F45)

Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Dabei stehen neben Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit und Erschöpfung, Schmerzsyndrome an vorderster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.

3.1.8 Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6)

Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch überdauernde Erlebens- und Verhaltensmuster in den Bereichen Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und Impulskontrolle aus. Die klinische Relevanz dieser Störungsbilder ist sehr unterschiedlich. Für das psychiatrische Versorgungssystem ist insbesondere die emotional instabile

Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ von Bedeutung, da es im Rahmen dieser Störung häufig zu selbstverletzenden Verhaltensweisen, Suizidalität, Depression u.ä. kommen kann.

Häufig sind sie mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wie Angststörungen oder depressiven Störungen gekoppelt, was deren Schwere und Dauer negativ beeinflusst.

3.1.9 andere psychische Störungen

Keine weitere Erklärung finden an dieser Stelle Anpassungs-, Zwang- und dissoziative Störungen. Ebenso wie Ess-, Schlaf- und Sexualstörungen oder die Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung des Erwachsenenalters, die zwar alle im psychiatrischen Alltag einzeln oder im Zusammenhang mit den obigen Erkrankungen auftreten, jedoch auf Grund ihrer Häufigkeit oder Relevanz für die psychiatrische Versorgung nicht im Hauptfokus der Versorgungsplanung stehen. Dies bedeutet jedoch wiederum nicht, dass sie in der Angebotspalette unberücksichtigt bleiben.

3.2 Häufigkeit psychischer Störungen

3.2.1 Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung

Die im Folgenden dargestellten Zahlen beziehen sich auf die deutsche Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Sie fußen auf dem Bundesgesundheitsurvey von 1998, einer repräsentativen Untersuchung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland, die in einem gesonderten Teil auf psychische Störungen eingeht.⁷ Spezifische Daten über die Remscheider Bevölkerung stehen nicht zur Verfügung, mit Ausnahme der Krankenhausdaten der Evangelischen Stiftung Tannenhof. Eine Umrechnung der Bundeszahlen auf Remscheider Verhältnisse sind hier nicht erfolgt.

Häufigkeit von psychischen Erkrankungen (Wittchen et al. 2003)

	Gesamtbevölkerung	Frauen	Männer
Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung in gesamter Lebenszeit	42,6 %	48,9 %	36,8 %
Wahrscheinlichkeit pro Jahr	31,1 %	37,0 %	25,3 %

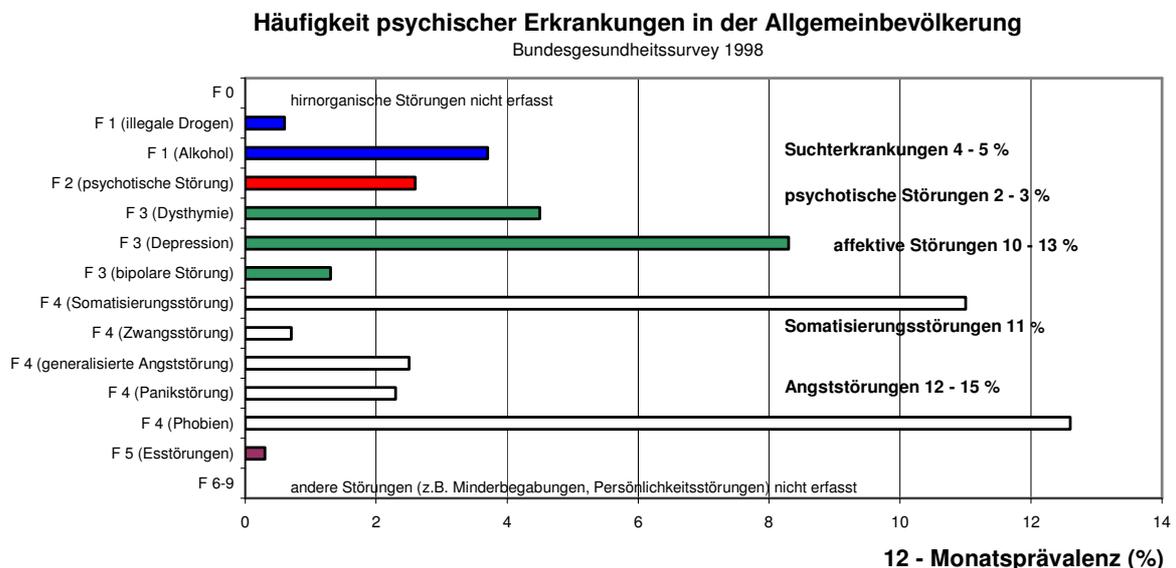
Psychische Erkrankungen sind häufige Störungen. Nach Wittchen⁸ sind 42 % der Bevölkerung einmal in ihrem Leben von einer psychischen Störung betroffen. Wittchen definiert dabei psychische Störung als Vorliegen einer Erkrankung nach ICD-10. Bei fast jeder zweiten Frau wird in ihrem Leben eine psychische Erkrankung (48,9 % Lebenszeitprävalenz) diagnostiziert, während „nur“ gut jeder dritte (36 %) Mann in seinem Leben eine psychiatrische Diagnose erhält. Die Wahrscheinlichkeit pro Jahr psychisch zu erkranken, liegt bei über 37 % bzw. 31 %.

7 www.rki.de > Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie > Datenerhebungen > Gesundheitssurveys „Im Rahmen dieses Projekts, das vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, konnten 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und einer medizinischen Untersuchung unterzogen werden. Die Datenerhebungen einschließlich der Nachfassaktionen waren im März 1999 abgeschlossen.“ <http://www.thieme.de/fz/gesu/pdf/s216-s222.pdf>

⁸ H.-U. Wittchen, F. Jacobi, Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurveys, in: Bundesgesundheitsblatt 2001, 10, S. 993ff

Die Ursachen für die unterschiedliche Häufigkeit in der Erkrankungswahrscheinlichkeit von Männern und Frauen müssen differenziert beleuchtet werden.⁹ Zum einen scheinen bestimmte Diagnosen bei Frauen schneller gestellt zu werden, zum anderen scheint es bei Frauen eine erhöhte Bereitschaft zu geben, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aber die vorhandenen echten Geschlechtsunterschiede sind „zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, meistens aber interaktionell und multifaktoriell zu erklären.“¹⁰ Auch im Gender-Datenreport¹¹ der Bundesregierung vom November 2005 werden die komplexeren Anforderung an die weibliche Geschlechterrolle als ein Erklärungsansatz genannt.¹²

Die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (nach Bundesgesundheitsurvey, 1998) sind Angsterkrankungen, depressive Störungen und Somatisierungsstörungen (psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik), die mit jeweils ca. 10 – 15 % den größten Teil der psychischen Erkrankungen ausmachen. Suchterkrankungen folgen mit deutlich geringerer Häufigkeit (4 – 5 %), psychotische Störungen sind nochmals deutlich seltener (2 – 3 %). Hirnorganische Erkrankungen wurden nicht erfasst, man kann nach anderen Studien hier von einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von 1 - 2 % ausgehen.



⁹ vgl. A. Riecher-Rössler, A. Rohde (Hg), Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie, Basel – Freiburg 2001

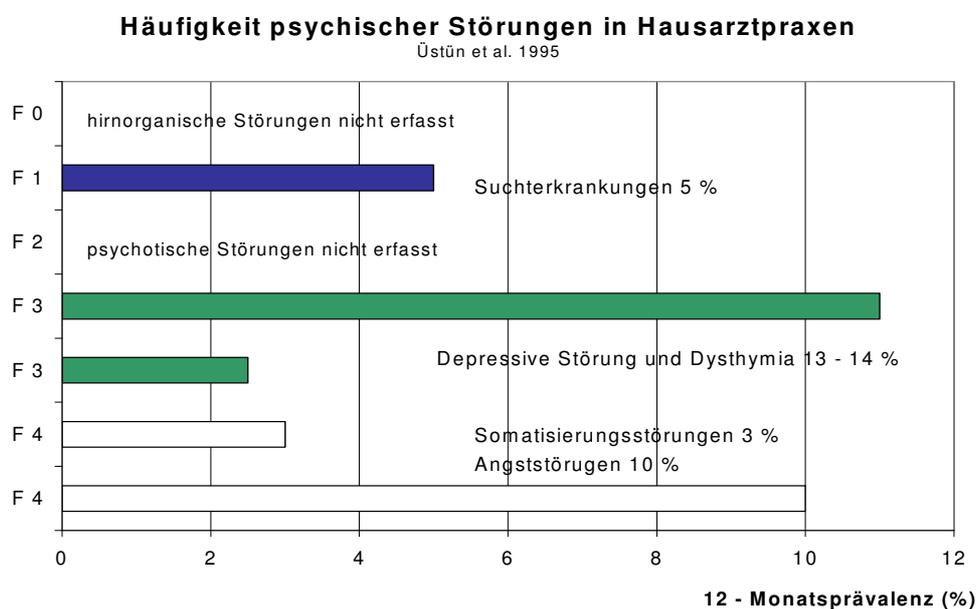
¹⁰ ebd., Vorwort, S. VIII

¹¹ Waltraud Cornelißen (Hg), 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, S. 495 ff

¹² Merbach, M., Singer, S., Brähler, E. Psychische Störungen bei Männern und Frauen in: K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Göttingen 2002

3.2.2 Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis

Im Auftrag der WHO wurden in einer internationalen Studie Allgemeinärzte über den Anteil psychischer Krankheiten in der primärärztlichen Versorgung befragt¹³, denn der erste Ansprechpartner für die Erkrankten ist ihr Hausarzt. Die Erfassung von psychischen Störungen in der Hausarztpraxis erfolgte in dieser Studie nach einem gröberen Raster, hirnrnorganische und psychotische Störungen wurden nicht erfasst. Die Verteilung der Erkrankungen in der Arztpraxis entspricht ziemlich gut der Häufigkeit der Erkrankung in der Allgemeinbevölkerung. Lediglich im Bereich der Somatisierungsstörungen zeigen sich deutliche Abweichungen, die mit einer unterschiedlichen Diagnostik bzw. Zuordnung zu tun haben dürften.

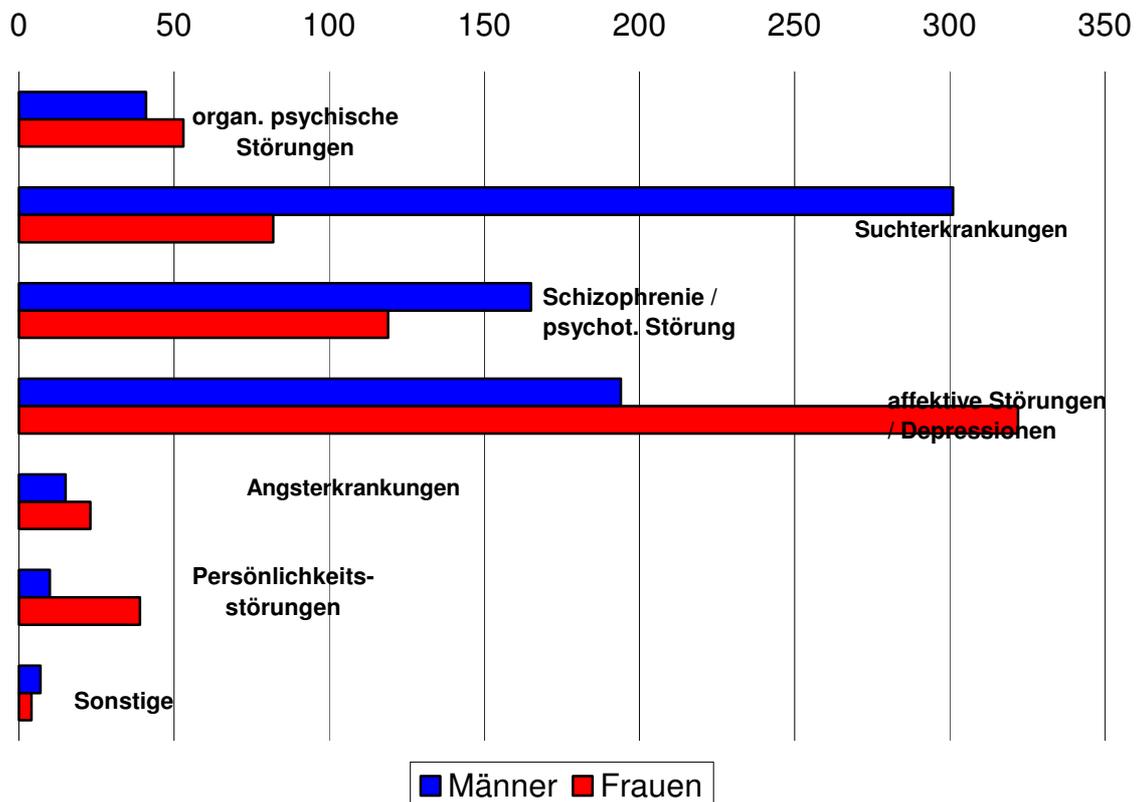


¹³ Üstün TB, Sartorius N, eds.: Mental illness in general health care. An international study. Chichester, New York: John Wiley 1995: 347–360.

3.2.3 Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Evangelischen Stiftung Tannenhof

Die Zahlen für die stationären Behandlungen (Daten der Evangelischen Stiftung Tannenhof für das Jahr 2007) weichen von den vorangegangenen Daten deutlich ab. Die häufigsten Diagnosen nach den Suchterkrankungen, die in diesem Bericht nicht behandelt werden, sind schizophrene Störungen und affektive Erkrankungen, z.B. Depressionen. Mit deutlichem Abstand folgen Demenzerkrankungen und Zwangsstörungen. Die Erklärung liegt im oft deutlich schwereren Krankheitsverlauf dieser Störungen. Angsterkrankungen, die sich in deutlich geringerer Zahl in der Klinik finden, bedürfen demgegenüber nicht so häufig einer stationären Behandlung.

Hauptdiagnosen Remscheider Bürger in der Evangelischen Stiftung Tannenhof, 2007, Entlassungen



3.3 Einweisung nach PsychKG im Stadtgebiet Remscheid

In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken ermöglicht, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, weil sie sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gegenwärtig gefährden.¹⁴ Vorgesehene Maßnahmen sind vorsorgende Hilfen zur Vermeidung einer Unterbringung und rechtzeitige ärztliche Behandlung einer Störung oder beginnenden Krankheit, nachsorgende Hilfe nach Abschluss stationärer Behandlung in Gestalt individueller Beratung und Betreuung, Auflagen und Weisungen des Gesundheitsamtes. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind Zwangsmaßnahmen, die nicht der Heilung von psychischer Krankheit oder Sucht, sondern allein zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben des Untergebrachten oder seiner Umgebung dienen. Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt, wobei das ärztliche Gutachten durch Klinikärzte, niedergelassene (Fach)ärzte oder Ärzte des Gesundheitsamtes ausgestellt wird. Die zuständigen Amtsgerichte melden in Zusammenarbeit mit den örtlichen Ordnungsbehörden und den Gesundheitsämtern den jeweiligen Justizministerien der Länder die Fallübersichten über die Unterbringung nach dem PsychKG. Diese Daten werden vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst so veröffentlicht, dass ein kommunaler Vergleich möglich ist.¹⁵

Remscheid hat diesen Zahlen zufolge seit Jahren die höchste Unterbringungsquote in NRW. Im Jahre 2006 lag sie bei 3,11 Fällen auf 1000 Einwohner im Vergleich zu einem Landesdurchschnitt von 1,35 Fällen auf 1000 Einwohner. Dieser Sachverhalt bedarf der Erläuterung¹⁶.

Gezählt werden vom Ordnungsamt alle Einweisungs-Fälle, die in den Stadtgrenzen Remscheids vorkommen. Dabei wird nicht differenziert, ob es sich um Remscheider Bürger handelt. Durch den Versorgungsauftrag der Evangelischen Stiftung Tannenhof für Remscheid und das dreimal so große Wuppertal sind von den Einweisungen auch Wuppertaler betroffen, die innerhalb des Krankenhauses auf Initiative der Klinikärzte von den Ordnungsbehörden gemäß PsychKG untergebracht werden. Rechnet man diese heraus, sinkt die Quote auf einen Wert unwesentlich höher als der Landesdurchschnitt.

Grundsätzlich ist zu fragen, ob eine hohe Unterbringungsquote automatisch einen Rückschluss auf die mangelnde Qualität des Versorgungssystems zulässt. Häufig wird die Theorie vertreten, dass eine niedrige Zahl von Einweisungen auf ein gutes ambulantes Versorgungssystem hinweist, das Krisen im Vorfeld auffängt. So wurde als Erklärung für die niedrigeren Wuppertaler Zahlen die Existenz eines Krisendienstes herangezogen. Allerdings ist der Anteil von Krisenfällen bei Einweisungen von Remscheidern nach PsychKG nach Auswertung des Gesundheitsamtes gar nicht sehr hoch. Auch bei einem Blick auf die Diagnosen der eingewiesenen Menschen ergibt sich ein sehr differenziertes Bild, so dass man nicht von einer Vernachlässigung durch aufsuchende Dienste sprechen kann. Die höheren Einweisungszahlen können nämlich auch die gute Versorgung psychisch kranker Menschen unterstreichen, die in notwendige stationäre Behandlung überwiesen werden.

Einen Rückschluss auf das gesamte stationäre Versorgungssystem erlauben die Einweisungen nach PsychKG nicht. Denn ihr Anteil an den in der Ev. Stiftung Tannenhof behandelten Patientinnen und Patienten liegt nur bei 13 %. Die weitaus größere Zahl kommen ohne Zwangsmittel zur Behandlung.

¹⁴PsychKG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, s. auch:

http://www.lexsoft.de/lexisnexis/justizportal_nrw.cgi

¹⁵http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html

¹⁶Daten für Remscheid im Anhang

3.4 Chronifizierung psychischer Erkrankungen

Die unter 3.1. beschriebenen Krankheitsbilder sind sehr heterogen und lassen keinen unmittelbaren Rückschluss auf die Auswirkungen für die Betroffenen zu. Es gibt durchaus Krankheitsverläufe, die zu einer vollständigen Heilung führen, aber eben auch schwere Ausformungen, die dauerhafte Einschränkungen nach sich ziehen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat mit der ICF¹⁷ eine länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person aufgestellt.

Bei dem Personenkreis der chronisch psychisch kranken Menschen sind folgende Fähigkeiten zeitweise oder andauernd wesentlich eingeschränkt:

Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen (Antrieb, Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Emotion, Kognition, usw.)

Beeinträchtigung der Teilhabe und der Aktivitäten (häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Gemeinschaftsleben, usw.)

Beeinträchtigung durch Umweltfaktoren (natürliche Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, Dienste und Systeme).

Diese Beeinträchtigungen des gesamten seelischen Befindens können nicht nur zu Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, sondern überdies zu einem Rückzug aus dem Gemeinschaftsleben führen. Eine so umfassende Einschränkung kann genau wie bei somatischen Erkrankungen zu einer Behinderung werden. Nach § 2 SGB IX sind Menschen „behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“¹⁸

¹⁷ ICF – Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2001, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

¹⁸ Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

4 Ambulante Versorgung

Unstrittig ist die Forderung, psychisch kranke Menschen in ihrem gewachsenen Umfeld zu versorgen, vorrangig also nicht in abgelegenen Fachkliniken, sondern so, dass ihre gesellschaftliche Teilhabe weiter gewährleistet ist. Darum wird zunächst die ambulante Versorgung in Remscheid mit ihren vielen Facetten beschrieben. Denn es geht bei der ambulanten Versorgung nicht nur um Therapie und Medikation, sondern genauso um weitere begleitende Maßnahmen.

4.1 Ärztliche Behandlung

Die ambulante ärztliche Behandlung psychisch Kranker erfolgt derzeit in Remscheid durch 12 niedergelassene Fachärzte¹⁹, von denen ein Kollege allerdings nur neurologische Fälle behandelt, einer überwiegend auf diesem Feld tätig ist und eine Ärztin nur psychotherapeutisch arbeitet. Über Fallzahlen können von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung keine Angaben gemacht werden, und auch die Krankenkassen können keine Daten über die ambulanten Behandlungen in psychiatrischen Facharztpraxen bzw. bei psychiatrischen Diagnosen zur Verfügung stellen.

Selbstverständlich suchen Erkrankte zunächst oft ihren Hausarzt auf. Ist aber eine psychiatrische Diagnose festgestellt, sollte die Behandlung bei Fachärzten den Vorzug haben. Darüber hinaus verschreiben Hausärzte die teuren Psychopharmaka wegen der Budgetierung nur ungern, was zu einer zusätzlichen Frequentierung der Fachärzte führt. Diese Situation hat Wartezeiten bei den Psychiatern zur Folge, die für Betroffene und Angehörige nur schwer nachvollziehbar sind, besonders in akuten Situationen. Gelegentlich bündelt sich die Problemlage in diesen Fällen dramatisch. Psychisch kranke Menschen nehmen ihre Symptome oftmals nicht als Krankheit wahr und lehnen ärztliche Behandlung zunächst ab. Sind sie dann bereit, die für sie angstbesetzte Schwelle zu überwinden, sind Wartezeiten ein wenig hilfreiches Signal.

So schildert die Selbsthilfeinitiative „Seele in Not e.V.“ Fälle, in denen akut Betroffene nicht zeitnah Termine bekommen, und auch das Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ) berichtet von für seine Klienten schwierigen Wartezeiten auf den Beginn einer Behandlung. Der stationäre Versorger, die Evangelische Stiftung Tannenhof, konstatiert aus seiner Sicht einen Engpass, der sich auf die Versorgung mit budgetbelastenden Medikamenten und die Notfallversorgung erstreckt, für die die Institutsambulanz nicht ausreichend einspringen kann. Außerdem wird ein Mangel bei der ambulanten Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung festgestellt. Das ist besonders gravierend für Menschen, die stationär aufgenommen wurden und vorher nie in psychiatrischer Behandlung waren. Aber auch chronisch psychisch Kranke geraten ohne eine sichergestellte ambulante Weiterbehandlung schneller in den Mechanismus einer Drehtür-Psychiatrie.

Es steht also die Frage im Raum, ob in Remscheid genug psychiatrische Fachärzte niedergelassen sind. Es wird von den Fachleuten der Arbeitsgruppe nicht ausgeschlossen, dass die zumindest knappe Versorgung mit Fachärzten zur Verschlimmerung von Erkrankungen führt.

4.2 Psychotherapeutische Behandlung

Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 wurden die psychologischen Psychotherapeuten und die nicht-ärztlichen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in die kassenärztliche Versorgung integriert.

In Remscheid sind derzeit 39 psychologische PsychotherapeutInnen für Erwachsene und außerdem 6 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen niedergelassen. Von den 39

¹⁹ Stand: Frühjahr 2008

Erwachsenentherapeuten bieten 32 Verhaltenstherapie und 7 tiefenpsychologische und psychoanalytische Therapie an. Aktuell sind in Remscheid noch 15 Praxissitze offen, die allerdings im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes zunächst über 10 Jahre für ärztliche Psychotherapeuten reserviert wurden.

Die Psychotherapeuten haben einen Versorgungsauftrag für die Remscheider Bevölkerung. In ihren Praxen behandeln sie das gesamte Spektrum der ambulant behandelbaren psychischen Störungsbilder. Eine generelle Spezialisierung von Therapeuten auf einzelne Störungsbilder gibt es nicht. Zudem ist es auch für die Bewältigung der therapeutischen Arbeit wichtig, eine gemischte Klientel zu haben, also unterschiedliche Störungen zu behandeln. Sollte ein Patient einmal zu einem Behandler kommen, der sich mit einem bestimmten Störungsbild nicht vertraut genug fühlt, wird dieser im Erstgespräch mit dem Patienten besprechen, wie er einen passenden Behandler finden kann.

Psychotherapeutische Behandlung ist mit 50 Minuten pro Therapiegespräch mit einem Patienten erheblich zeitaufwändiger und zudem längerfristig angelegt als die meisten ärztlichen Interventionen. Eine voll ausgelastete Einzelpraxis ist in der Lage, 35 Patientinnen und Patienten pro Woche zu behandeln. Dies ergibt rechnerisch eine Zahl von ca. 1400 Patienten im Bereich Erwachsenentherapie, die von allen Therapeuten zusammen gleichzeitig behandelt werden können.

Die bestehenden Praxen sind durchgängig voll ausgelastet. Häufig kommt es zu Wartezeiten, die je nach terminlicher Flexibilität des Patienten und Therapeutenwunsch u. U. 3 - 4 Monate betragen können. In Krisenfällen sind die Therapeuten bemüht, möglichst schnell eine psychologische Erstversorgung anzubieten. Grundsätzlich freigehaltene Therapieplätze für Krisenfälle sind nicht vorgesehen, die Therapeuten sind gehalten, alle Therapieplätze durchgängig zu vergeben.

Die Patienten melden sich per Telefon und geraten meist an einen Anrufbeantworter, da Therapiegespräche nicht unterbrochen werden und es keine Sprechstundenhilfen gibt. Wenn die Patienten ihre Rufnummer hinterlassen, nehmen die Therapeuten Rücksprache. Üblicherweise gibt es zudem telefonische Sprechzeiten. Versuchsweise angebotene offene Sprechstunden wurden bisher wenig angenommen.

Die Psychotherapeuten tauschen sich bei ihren Treffen regelmäßig darüber aus, wer einen freien Therapieplatz hat. So können die PatientInnen an KollegInnen mit freien Kapazitäten weiter verwiesen werden. Außerdem können sich PatientInnen auch an die Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wenden, die ebenfalls über freie Plätze informiert wird.

Der Zugang zu einer Psychotherapie steht jedem Krankenversicherten offen. Im Rahmen von bis zu 6 Vorgesprächen erfolgt zwischen Therapeut und Patient eine Klärung, ob eine Weiterbehandlung sinnvoll und notwendig ist. Die konkrete Indikation und Prognose zur Psychotherapie wird also immer zwischen Therapeut und Patient erarbeitet und kann nicht von außen über die beiden Beteiligten hinweg erfolgen. Der ärztliche Konsiliarbericht informiert den Psychotherapeuten über den somatischen Befund des Patienten.

Aktuell werden von einzelnen KollegInnen über das normale Therapieangebot hinaus spezielle Angebote, wie z. B. eine Gruppe für adipöse Frauen, erarbeitet. Solche Angebote werden dann über einen Verteiler auch den interessierten Institutionen bekannt gegeben.

4.3 Diskussion der bestehenden ambulanten Versorgungssituation

Die bestehende ambulante Versorgungssituation wird je nach Perspektive unterschiedlich beurteilt. Meist scheint es hierbei weniger um grundsätzliche Kritik an der fachlichen Arbeit der jeweiligen Berufsgruppen oder Institutionen zu gehen, sondern letztlich um die zur Verfügung stehenden allzu knappen finanziellen Ressourcen und damit letztlich Behandlungsmöglichkeiten.

So wäre eine möglichst baldige Klärung von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen wünschenswert, was die noch offenen Praxissitze für ambulante Psychotherapie betrifft, um die noch möglichen Niederlassungen auch zu verwirklichen und dabei gezielt auf Ange-

botsengpässe zu achten, die aktuell besonders im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegen.

Ein von Patientenseite häufig beklagtes Manko sind die langen Wartezeiten bei der Neuaufnahme bzw. Terminvergabe bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten. Beide Gruppierungen haben keinen Notdienst, der akute Fälle sofort versorgen könnte. Die Betroffenen nehmen die hohen Hürden subjektiv als unzumutbar wahr, denn mehrere Versuche der Kontaktaufnahme sind für psychisch Kranke oft eine große Belastung, dass die Gefahr besteht, dass sie ganz ohne Behandlung bleiben.

Für den Bereich der Psychotherapie ist hier allerdings zu bedenken, dass bei manchen Patienten mit akuten oder chronifizierten psychiatrischen Störungen und seelischen Behinderungen keine positive Prognose für ambulante psychotherapeutische Behandlung besteht und andere Hilfsangebote – speziell niederschwelligere - angemessener sind. Gleichzeitig knüpfen besonders manche psychisch schwer kranke Patienten an eine 'richtige' Psychotherapie manchmal leider unrealistische Hoffnungen auf eine grundsätzliche Heilung ihrer Erkrankung und reagieren bei einer Ablehnung der Psychotherapie wegen fehlender ausreichender Prognose stark enttäuscht. Hier wäre es sicherlich hilfreich, besonders die niederschwelligeren Angebote als unter Umständen tatsächlich 'bessere und hilfreichere Alternative' deutlich zu machen.

Auch in der Überleitung von der Klinik in die ambulante Weiterbehandlung werden Schwierigkeiten konstatiert. Sowohl psychologische Psychotherapeuten als auch Fachärzte sind sehr stark ausgelastet, so dass eine unmittelbare Anschlussbehandlung nach dem Klinikaufenthalt nur schwer zu gewährleisten ist. Dies verschärft sich durch den Budget-Druck, unter dem die stationäre Behandlung zunehmend steht. Der Patient wird tendenziell weniger stabil entlassen, braucht umso schneller eine ambulante Anbindung, die durch bereits voll ausgelastete Praxen nur schwer zu realisieren ist. Die bestehende Vernetzung zwischen Klinik und ambulanter Praxis sollte deutlich weiterentwickelt werden.

Ein immer wieder geäußerter Wunsch an die Psychotherapeuten ist es, mehr über Behandlungsschwerpunkte zu erfahren. Hier wäre wünschenswert, das in weiten Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bereits installierte Zentrale Informationssystem für Psychotherapie 'ZIP' auch auf Remscheid und das gesamte Bergische Land auszuweiten. Dort wird über freie Behandlungsplätze und eventuelle Spezialisierungen informiert.

Die Ursachen sind vielschichtig und zum Teil nicht vor Ort zu lösen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zumindest für den Bereich depressiver Erkrankungen und Suchterkrankungen steigt, was nicht losgelöst von den gesellschaftlichen und ökonomischen Veränderungen zu sehen ist. Sozial bedingte individuelle Notlagen wie z. B. Arbeitslosigkeit führen verstärkt zu psychischen Krisen und mindern gleichzeitig die Heilungsressourcen der Betroffenen. Das informell unterstützende System wie z. B. die Familie ist den gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen und federt Krisen nicht mehr im gleichen Maße ab.

Das Gesundheitssystem steht insgesamt unter einem starken Verteilungsdruck. Der Versuch der Kosteneindämmung führt zur Verknappung von Möglichkeiten in der Behandlung:

- Die Klinik muss unter dem ökonomischen Druck der Kostenträger ihre Therapiezeiten verkürzen und kann manchen Patienten nicht völlig austherapieren, was nur zu einer Teilbesserung und vielleicht sogar Chronifizierung beitragen kann.
- Durch die Budgetierung verschreiben Hausärzte die teuren Medikamente für psychisch Kranke nicht mehr, sondern verweisen auf den Facharzt, mit der Folge der Verknappung der Kapazitäten dort.
- Es gibt zwar mehr psychologische Psychotherapeuten, aber sie sind – auch bedingt durch die oben geschilderten gesellschaftlichen Probleme – ausgelastet.
- Im Lauf der letzten Jahre, parallel zum Aufbau der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der Krankenversorgung, sind bestehende Beratungsstellen als Reaktion auf teilweise massive Streichungen von Zuschüssen in großem Stil dazu übergegangen, vorher angebotene psychotherapeutische Versorgung ihrer Klienten immer weiter einzustellen, so dass sich die vermeintlich zugenommene Versorgung durch die neuen Psychotherapiepraxen zumindest relativiert haben dürfte.

- Die psychiatrische Krankenpflege wird auf 4 Monate befristet und bestimmte Krankheitsbilder werden ausgenommen.

In der AG Allgemeinpsychiatrie wurden diese Sachverhalte kontrovers diskutiert und fanden Niederschlag in folgender Handlungsempfehlung:

Es wird eine zeitlich befristete Arbeitsgruppe aus Fachleuten der stationären und der ambulanten Versorgung (Ev. Stiftung Tannenhof / Kassenärztliche Vereinigung / Ärztekammer / Gesundheitsamt) gebildet, die ein Verfahren zur Verbesserung in der Zusammenarbeit der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und der zügigen Anschlussbehandlung erarbeitet.

4.4 Psychiatrische Institutsambulanz

Laut SGB V können psychiatrische Krankenhäuser auch ambulante Behandlungen durchführen. Dieses Angebot richtet sich an die Krankenversicherten, die es wegen der „Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung“²⁰ benötigen. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) gewährleistet damit die ambulante psychiatrische Behandlung bei Vorliegen schwerer Krankheitsbilder.

Als multiprofessionell besetztes Team (Fachärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte) betreut die Ambulanz der Evangelischen Stiftung Tannenhof ca. 1300 Fälle pro Quartal. Dies sind vor allem zuvor stationär aufgenommene Patienten, die hier weiterbehandelt werden.

Die PIA stellt die Patienten-Compliance bei der medikamentösen Therapie sicher und unterstützt die Behandlung durch ihre nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie bietet neben ärztlicher auch psychologische Diagnostik, Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und Verhaltenstherapie) und Beratung an. Innerhalb der Ambulanz kann der Bedarf nach Psychotherapie (2007 wurden 78 PT durchgeführt) nicht gedeckt werden. Darum wäre es wünschenswert, wenn sich die Psychotherapien hin zu den niedergelassenen Therapeuten verlagerten. Die Ambulanz könnte sich dann stärker im Bereich Psychoedukation und Kompetenztraining einbringen.

Neben der Weiterbehandlung der ehemals stationär aufgenommenen PatientInnen ist die Ambulanz erste Anlaufstelle zur Krankheitserkennung und zielgerichteten Behandlung insbesondere bei Suchtpatienten, chronischen Schizophrenien, ausgeprägten Verhaltensstörungen verschiedener Ätiologie, sowie suizidgefährdeten Patienten. Die Statistik über Diagnosen²¹ und Medikamentenverordnungen²² unterstreicht eindrucksvoll, dass in der Institutsambulanz die komplizierteren Fälle behandelt werden.

Die Psychiatrische Institutsambulanz der Evangelischen Stiftung Tannenhof ist pauschal finanziert auf der Grundlage eines Vertrages mit der gesetzlichen Krankenversicherung, der derzeit noch kein Medikamentenbudget vorsieht, so dass auch neuere – und damit teurere – Medikamente zum Einsatz kommen können. Die Pauschalfinanzierung erfordert eine klare Arbeitsstruktur, um fachärztliche Kontakte mindestens alle vier Wochen zu gewährleisten. Erstkontakt und Zuordnung erfolgen über den Oberarzt.

Die Tendenz geht hin zu eher kürzeren, dafür aber regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakten. Darüber hinaus nimmt die Institutsambulanz an einem Modell der Integrierten Versorgung für Depressionserkrankte mit der Technikerkrankenkasse teil. Im Rahmen dieser Maßnahme sind Arztkontakte alle zwei Wochen vorgesehen.

Die PIA ist unterteilt in diagnosebezogene Untergruppen (z. B. Gerontopsychiatrie, Doppel-diagnosen), unterhält eine Gedächtnissprechstunde und beschäftigt sich mit gezielten Angeboten für Migranten.

²⁰ Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 118

²¹ s. Anhang

²² s. Anhang

Sie unterstützt aufsuchend Patientinnen und Patienten, die sich im Bereich Integration der Ev. Stiftung Tannenhof (mit insgesamt 150 Patienten) befinden, Altenheime (Katharinenstift, Haus Abendfrieden, Haus Clarenbach) und macht Hausbesuche über die Sozialarbeiterin und die Krankenschwester bei 40 - 50 Patienten.

4.5 Psychiatrische Krankenpflege

Ziel der psychiatrischen Krankenpflege²³ ist die fachlich fundierte pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld, möglichst unter Einbeziehung der Angehörigen. Psychiatrische Erkrankungen gehen immer mit einer Beziehungsstörung einher. Dies bewirkt, dass viele psychisch erkrankte Menschen in großer Isolation leben und nicht mehr in der Lage sind, für sie lebensnotwendige Kontakte zu knüpfen. Deshalb kommt in der psychiatrischen Pflege dem Beziehungsprozess als notwendige Basis und als Methode der psychiatrischen Pflege eine besondere Bedeutung zu. Die ambulante psychiatrische Pflege kann wiederkehrende Klinikaufenthalte, die von den Betroffenen und dem sozialen Umfeld häufig als stigmatisierend empfunden werden, vermeiden. Die ambulante Pflege soll mit ihren flexiblen, aufsuchenden Angeboten Behandlungsabbrüchen vorbeugen. Auch der für die Patienten sehr belastende Wechsel von psychiatrischen Diensten je nach Behandlungsbedarf soll durch das integrierte Angebot der ambulanten psychiatrischen Pflege vermieden werden. Im Mittelpunkt steht dabei der gelungene professionelle Kontakt. Die Planung der psychiatrischen Pflegemaßnahmen orientiert sich an den Ressourcen und Problemen des Patienten, d.h. es wird eine jeweils individuelle Pflege, die durchdacht, geplant und ausgewertet wird, durchgeführt.

Gesetzliche Grundlage ist der § 37 des SGB V24 sowie die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92, Ziffer 27a25. Dort wird seit Juli 2005 bundesweit geregelt, in welchen Fällen psychiatrische Pflege von den Krankenkassen zu tragen ist. Im Unterschied zur bis dahin gültigen Regelung in Nordrhein-Westfalen ist die psychiatrische Pflege jetzt auf 4 Monate befristet. Für bestimmte Personengruppen, insbesondere Borderline-Erkrankte, ist keine psychiatrische Krankenpflege mehr verordnungsfähig. Für die sich abzeichnenden Probleme haben sich praktikable Lösungsmöglichkeiten durch Ambulant Betreutes Wohnen ergeben.

4.6 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Remscheid ist ein kostenfreies, aus Steuermitteln finanziertes Angebot für alle Bürger, das aufsuchend und multiprofessionell arbeitet. Seine gesetzliche Grundlage findet sich im PsychKG NW²⁶. Ihm obliegt besonders die Betreuung der schwer chronisch psychisch Kranken, denen es schwer fällt, Hilfen für sich einzufordern.

Der SpDi des Gesundheitsamtes Remscheid ist besetzt mit einem Arzt für Psychiatrie und zwei Diplom-Sozialarbeitern mit Zusatzausbildung Sozialtherapie bzw. Gemeindepsychiatrie. Bei der Arbeit des SpDis stehen nicht allein medizinische Vorstellungen und Handlungsmuster im Vordergrund, auch wenn sich die Rahmenbedingungen der Arbeit am Krankheitsbegriff ausrichten. Sozialarbeiterische Sichtweisen rücken gleichwertig in Planung und Handlung mit ein.

Der SpDi hat Grundsätze für seine Arbeit entwickelt, um die Klientel zu erreichen und angemessen versorgen zu können:

²³ Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) bündelt die Interessen der Fachpflege, s. auch <http://www.bapp.info/bapp.htm>

²⁴ http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/_37.html

²⁵ <http://www.g-ba.de/downloads/36-232-11/RL-Haeusliche-2006-12-19.pdf>

²⁶ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei Psychischen Krankheiten NW

- Das Angebot ist kostenfrei und damit niedrigschwellig. Eine begründete Vermutung über eine psychische Erkrankung reicht aus, um das Angebot wahrnehmen zu können. Es gibt keine Antragsstellung und kein kompliziertes Aufnahmeverfahren.
- Die aufsuchende Arbeit bildet einen Schwerpunkt, da die Eigenmotivation und - damit zusammenhängend - die Mobilität der KlientInnen vor allem zu Beginn stark eingeschränkt ist. Im Idealfall könnten dann bei wachsendem Interesse des Klienten am Kontakt spätere Gespräche in der Beratungsstelle geführt werden.
- Eine Psychiatrisierung der Klienten soll vermieden werden. Eigenhilfe und nicht-psychiatrische Hilfen haben Vorrang.
- Das Nutzen andere Angebote des psychiatrischen Systems soll im Vordergrund stehen und gefördert werden.
- Um innerhalb eines Versorgungssystems adäquate und eine abgestimmte Hilfe leisten zu können, ist Kooperation mit anderen Anbietern notwendig.

Die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes umfassen u. a.:

- Beratung seelisch Behinderter, psychisch Kranker, Abhängigkeitskranker, ihrer Angehörigen und ihres Umfeldes

Im Sozialpsychiatrischen Dienst kann sich o. g. Personenkreis unabhängig von einer Betreuung durch den SpDi oder andere Stellen über psychische Erkrankungen, andere Störungen und Hilfsmöglichkeiten informieren. Ziel dieser Beratung ist zum einen die Problemdefinition (einschließlich Diagnostik), zum anderen das Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten. Dabei kann es sich um einmalige oder aber auch um mehrere Kontakte handeln. Grundsätzlich ist die Beratung jedoch individuell zeitlich begrenzt. Auf Wunsch ist die Beratung anonym. In der Regel liegen weitere Schritte nach der Beratung in der Verantwortung des Klienten; nur bei Vorliegen einer akuten oder mittelfristig gefährdenden Situation wird der SpDi von sich aus tätig.

- Begleitung / Betreuung

Unter Begleitung / Betreuung werden die Hilfen verstanden, die über die beschriebene Beratung hinausgehen. Das heißt, dass die Betroffenen in der Regel nicht in der Lage sind, weiteren niederschweligen Angeboten nachzukommen, mit einem Kontakt zum SpDi jedoch einverstanden sind. Die Begleitung / Betreuung dient der Sicherung notwendiger sozialer Rahmenbedingungen (z. B. Sicherung des Wohnraumes, materielle Absicherung, Gesundheitsfürsorge, Organisation des Alltags, etc.) Zum anderen soll während der Begleitung / Betreuung auch immer darauf hingearbeitet werden, dass die Klienten in die Lage versetzt werden andere höherschwellige Hilfsangebote anzunehmen. Die Begleitung / Betreuung ist im Gegensatz zu der Beratung grundsätzlich zeitlich unbegrenzt, wird auf ihre Notwendigkeit im Rahmen von Fallbesprechungen aber regelmäßig überprüft.

- Krisenintervention

Krise bedeutet die Gefährdung des seelischen und psycho-sozialen Gleichgewichtes eines Individuums durch innere und/oder äußere Belastung. Als Risikofaktoren für die Entwicklung von Krisen gelten vor allem lebensgeschichtliche Belastungen, seelische Erkrankungen und soziale Belastungen. Krisen äußern sich in erster Linie durch den Zusammenbruch der üblichen Bewältigungsstrategien und durch Störungen im Denken, Erleben und Verhalten. Im ungünstigen Fall entwickelt sich dadurch bedingt eine Fremd- bzw. Eigengefährdung. Für viele Menschen in Krisen besteht die Gefahr der Chronifizierung, der Entwicklung einer psychischen Störung oder der Suchtentstehung, bis hin zur Selbsttötung.

Im Rahmen der Krisenintervention klärt der SpDi auch u. U. in mehreren Kontakten ob und inwieweit eine eigen- bzw. fremdgefährdende Situation vorliegt, und er leitet geeignete Maßnahmen ein, die den Betroffenen bzw. sein Umfeld schützen. Dabei kann es sich auch um Maßnahmen handeln, die gegen den Willen des Betroffenen eingeleitet werden (Zwangsunterbringung nach dem PsychKG; Anregung einer Betreuung nach dem BGB).

Krisen haben in der Behandlung Vorrang vor den anderen Aufgaben des SpDi.

4.7 Ambulante Ergotherapie

Für bestimmte Krankheitsbilder wie Depressionen, Angststörungen und bestimmte Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline) ist ambulante Ergotherapie ein sinnvoller Teil der Behandlung. Ziel ist das Training von Belastbarkeit im Arbeitsbereich und die Entwicklung einer Perspektive für die Betroffenen. Erfahrung in der Behandlung psychisch Kranker ist Voraussetzung für einen Erfolg der Ergotherapie, d.h. die ergotherapeutische Praxis muss sich in ihrem Angebot auf die PatientInnen ausrichten. Dazu gehören individuelle Diagnostik, Zielorientierung und angemessene Schulungsmaßnahmen. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) kann ergänzend eingesetzt werden. Ergotherapie wird als Einzel- und Gruppentherapie mit individuell unterschiedlicher Frequenz angeboten. Die Ergebnisse sind gut bis hin zur Vermittlung in den 1. Arbeitsmarkt.

Grundsätzlich kann der behandelnde Facharzt 4 x 10 Verordnungen für ambulante Ergotherapie ausschreiben, allerdings zu Lasten des Heilmittelbudgets. Wenn nach 3-monatiger Pause die Weiterführung der Ergotherapie eine Integrationsperspektive eröffnet, kann es zu weiteren Verordnungen kommen.

In Remscheid gibt es keine ergotherapeutische Praxis, die auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch Kranker eingerichtet wäre. Remscheider Patienten besuchen 2 Praxen in Wuppertal auf. Das Angebot in Trägerschaft der Bergischen Diakonie Aprath bietet Beschäftigung im gewerblichen Bereich, die Praxis Schulz orientiert sich auf den nicht-gewerblichen Bereich. Ein gravierendes Problem sind die Fahrtkosten, die das Angebot hochschwellig machen. Bei einer Lösung dieses Problems würden sicher mehr PatientInnen (geschätzt: 30 – 40 Remscheider zurzeit in ergotherapeutischer Behandlung in Wuppertal) davon Gebrauch machen, was aber für die überweisenden Ärzte Budget-Überschreitungen nach sich ziehen dürfte.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung Depression mit der Technikerkrankenkasse wird eine Aufnahme ambulanten Ergotherapie als Modul angestrebt. Eine Ausweitung auf andere Diagnosegruppen und Krankenkassen sollte Ziel der weiteren Entwicklung sein.

Für die Klienten des Ambulanten Betreuten Wohnens gibt es seit ca. einem Jahr die Möglichkeit von ambulanten tagesstrukturierenden Maßnahmen (Leistungstyp 24) bei stationären Trägern, die kreativtherapeutisch, aber auch arbeitstherapeutisch sein können. Derzeit gibt es eine Gruppe von 10 - 12 PatientInnen im Otto-Ohl-Haus für 2 Stunden täglich. Dort werden sowohl hauswirtschaftliche als auch Montagetätigkeiten angeboten und auch die Gruppenfähigkeit trainiert. Der Vorteil der Montagearbeiten sind die 1 € – 1,50 € Therapiegeld, die durch die Einnahmen erwirtschaftet werden können. Die Teilnehmenden kommen meist aus dem Kreis der BeWo-Betreuten der Evangelischen Stiftung Tannenhof; hier können Fahrtkosten übernommen werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Einbeziehung von ambulanten Ergotherapie in die Behandlung vor allem für die Integration in Arbeit erfolgreich ist. In Remscheid stehen einer größeren Inanspruchnahme zwei Hürden im Wege, die Fahrtkosten und die Grenzen des Heilmittelbudgets. Es wird darum eine Lösung durch folgende Handlungsempfehlung angeregt:

Die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz führt eine Befragung zum Bedarf nach Ergotherapie für psychisch Kranke bei den stationären und ambulanten Fachärzten durch, um eine solidere Grundlage für die Planung zu haben. Die AG Allgemeinpsychiatrie wird darauf aufbauend mit allen Beteiligten Lösungsmöglichkeiten erarbeiten.

5 Stationäre Versorgung

5.1 Stationäre Behandlung

Den stationären Pflichtversorgungsauftrag für die Städte Remscheid und Wuppertal nimmt die Evangelische Stiftung Tannenhof wahr. Sie wurde 1896 durch den Provinzialausschuss für Innere Mission im Rheinland, das heutige Diakonische Werk, gegründet. Damals beschloss man, eine Evangelische Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke, die gleichzeitig „heilbare psychisch Kranke“ aufnimmt, mit allen Mitteln zu fördern.

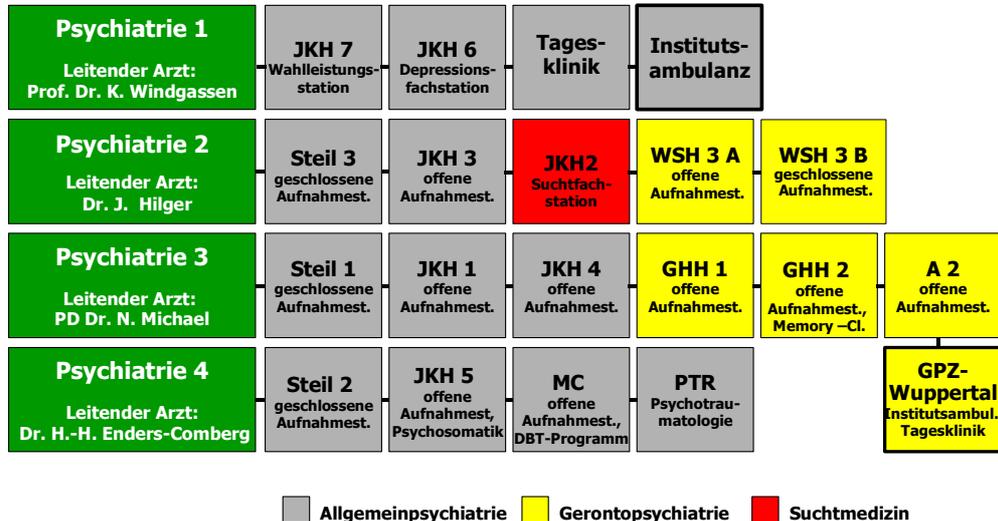
Heute ist die Klinik ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie mit 644 stationären Behandlungsplätzen.

Die psychiatrische Behandlung in der Evangelischen Stiftung Tannenhof erfolgt sowohl sektoriert (nach der Herkunft der Behandelten) als auch spezialisiert (nach verschiedenen Behandlungsformen).

So verfügt die Klinik u. a. über Fachstationen für Psychosomatik, für depressiv Erkrankte, für Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen, für Suchtkranke, für Psychotraumatologie und Langzeit-Rehabilitation sowie das Zentrum für Arbeitsdiagnostik und berufliche Integration (ZABI). Die Abkürzungen der Stationen beziehen sich auf die Namen der Häuser auf dem Klinikgelände.

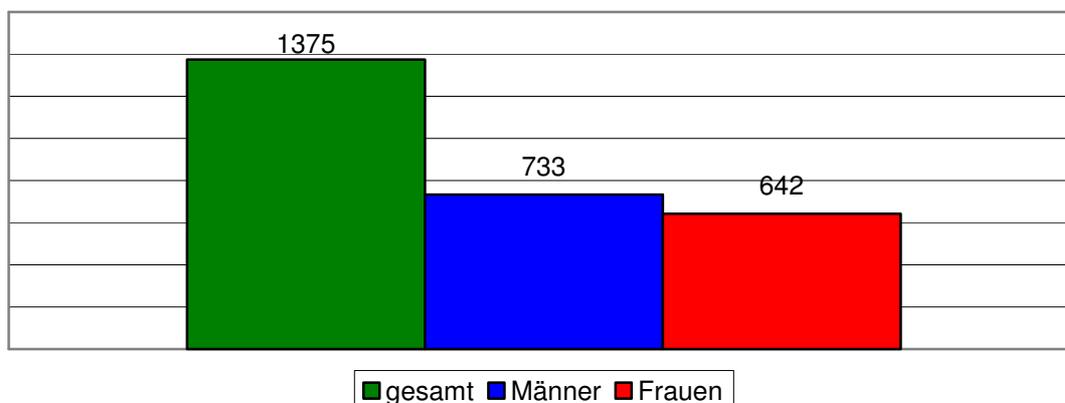


Gliederung der psychiatrischen Klinikbereiche der Ev. Stiftung Tannenhof



Den Prinzipien der gemeindenahen Versorgung entsprechend ist die Klinik seit 1979 für die Bereiche Remscheid, Wuppertal-Ost und Wuppertal-West sektoriert, d. h. die Klinikbereiche werden für die Bürgerinnen und Bürger getrennt, so dass sich auch die Kosten für eine Kommune darstellen lassen. Eine lupenreine Einordnung nach Herkunft lässt sich allerdings nicht vornehmen. Vor allem im Langzeitbereich gibt es BewohnerInnen, die ursprünglich nicht aus Remscheid kamen, jetzt aber durch ihren langjährigen Aufenthalt in der Klinik Remscheider Bürger geworden sind. Mit dieser Einschränkung beziehen sich die nachfolgenden Zahlen auf Remscheider Patientinnen und Patienten.

Fallzahlen Remscheider Bürger in der Ev. Stiftung Tannenhof, 2007, Entlassungen



Im Jahr 2007 wurden 1375 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Es ist zu beachten, dass in der Statistik die Entlassungen gezählt werden, nicht die Personen. Es ist durchaus möglich, dass eine Person mehrfach aufgenommen und damit mehrfach gezählt wurde. Bei der vorhandenen Bettenkapazität ergibt sich eine Überbelegung von 110 – 115%. Die Kostenerstattung erfolgt aber nicht nach der tatsächlich erfolgten Behandlungsdauer, sondern nach dem Bettenschlüssel, so dass bei Überbelegung nur ein Teil der Kosten erstattet wird.

Der mehrdimensionale Behandlungsansatz in der Evangelischen Stiftung Tannenhof umfasst allgemein-körperliche, neurologische, medikamentöse, psychotherapeutische, ergo-, physio-, bewegungs- und soziotherapeutische sowie kreativitätsfördernde und körpertherapeutische Maßnahmen. Psychotherapeutisch besteht ein störungsspezifischer Ansatz, bei dem den Bedürfnissen des einzelnen Patienten entsprechend kognitiv-behaviorale (verhaltenstherapeutisch), tiefenpsychologisch fundierte und systemische Techniken angewandt werden.

In der Evangelischen Stiftung Tannenhof sind derzeit etwa 50 ÄrztInnen, 15 PsychologInnen und 350 Pflegedienst-MitarbeiterInnen sowie Arbeits-, Ergo-, Musik- und Bewegungstherapeuten beschäftigt.

5.2 Wohnheime

5.2.1 Augusta-Hardt-Heim

Das Augusta-Hardt-Heim ist eine Komplexeinrichtung für psychisch kranke Menschen. Sie bietet ambulante und stationäre Hilfen in den Bereichen Wohnen und Tagesstruktur an.

Das Heim hält Wohnheimplätze für 64 chronisch psychisch kranke Frauen und Männer im Stadtteil Lennep vor; Träger der Augusta-Hardt-Heim gGmbH sind die Evangelische Kirchengemeinde Lennep und die Evangelische Stiftung Tannenhof.

In acht Hausgruppen an drei Standorten, sechs Außenwohngruppen und zwei Trainingswohnungen finden Menschen, die nicht mehr stationärer Behandlung bedürfen, aber aufgrund ihrer psychischen Problematik nicht alleine wohnen können, ein - falls notwendig - dauerhaftes Zuhause.

Den BewohnerInnen wird Hilfestellung und individuelle Unterstützung in allen Lebensbereichen angeboten, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Ziel der Arbeit ist es, den Lebensalltag besser zu bewältigen, die persönliche Entwicklung zu fördern und größtmögliche Selbständigkeit zu erreichen. Dies kann sowohl zu einer sinnvollen Lebensperspektive innerhalb des schützenden Rahmens des Augusta-Hardt-Heimes führen als auch zur Vorbereitung auf ein eigenständiges Wohnen.

Für die notwendige Betreuung rund um die Uhr sorgt ein aus verschiedenen Berufsgruppen zusammengesetztes Team, das u. a. aus Krankenpflegekräften, SozialpädagogInnen, Hauswirtschaftspersonal und ErgotherapeutInnen besteht. Lebenspraktisches Training, Einzel- und Gruppengespräche, Freizeitgestaltung, hauswirtschaftliche Anleitung, Arztbesuche und Behördengänge sind wichtige Bestandteile der Tagesstruktur der BewohnerInnen.

Zu den Angeboten zählen ebenso die stundenweisen Tätigkeiten in der dem Haus angegliederten Ergotherapie und Arbeitstherapie. Hier werden durch den gezielten Einsatz handwerklicher Techniken und Materialien die Aktionsfähigkeit der BewohnerInnen erhalten oder erweitert. Kreativität wird gefördert, wichtige Grundfähigkeiten wie Konzentration und Ausdauer werden trainiert.

Ambulant Betreutes Wohnen wird in erster Linie im Sinne der Betreuungskontinuität Menschen angeboten, die nicht mehr der stationären Versorgung unseres Hauses bedürfen.

Im Bau befindet sich ein Haus mit 10 Apartments und einer Gemeinschaftswohnung zur Ergänzung des Angebotes im Ambulant Betreuten Wohnen. Für den Sommer dieses Jahres ist der Bezug geplant.

5.2.2 Der Bereich Integration der Evangelischen Stiftung Tannenhof

In der Evangelischen Stiftung Tannenhof wird mit dem Bereich Integration ein spezialisiertes Wohn- und Betreuungsangebot für ca. 180 chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen zur Verfügung gestellt.

Ziel ist die Unterstützung und Förderung erwachsener psychisch behinderter Menschen in den grundlegenden Lebensbereichen „Wohnen, Arbeit, Freizeit, soziale Beziehungen.“ Die Leistungen orientieren sich dabei an dem individuellen Hilfebedarf der Betroffenen. Auf Veränderungen im Hilfebedarf wird so flexibel wie möglich reagiert, hierbei wird auch eine größtmögliche personelle Kontinuität im Betreuungsverlauf angestrebt. Das Angebot des Bereichs Integration richtet sich also speziell an Menschen, die aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung (Psychose, schizoaffektive Psychose, schwere Persönlichkeitsstörung, usw.) stark beeinträchtigt bzw. behindert sind. Teilweise sind sie schon sehr lange erkrankt und haben gescheiterte z. T. mehrfache Versuche in komplementären Wohneinrichtungen hinter sich. Weiterhin gibt es für Menschen mit sog. Doppeldiagnose (d.h. neben einer Suchtproblematik bestehen weitere psychiatrische Erkrankungen wie Psychose usw.) ein spezielles Hilfeangebot.

Grundsätzlich sollen die angesprochenen Menschen befähigt werden, am gesellschaftlichen Leben, soweit eben möglich, teilzunehmen. Dabei geht es in der Hauptsache darum, sich an den gewünschten und angestrebten Lebensformen zu orientieren und diese in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen zu verwirklichen.

Derzeit umfasst der Bereich Integration folgende Wohnbereiche:

fünf Wohnbereiche innerhalb des Geländes der Evangelischen Stiftung Tannenhof (Haus A1, Wilhelm-Sauer-Haus 1, 2A, 2B und 4) mit insgesamt 110 Plätzen, zwei Wohnbereiche, in denen 48 BewohnerInnen in insgesamt 12 Wohngruppen zu jeweils vier Personen leben (Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Hildegard-von-Bülow-Haus mit dem Otto-Ohl-Haus),

- ein Wohnbereich, in dem 26 Bewohner in insgesamt 6 Wohngruppen leben (Außentrainingswohngruppen). Hierbei handelt es sich um ein Mehrfamilienhaus und drei Einfamilienhäuser außerhalb des Klinikgeländes,
- und den Bereich Ambulant Betreutes Wohnen, durch den Klienten betreut werden, die in eigenen Wohnungen im Versorgungsgebiet der Evangelischen Stiftung Tannenhof leben²⁷.

²⁷ vgl. Kapitel 5.1

Diese verschiedenen Wohnformen unterscheiden sich in ihren Milieus und Unterstützungsmöglichkeiten für die einzelnen Bewohner. Es reicht vom geschützten Rahmen mit sehr dichter Betreuung über kleinere Wohngruppen mit Einzelzimmern bis hin zu dezentralen Wohnangeboten (außerhalb des Klinikgeländes) mit weniger Betreuung. Die Betreuung und die Rahmenbedingungen in den Wohnbereichen richten sich nach dem individuellen Bedarf und nach dem, was dem Einzelnen dienlich ist. Alle Gruppen sind gemischtgeschlechtlich belegt. Die individuelle Gestaltung der Zimmer durch die Bewohnerinnen und Bewohner wird im Rahmen der Möglichkeiten gefördert. Eigenständige abgeschlossene Wohnungen sind in den Abteilungen Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Hildegard-von-Bülow-Haus mit dem Otto-Ohl-Haus und den Außentrainingswohngruppen gegeben.

Für jeden einzelnen Bewohner wird ein individueller Hilfeplan aufgestellt, so dass gezielt Unterstützung gegeben und beispielsweise Tätigkeiten, die in einem Haushalt anfallen (z. B. Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Ordnung halten, Wäschepflege usw.) konkret geübt und erlernt werden können. Die Programme der einzelnen Wohnbereiche sehen eine Vielzahl von Aktivitäten vor, die die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern. Wohnbereichsübergreifend besteht ein differenziertes Angebot tagesstrukturierender Maßnahmen.

Die Mitarbeiterteams setzen sich zusammen aus (Psychiatriefach-)Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen, PflegehelferInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ErgotherapeutInnen.

6 Komplementäre Hilfen

Komplementäre Hilfen bezeichnen professionelle ambulante und stationäre Unterstützungsmaßnahmen in den Funktionsbereichen Wohnen, Freizeit und Arbeit. Sie ergänzen einerseits die ambulanten und stationären Angebote der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung, andererseits stehen sie in Verbindung zu nichtprofessionellen Hilfesystemen (z. B. Selbsthilfe) und den Einrichtungen der allgemeinen Gesundheits- bzw. der Sozialversorgung. Angebote und Hilfen in den Bereichen Wohnen, Freizeit und Arbeit können je nach Problemstellung oder Schweregrad bei jeder psychischen Störung Bedeutung erlangen. Besondere Bedeutung kommt den komplementären Hilfen allerdings bei schweren psychischen Störungen bzw. bei psychischen Behinderungen zu. Letztere sind definiert über eine länger als 6 Monate andauernde Störung der Teilhabe an der Gesellschaft, die sich als Störung in den Bereichen Wohnen, soziale Teilhabe und Teilhabe an Arbeit bestimmen lässt. Die Feststellung einer Behinderung begründet dann auch Leistungsansprüche beim zuständigen Sozialleistungsträger. Es sei allerdings betont, dass bei leichten und mittelschweren psychischen Erkrankungen die Gestaltung von Wohnen, Freizeit und Arbeit „normale“ Lebensvollzüge darstellen. Ggf. notwendige Hilfen erfolgen ganz überwiegend entweder im Rahmen von familiären oder freundschaftlichen Unterstützungssystemen oder durch allgemeine Beratung. Selbst bei schweren psychischen Erkrankungen oder Behinderungen sind komplementäre Hilfen nur in einem Teil der Fälle oder nur vorübergehend notwendig.

6.1 Wohnhilfen

Seit der Psychiatriereform in den 70er Jahren hat sich ein ausdifferenziertes und flexibles System an Wohnhilfen etabliert. Einen besonderen Schub erhielt die Entwicklung 2003 mit der Übernahme der (Kosten)verantwortung für das Ambulant Betreute Wohnen durch den Landschaftsverband Rheinland. Es lassen sich langfristige stationäre Behandlung, die inzwischen selten geworden ist, therapeutische Wohnheime, Übergangswohnheime, Außenwohngruppen, Wohngemeinschaften und Ambulant Betreutes Wohnen unterscheiden²⁸. So lässt sich quasi eine Kette von Versorgungsformen verschiedener Betreuungsintensität darstellen. In der Praxis werden bei psychischen Behinderungen nicht alle, aber meistens doch zwei oder drei dieser Unterstützungsformen genutzt. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das insbesondere in den letzten Jahren Bedeutung erlangt hat, ist die Unterscheidung nach fachlichem Hintergrund der Anbieter. Alle Anbieter sind den fachlichen Standards moderner psychiatrischer Versorgung verpflichtet, haben aber oft ein spezielles Profil, das sich ergibt durch die Anbindung an die Klinik, den fachlichen Hintergrund eines psychiatrischen Pflegedienstes, die Erfahrung auf dem Gebiet geistig Behinderter, Erfahrungen auf dem Gebiet der Selbsthilfe oder einer anthroposophischen Tradition. Die Vielfalt und die Wahlmöglichkeiten kommen den Betroffenen, über den fachlichen Austausch der Anbieter aber auch dem gesamten System der Wohnhilfen in Remscheid zugute.

Seit 2003 hat das Ambulant Betreute Wohnen besondere Bedeutung erlangt, weshalb hier gesondert darauf eingegangen werden soll. Ambulant Betreutes Wohnen soll dem psychisch behinderten volljährigen Menschen ermöglichen, ein weitestgehend eigenständiges und normales Leben außerhalb klinischer und stationärer Einrichtungen zu führen. Es erfolgt als aufsuchende Hilfe in der eigenen Wohnung des Betroffenen. Während vor 2003 die Finanzierung durch den LVR und die Kommune erfolgte, was in Remscheid zu einer Beschränkung auf 40 unterstützte Personen führte, liegt seitdem die alleinige Verantwortung beim LVR. Verfolgt wird damit ein doppeltes Ziel: Die gemeinsame Verantwortung für stationäre und ambulante Hilfen soll den ambulanten Bereich stärken, Übergänge in die ambulante Versorgung erleichtern oder eine stationäre Versorgung gar nicht erst notwendig machen.

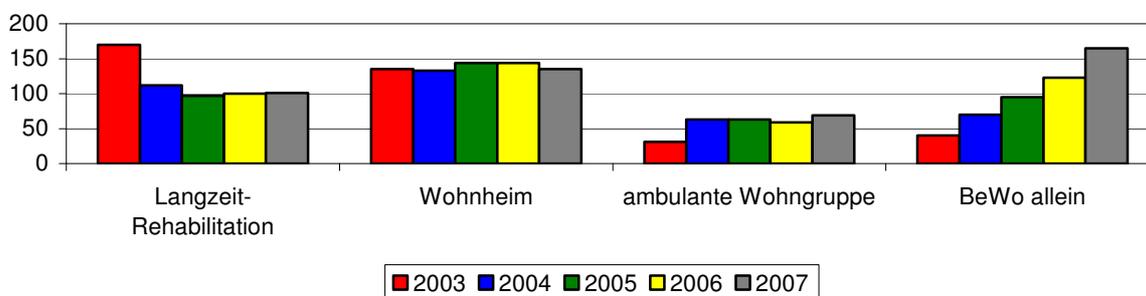
²⁸ vgl. auch Kapitel 5.2

Damit einher gehen soll eine Stärkung der Rechte des Betroffenen durch formalisierte Orientierung an seinen Wünschen und Bedürfnissen (personenbezogene Hilfen).

Die gesetzliche Grundlage der Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens ist der § 53 SGB XII. Voraussetzung zur Leistungsgewährung ist das Vorliegen einer Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX. Seit Mitte 2008 wird das Vorliegen der Behinderung auf der Grundlage von vorliegenden Unterlagen und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte durch den LVR, ggf. durch Einschaltung externer Gutachter, überprüft. Die notwendigen Hilfen werden mit dem Betroffenen im Rahmen einer Hilfeplanung besprochen und festgelegt. Über die Bewilligung entscheidet dann die Hilfeplankonferenz. In Remscheid nehmen an der Hilfeplankonferenz neben dem LVR das Gesundheitsamt, das Sozialpsychiatrische Zentrum sowie Vertreter stationärer und ambulater Leistungsanbieter statt. Die Eingliederungshilfen werden nach dem Subsidiaritätsprinzip vergeben, d. h. es ist zunächst der Leistungsnehmer kostenpflichtig, der überörtliche Sozialhilfeträger wird erst herangezogen, wenn die Betroffenen nicht zahlen können. In den Fällen, in denen Betroffene über Einkommen oder Vermögen verfügen, kommt es häufig zur Ablehnung der unbedingt notwendigen Hilfen.

In Remscheid haben sich 2003 wesentliche Anbieter von Wohnhilfen zum Gemeindepsychiatrischen Wohnverbund zusammengeschlossen. Ziel ist es unter Berücksichtigung der gemeindepsychiatrischer Prinzipien angemessene und ausreichende Wohnhilfen anzubieten. Die Entwicklung der Hilfen soll in fachlicher und organisatorischer Hinsicht beobachtet und begleitet werden.²⁹

Entwicklung der Wohnangebote für psychisch Kranke (inkl. Suchtkranke) in Remscheid 2003-2007



Seit 2003 verzeichnet Remscheid, wie im übrigen auch alle anderen Kommunen in NRW, einen deutlichen Anstieg an BeWo-Plätzen³⁰. Im Jahr 2003 gab es 40 Plätze mit festem Stundenkontingent, die von einem einzigen Leistungserbringer, dem Sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ), angeboten wurden. Im Jahr 2007 waren es bereits 112 Betroffene, die dann mit flexiblen, dem persönlichen Bedarf angepassten Zeitkontingenten von insgesamt 7 Anbietern³¹ betreut wurden. Der Anstieg korrespondiert nur zu einem kleineren Teil mit einem Abbau stationärer Betreuungsplätze, die ab 2004 weitgehend konstant blieben. Vielmehr profitieren zunehmend Menschen, die zuvor diese Hilfe nicht erhalten hatten, von der Ausweitung des Angebotes.

Dieser Umstand wie auch die gestiegene Zahl der Anbieter legen es nahe, sich mit Standards für bestimmte Störungsbilder und Qualitätskriterien der geleisteten Hilfen auseinander zu setzen. Die AG Allgemeinpsychiatrie empfiehlt:

²⁹ vgl. Kooperationsvereinbarung des GPWV im Anhang

³⁰ vgl. Dokumentation Wohnhilfen im Anhang

³¹ vgl. Liste der Anbieter im Anhang

Der Gemeindepsychiatrische Wohnverbund entwickelt unter Beteiligung der Selbsthilfe Qualitätsstandards für das Ambulant Betreute Wohnen.
Der Gemeindepsychiatrische Wohnverbund analysiert unter Einbeziehung des Landschaftsverbandes und der Anbieter die Selbstzahlerproblematik im Betreuten Wohnen.

6.2 Tagesstrukturierende Hilfen

Unter tagesstrukturierenden Hilfen werden professionelle Angebote verstanden, die die Betroffenen unterstützen, ihren Alltag bzw. ihre Freizeit zu gestalten. Die Abgrenzung erfolgt dabei einerseits zu Arbeitsangeboten, da sich gezeigt hat, dass berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für einen Teil der Betroffenen (oder zu einem bestimmten Zeitpunkt) eine Überforderung darstellen. Andererseits erfolgt die Abgrenzung zu Angeboten der Selbst- oder Laienhilfe, die oft zu wenig strukturiert bzw. nicht auf Förderung der Kompetenzen ausgerichtet sind.

Die Konzeptionalisierung der tagesstrukturierenden Angebote ist dabei noch nicht so weit fortgeschritten wie in anderen Bereichen der komplementären Hilfen. Allgemeine Zielsetzungen sind Stabilisierung, kommunikative Stützung und Hilfen zur Bewältigung von Vereinsamung und von Verwahrlosung bedrohten Alltags. Ein gesetzlicher Anspruch und damit auch die Grundlage einer Finanzierung besteht für Menschen mit einer (psychischen) Behinderung durch den § 53 SGB XII.

Ausgehend von den Feststellungen der Expertenkommission von 1988 werden drei Forderungen an Tagesstrukturierung gestellt:

- Tagesstrukturierung soll nicht isoliert, sondern als Teil eines Gesamtkonzepts angeboten werden.
- Angebote sollen an einem festen Ort (als Anlaufstelle) stattfinden.
- Professionelle und ehrenamtlich-bürgerschaftliche Angebote sollen miteinander verzahnt werden.

Auf der Grundlage dieser Empfehlung bietet das Sozialpsychiatrische Zentrum SPZ in Remscheid für die beschriebene Klientel im Rahmen einer Tagesstätte für Menschen mit psychischen Erkrankungen 15 Plätze an, die vom Landschaftsverband finanziert werden. Da die Teilnahme der Menschen am dortigen Programm oft über mehrere Jahre andauert, entstehen immer wieder lange Wartelisten, so dass längst nicht alle Frauen und Männer teilnehmen können, für die es sinnvoll wäre. Eine zusätzliche Schwierigkeit bei der Teilnahme am Tagesstättenprogramm besteht bei einer Einschränkung der Mobilität und starken Antriebsstörungen, da keine Möglichkeit eines Fahrdienstes (Mobilitätsassistenz) besteht.

Im Rahmen des Ausbaus ambulanter Unterstützung und im Hinblick auf das Ziel, auch Menschen, die bislang auf stationäre Hilfen angewiesen waren, selbstständiges Wohnen zu ermöglichen, fördert der LVR gegenwärtig den Ausbau tagesstrukturierender Angebote. Ab Oktober 2008 werden dazu zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt, über deren Verfügung im Rahmen der Hilfeplankonferenz entschieden wird. Die zusätzlichen Möglichkeiten sind sehr zu begrüßen, die genaue fachliche Ausgestaltung und insbesondere das Problem, inwiefern die schwerer Beeinträchtigten tatsächlich profitieren, wird zu beobachten sein. Der LVR hat dieses Programm zunächst für ein Jahr befristet.

In der Praxis stellt sich zusätzlich oft auch das Problem, dass Menschen mit psychischen Störungen unterhalb der Schwelle einer Behinderung Möglichkeiten der Begegnung, Freizeitgestaltung und sinnvoller Tätigkeit bedürfen. Die Fachleute der Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie weisen darauf hin, dass sich die gesellschaftlichen Bedingungen seit den 80-er Jahren verändert haben. So haben sich Familienstrukturen und Anforderungen des Berufs-

lebens verändert. Konzeptionelle Fragen und Möglichkeiten der Finanzierung sind hier noch weitgehend ungeklärt.

6.3 Arbeit

Die Ausführungen dieses Kapitels fußen auf dem „Kölner Instrumentarium“, das entwickelt wurde, um das System der beruflichen Integration psychisch kranker und behinderter Menschen „in einer Region zu beschreiben und zu erkennen, welche Angebote vorhanden und gut zugänglich sind und welche noch entwickelt werden müssen“³²

Im Mittelpunkt der beruflichen Integrationsarbeit steht die individuelle Lebenszielplanung der Betroffenen, die nach einer psychischen Erkrankung oft ganz neu erfolgen muss.

Es schließen sich idealtypisch 3 Stufen des Vorgehens an:

Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

Integration in Arbeit

6.3.1 Vorbereitung auf eine berufliche Rehabilitation / Belastungserprobung

Hier geht es darum herauszufinden, was für die psychisch kranken Menschen überhaupt möglich ist. Eine einheitliche Zuständigkeit und gesetzliche Regelung für die Kostenübernahme gibt es nicht. Kostenträger können z. B. die Krankenkassen sein (im stationären Bereich oder in ambulanten Praxen für Arbeitstherapie) oder der überörtliche Sozialhilfeträger in Tagesstätten (sofern nicht aufgrund der Einkommensverhältnisse Selbstzahlung erforderlich ist). Es kann sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (vgl. § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX) handeln. Die Belastungserprobung dient dann vor allem der Feststellung der psychischen Belastbarkeit für eine spätere berufliche Bildungsmaßnahme oder Arbeitstätigkeit. Sie kann aber auch Analysen zu den intellektuellen Fähigkeiten des behinderten Menschen und Analysen hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten und Einschränkungen am Arbeitsplatz umfassen. Mit der Belastungserprobung wird zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation eine Beziehung hergestellt zwischen der Arbeitsbelastung (Arbeitsanforderungen) und der Fähigkeit des einzelnen Menschen, diese körperlich und seelisch zu bewältigen. Es gibt folglich Überschneidungen mit der Abklärung der beruflichen Eignung (Eignungsfeststellungsmaßnahme) und der Arbeitserprobung. Die Belastungserprobung ist typischerweise eine Vorstufe zur beruflichen Rehabilitation. Sie kann aber auch Hinweise zur (stufenweisen) Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz liefern. Leistungsverpflichtet sind Unfall- bzw. Rentenversicherungsträger (§ 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII und § 15 Abs. 1 SGB VI) und (siehe oben) Krankenkassen (§ 42 SGB V).

In Remscheid ist die Belastungserprobung für stationär/teilstationär behandelte PatientInnen im ZABI möglich. Allerdings können nicht alle PatientInnen im Zuge möglichst kurzer und kostengünstiger Verweildauer davon profitieren, denn das Instrumentarium ist zeitintensiv und kann dadurch nicht immer zum Einsatz kommen. Ambulante Erprobung bietet das Sozialpsychiatrische Zentrum in der Tagesstätte an.

Das LESOTA-Werk bietet (nach individueller Absprache) im Rahmen unverbindlicher Hospitationen und Praktika die Möglichkeit der Belastungserprobung, allerdings ohne Refinanzierung, denn es gibt keinen Kostenträger für eine Hospitation oder ein Praktikum. Sie erfolgt bei den psychisch erkrankten und behinderten Menschen, die voraussichtlich für eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) in Frage kommen. Derzeit gibt es finanziert von der ARGE Remscheid im SPZ und im ZABI ambulante 6-monatige Erprobungsmaßnahmen für ALG-II-EmpfängerInnen mit psychischen Problemen, denen der allgemeine Arbeitsmarkt grundsätzlich nicht auf Grund einer wesentlichen psychischen Behinderung verschlossen bleibt. Das eröffnet Fördermöglichkeiten für einen Perso-

³² Kölner Instrumentarium, Schritte und Wege in die berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter, http://www.btz-koeln.de/content/e82/index_ger.html

nenkreis, der derzeit nur mit Hilfestellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar scheint. Es wird angeregt, die Ergebnisse der Maßnahme auch unter psychiatrischen Aspekten zu evaluieren und nicht nur unter vermittlungsrelevanten Faktoren zu überprüfen.

6.3.2 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Rehabilitationsmaßnahmen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) werden u.a. im Berufsbildungsbereich des LESOTA-Werks und in Beruflichen Trainingszentren durchgeführt. Im LESOTA-Werk dauern Berufsbildungsmaßnahmen in der Regel 2 Jahre und 3 Monate. Die ersten 3 Monate gelten dabei als Eingangsverfahren, um zu überprüfen, ob die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) der richtige Ort der Förderung ist.

Im Berufsbildungsbereich von LESOTA werden berufsfördernde bzw. arbeitsfördernde Bildungsmaßnahmen durchgeführt. Diese haben das Ziel, den Teilnehmer in die Lage zu versetzen, am Ende der beruflichen Bildungsmaßnahme eine klare, fundierte und realisierbare Aussage über die eigene berufliche Zukunft zu treffen. Das erfordert, dass sich jeder Teilnehmer zumindest ansatzweise als selbstverantwortliche, eigenständige und aktiv handelnde Person sieht und die Verantwortung für die eigene Lebensführung nicht an das Hilfesystem oder andere soziale Systeme delegiert. Im Laufe der beruflichen Bildungsmaßnahme sollen die Teilnehmer durch gezielte Erfahrungen auf der sozialen, kognitiven, emotionalen und der Handlungsebene zur zunehmenden Übernahme von Verantwortung ermutigt werden. Ein weiterer Faktor ist die Auseinandersetzung mit den realen Forderungen der Arbeitswelt hinsichtlich der Fähigkeit, bestimmte Leistungen zu erbringen und sich in einer Gruppe angemessen zu verhalten. Bei der beruflichen Bildungsmaßnahme hat eine konsequente Ausrichtung der Eingliederungsbemühungen auf die vorhandenen Ressourcen des Teilnehmers zentrale Bedeutung. Es soll mit jedem Maßnahmeteilnehmer eine berufliche Perspektive entwickelt werden, die sowohl den individuellen Fähigkeiten des Einzelnen als auch den tatsächlich realisierbaren Möglichkeiten vor Ort (bei LESOTA, auf dem allg. Arbeitsmarkt, andere berufl. Rehabilitationsmaßnahmen etc.) entspricht. Nach den derzeitigen gesetzlichen Grundlagen besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen, die wegen Art und Schwere der Beeinträchtigung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Das LESOTA-Werk schafft die Voraussetzungen, dass psychisch behinderte Menschen - unabhängig von der Ursache, Art oder Schwere der Behinderung - individuell durch geeignete arbeitsfördernde Bildungsmaßnahmen die angemessenen Förderziele mit der Möglichkeit darauf aufbauender Berufsförderungsmaßnahmen anderer Anbieter in Absprache mit dem Träger der Sozialleistungen erreichen können. Die angebotenen Maßnahmen zur beruflichen und persönlichkeitsbildenden Förderung berücksichtigen die unterschiedlichen Arten psychischer Behinderung. In einer Fachausschusssitzung wird über die Gewährung der berufsfördernden Bildungsmaßnahmen entschieden. Der Fachausschuss setzt sich aus Vertretern der Kostenträger (Bundesagentur für Arbeit, Landschaftsverband Rheinland, bei Bedarf Deutsche Rentenversicherung Rheinland bzw. Deutsche Rentenversicherung Bund) und Vertretern der Werkstatt (Sozialer Dienst) zusammen. Entscheidungen werden in einem Fachausschussprotokoll festgehalten. Besondere Bedeutung kommt in einer Fachausschusssitzung regelmäßig der Frage nach dem Vorliegen einer „wesentlichen psychischen Behinderung“ bei den zu besprechenden Menschen zu. Der Landschaftsverband Rheinland übernimmt im Rahmen seiner Zuständigkeit für den Arbeitsbereich der WfbM (Dauerarbeitsplätze für psychisch erkrankte und behinderte Menschen) nur die Kosten der Eingliederungshilfe bei Menschen mit einer wesentlichen psychischen Behinderung. Der allgemeine Arbeitsmarkt muss dem psychisch behinderten Menschen grundsätzlich verschlossen sein, um in der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen gefördert werden zu können.

6.3.3 Integration in Arbeit

Die Integration in Arbeit nach erfolgter beruflicher Rehabilitationsmaßnahme wird je nach den Bedürfnissen des Einzelfalls durch den Integrationsfachdienst im SPZ, die bisherige Reha-Maßnahme, den Betrieb und den behandelnden Arzt abgesichert. Sehr wichtig ist für die Betroffenen auch der Arzt als Ansprechpartner. Da sich die Eingliederung in den regulären Arbeitsmarkt wegen der anhaltenden Probleme für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen sehr schwierig gestaltet, sollte nach ortsnahen Arbeitsmöglichkeiten jenseits der Rehabilitation gesucht und die vorhandenen Angebote sinnvoll genutzt werden. Für die psychisch behinderten Menschen, die den Berufsbildungsbereich der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen LESOTA-Werk durchlaufen haben und denen auch nach Abschluss der Berufsbildungsmaßnahme der allgemeine Arbeitsmarkt verschlossen bleibt, bietet sich ein Dauerarbeitsplatz im Arbeitsbereich des LESOTA-Werks an. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Arbeitsbereich der WfbM können im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bewilligt werden, wenn zuvor oder auch zu einem früheren Zeitpunkt bereits Leistungen vorrangiger Kostenträger im Berufsbildungsbereich erbracht wurden und eine Vermittlung in weiterführende berufliche Lehrgänge, Ausbildung, Umschulung, Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund der psychischen Beeinträchtigung derzeit nicht in Betracht kommt. Viele Mitarbeiter, die in den Arbeitsbereich des LESOTA-Werks aufgenommen werden möchten, nehmen bis zur Aufnahme in den Arbeitsbereich noch an den Fördermaßnahmen im Berufsbildungsbereich der Werkstatt teil. Daher ist der Kontakt zu Mitarbeitern bereits vorhanden, und der Wechsel in den Arbeitsbereich kann vorher mit den Betroffenen geplant und vorbereitet werden.

Neben den bestehenden Angeboten wird ein zusätzliches Angebot von Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Arbeit und Rehabilitation für sinnvoll gehalten, dies insbesondere für die zunehmende Zahl der Betroffenen, die weniger als 3 Stunden arbeitsfähig sind, unter das SGB XII fallen und nicht in die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen gehen können oder wollen. Hier sind Angebote zu aktivierenden Leistungen denkbar. Gerade wo stationäre Angebote zurückgefahren werden, sollte es Kompensation im ambulanten Bereich geben, nicht zuletzt zur Verhinderung von Krankheitsfolgen.

Handlungsempfehlung:

Die Stadt Remscheid prüft die Schaffung ortsnaher Arbeits- und Zuverdienstmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen, die weniger als 3 Stunden arbeitsfähig sind oder die nicht in die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen gehen können oder wollen. Die Finanzierung kann durch Leistungen nach dem SGB XII, Eingliederungshilfen oder Aufträge aus der Industrie für den Niedriglohnsektor erfolgen. Als mögliche Anbieter sind hier Arbeit Remscheid, das Zentrum für Arbeitsdiagnostik und berufliche Integration in der Evangelischen Stiftung Tannenhof, das Sozialpsychiatrische Zentrum und das Lesota-Werk anzusprechen. Die AG Allgemeinpsychiatrie begleitet die Umsetzung.

7 Koordination und Steuerung

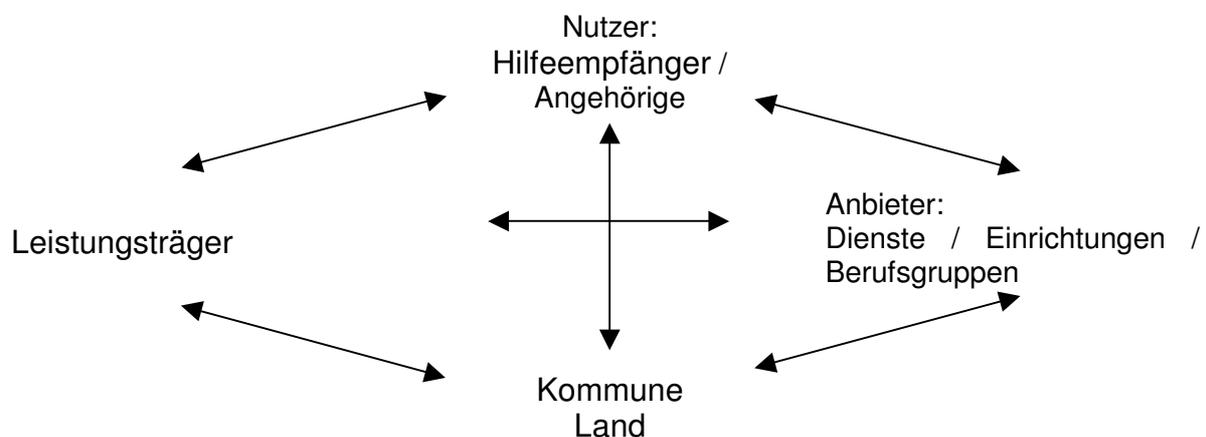
Nach § 3 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) arbeitet „der Öffentliche Gesundheitsdienst mit den anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten ... zusammen. Er wirkt auf eine bedarfsgerechte gegenseitige Information und Koordination ihrer gesundheitlichen Maßnahmen und Leistungen hin.“

Diese Koordinationsaufgabe nimmt die untere Gesundheitsbehörde, also das Gesundheitsamt in verschiedenen Bereichen, ausdrücklich auch in der „psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung“³³ wahr.

In den gesetzlichen Grundlagen, in der Finanzierung und der fachlichen Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (z.B. in der antidepressiven Medikation) hat es in den letzten Jahren zum Teil gravierende Veränderungen gegeben. So wurde die psychotherapeutische Behandlung im SGB V verankert genau wie Soziotherapie und ambulante Rehabilitation. Durch die Integrierte Versorgung wurden andere Modelle der Versorgung psychisch Kranker möglich. Die schon lange sich abzeichnende Tendenz, den einzelnen erkrankten Menschen ins Zentrum des Handelns zu stellen und nicht die versorgende Institution, gipfelt im persönlichen Budget für psychiatrische Hilfen, über das die betroffenen Menschen verfügen.

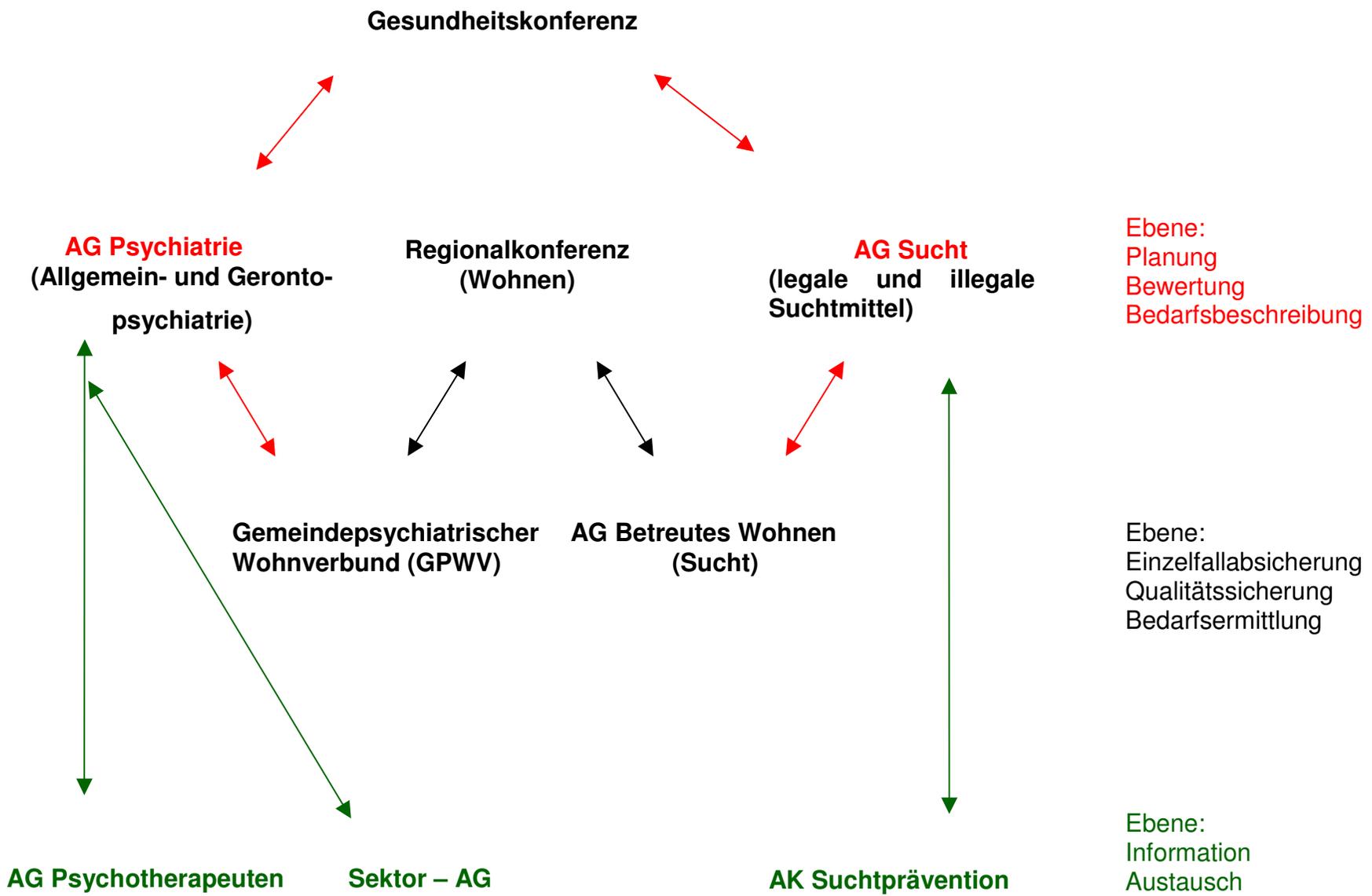
In der Finanzierung hat sich – nicht nur unter dem Sparzwang - vieles geändert, angefangen von der Budgetierung der Arztpraxen und der Einführung der Praxisgebühr, der Tendenz zur kürzeren Behandlungsdauer auch bei psychischen Erkrankungen bis hin zum Abbau der Langzeitbereiche und der Übernahme der Verantwortlichkeit für Betreutes Wohnen durch den Landschaftsverband.

Der Koordinationsbedarf angesichts der Komplexität des sich ständig weiter entwickelnden Systems ist in der Tat vorhanden und durchaus vielschichtig. Hier geht es zum einen um die kommunale Steuerung im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit, aber auch um das persönliche Case-Management für den einzelnen Betroffenen. Genauso wichtig ist, dass möglichst alle Beteiligten sich an der Steuerung aktiv beteiligen, um Konflikte zu vermindern und gemeinsame Interessen zu bündeln.



Das Schaubild auf der gegenüberliegenden Seite verdeutlicht die Zusammenarbeit der einzelnen Beteiligten in Remscheid, jeweils für Suchtkranke und für psychisch Kranke. Der Austausch ist durch die 1. Ebene gewährleistet. Die 2. Ebene stellt die Hilfeplankonferenzen unter Vorsitz des Landschaftsverbandes dar, die konkrete Einzelfallhilfen diskutieren und entscheiden. Der 3. Ebene sind die beiden Facharbeitsgruppen der kommunalen Gesundheitskonferenz bzw. die Regionalkonferenz des Landschaftsverbandes zugeordnet. Auf allen Ebenen können sich Nutzer, Anbieter, Kostenträger und Politiker einbringen, aktuelle Tendenzen diskutieren und Veränderungen anstoßen. Die beiden Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenz aktualisieren die jeweilige Bestandsaufnahme ihres Fachgebietes, begleiten die Umsetzung der Handlungsempfehlungen und sprechen ggf. neue aus.

³³ § 23 ÖGDG



Eine besondere Rolle nimmt die AG Allgemeinpsychiatrie auch für die Öffentlichkeitsarbeit wahr. Das Thema Öffentlichkeitsarbeit bei psychischen Erkrankungen ist noch sensibler als überhaupt im Gesundheitsbereich. Die Schamgrenze der Betroffenen sind ein Wall, die Tabus der Gesellschaft ein anderer. Psychisch Kranke brauchen oft sehr lange, um ihre Krankheit als solche anzuerkennen und anzunehmen. Nicht betroffene Mitmenschen wollen sich mit dem Thema nicht auseinandersetzen, wie die Erfahrungen in Remscheid mit der Filmwoche zu psychischen Erkrankungen 2006 zeigen.

Öffentlichkeitsarbeit wird bei der großen Auslastung der beteiligten Einrichtungen und Einzelpersonen nicht im Sinne von Werbung verstanden. Im Vordergrund steht die Information (z. B. über Krankheitsbilder) mit dem Ziel, Vorurteile abzubauen und durch gezielte Aufklärung auch Entlastung aus der Bevölkerung im Sinne der Bürgerhilfe zu bekommen. Voraussetzung dafür ist die Möglichkeit des Nachempfindens der Situation eines psychisch erkrankten Menschen. Denn Teilhabe an der Gesellschaft kann nur gelingen, wenn Einrichtungen außerhalb des psychosozialen Hilfesystems (Sportvereine, Betriebe, Freizeiteinrichtungen) sich öffnen. Dafür zu werben soll ein Ziel von Öffentlichkeitsarbeit sein. Hier kommt selbstverständlich der Selbsthilfe eine große Bedeutung zu.

Die Methoden können dabei sehr vielfältig sein, von Vorträgen über Begegnungsmöglichkeiten bis hin zur Nutzung der Kunst als Träger der Informationsbotschaft. Eine dialogische Vorgehensweise (Betroffene, Angehörige und Fachleute) hat sich bewährt.

Handlungsempfehlung:

Die Stadt Remscheid unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema psychische Erkrankungen mit dem Ziel der Information der Öffentlichkeit im Sinne einer Entstigmatisierung. Öffentlichkeitsarbeit ist eine Aufgabe der AG Allgemeinpsychiatrie. Die koordinierenden Tätigkeiten werden von der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz unter aktiver Mitwirkung der Fachleute und der Selbsthilfe wahrgenommen.

8 Angehörige und Psychiatrieerfahrene

Im Sinne der in Kapitel 2 erwähnten Einbeziehung von Betroffenen und ihren Angehörigen in den Hilfeprozess ist die Bedeutung der Selbsthilfe hervorzuheben. Während vor den Reformen der psychiatrischen Versorgung die Betroffenen selbst kaum als Subjekt der eigenen Behandlung zur Kenntnis genommen wurden, änderte die von Mitgliedern aller Parteien des Bundestages und psychiatrischen Fachleuten 1971 gegründeten „Aktion Psychisch Kranke“ (APK) den Fokus. Der Verein versteht sich als Lobby der schwer psychisch Kranken, die ihre Interessen allein nicht vertreten können. Er bezieht regelmäßig auch Betroffene in Projekten und Kommissionen mit ein.

Im „Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V.“ (BPE) sind seit 1991 psychisch Kranke zusammengeschlossen mit dem Ziel, sich als „Fachleute in eigener Sache“ einzubringen und Hilfen subjektorientiert zu organisieren.

8.1 Selbsthilfeeinrichtung „Seele in Not e.V.“

Seit 2001 gibt es in Remscheid die Selbsthilfeeinrichtung „Seele in Not e.V.“. Sie wurde von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen gegründet und verfolgt das Ziel, die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen abzubauen, Angehörige zu stützen, Betroffene zu stärken durch Informationen über ihre Erkrankungen und Krisen durch ständige Ansprechbarkeit zu vermeiden.

Zu diesem Zweck gibt es in den Räumen von „Seele in Not e.V.“

- Beratungs- und Erstgesprächsangebote

Im Vordergrund bei einem Erstkontakt steht sehr häufig die soziale Situation des oder vielmehr der Betroffenen, denn es wenden sich mehr Frauen als Männer (Altersgruppe 30 – 60 Jahre) an „Seele in Not“. Ziel ist hier eine Klärung der Situation, um daraus die richtige Unterstützung ableiten zu können (Begleitung zum Arzt, Selbsthilfegruppe, Unterstützung bei Behördengängen, etc.). Wenn Hilfswege aufgezeigt werden, bittet „Seele in Not e.V.“ immer um Rückmeldung, ob die Betroffenen auch angekommen sind.

- Angebote für Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Krankheitsbildern

In den verschiedenen Selbsthilfegruppen tauschen sich Betroffene aus, geben und erhalten als „Experten in eigener Sache“ Informationen über Krankheitsbilder, Verläufe, Erfahrungen mit Behandlungen. Ziel ist die Stärkung der Erkrankten, aber auch die Förderung der Krankheitseinsicht.

- Café MokkaSIN

das „Café MokkaSIN“ bietet eine niedrigschwellige Begegnung von Betroffenen mit anderen Besuchern des Cafés an, denn es handelt sich um ein öffentliches Café, das von „Seele in Not e.V.“ betrieben wird. Es gibt die Möglichkeit des Austauschs und Kontakts und des kostengünstigen Konsums von Speisen und Getränken. Ehrenamtliche Helfer arbeiten aus bürgerschaftlichem Engagement genau wie stabile Betroffene, die auf diese Weise ihre Belastbarkeit testen und ihr Selbstwertgefühl stärken. In den Monaten März bis Oktober öffnet das Café auch ein Straßencafé vor dem Haus Hindenburgstr. 10.

Café MokkaSIN veranstaltet jahreszeitengebundene Feste, gemeinsame Ausflüge und Fachvorträge zu allen Themen rund um die Erkrankung und die (daraus resultierenden) sozialen Probleme.

Die Aktivitäten werden durch den Vereinsbeitrag der Mitglieder von 10 € im Monat und durch Spenden finanziert. Von den Krankenkassen erhält „Seele in Not e.V.“ Selbsthilfeförderung als freiwillige Leistung der Kassen in geringem Umfang.

Eine Organisation im Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen Deutschlands (BPE) ist für einen Verein nicht möglich, sondern nur für Einzelpersonen. Die 1. Vorsitzende Frau Erdmeier ist Mitglied im BPE.

8.2 Trialog

Seit 2003 gibt es in Remscheid das Gesprächsforum „Trialog“. Der Name leitet sich aus der Arbeitsweise ab. Die drei Gruppen Psychiatrie-Betroffene, Angehörige und Professionelle treffen sich zum Erfahrungsaustausch. Die Teilnehmenden schildern sich gegenseitig ihre subjektive Sicht psychischer Erkrankungen. Dabei werden die Betroffenen als Experten in eigener Sache ernst genommen. Dieser Erfahrungsaustausch ist gut geeignet, allen Beteiligten eine umfassendere Sicht der Dinge zu vermitteln.

Das Gesprächsforum „Trialog“ ist als Eigeninitiative aus dem „Forum Psychiatrie“ hervorgegangen, welches sich vor einigen Jahren im sozialpsychiatrischen Zentrum traf.

Das Gesprächsforum „Trialog“ trifft sich regelmäßig alle 6 Wochen in der „Denkerschmette“ Remscheid. Betroffene nehmen in stabilen Phasen teil. Die Treffen werden moderiert, so dass für eine Strukturierung gesorgt ist. Im Vorfeld werden alle Interessierten um telefonische Anmeldung gebeten. Die Teilnahme ist kostenlos.

Neben dem Austausch von Erfahrungen befasst sich der Trialog Remscheid auch mit neuen Entwicklungen in der Psychiatrie, mit dem Ziel, ggf. auf neuen Gebieten aktiv zu werden:

- „Experienced Involvement - Psychiatrie-Erfahrene als Peerberater und Genesungshelfer“
Unter diesem Titel läuft zur Zeit ein Ausbildungs-Projekt in den Universitäten Hamburg und Bremen. Das Projekt wird im Rahmen des EU Projektes „Leonardo da Vinci“ gefördert. Der „Trialog Remscheid“ hat Kontakt zu den Projektleitern aufgenommen und klärt die Möglichkeiten für ähnliche Projekte in Remscheid.
- „Kwartiermaken“
Dies ist ein niederländisches Projekt, welches eine bessere soziale Integration von psychisch Kranken ermöglichen möchte. Ein Teilbereich ist z. B. der Aufbau von Freundschaftsdiensten zwischen Betroffenen und ehrenamtlich tätigen Bürgern durch einen Koordinator, um gemeinsam Freizeit zu verbringen (Buddy-Projekt).
Der niederländische Ansatz reicht bis zum „Multilog“, d. h. einem Austausch zwischen den Psychiatrie-Betroffenen und allen Gruppen, mit denen sie in ihrer Arbeit oder privat zu tun haben (Angehörige, Freunde, Nachbarn, Vereine, Geschäftsleute, etc.).
Der „Trialog Remscheid“ begrüßt die Intensivierung der Kontakte und Gespräche zwischen Psychiatrie-Betroffenen und engagierten Bürgern außerhalb der fachlichen Betreuung und möchte diese Entwicklung in Remscheid verstärken. Im Stadtteil Hasenberg gibt es erste Gespräche in diese Richtung.

9 Handlungsempfehlungen

Ziel der folgenden Empfehlungen ist die Verbesserung des psychiatrischen Versorgungssystems. Alle Handlungsempfehlungen betreffen ausschließlich örtliche Zuständigkeiten und sind in kommunaler Verantwortung umzusetzen.

Die Akteure sind in den einzelnen Empfehlungen genannt; über die Umsetzung wird nach Ablauf eines Jahres der Gesundheitskonferenz Bericht erstattet.

In ihrer Sitzung am 4. Juni 2008 hat die Gesundheitskonferenz folgende Maßnahmen empfohlen:

Handlungsempfehlung zu Kapitel 4.1 Ambulante Behandlung

Es wird eine zeitlich befristete Arbeitsgruppe aus Fachleuten der stationären und der ambulanten Versorgung (Ev. Stiftung Tannenhof / Kassenärztliche Vereinigung / Ärztekammer / Gesundheitsamt) gebildet, die ein Verfahren zur Verbesserung in der Zusammenarbeit der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und der zügigen Anschlussbehandlung erarbeitet.

Handlungsempfehlung zu Kapitel 4.6 Ergotherapie

Die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz führt eine Befragung zum Bedarf nach Ergotherapie für psychisch Kranke bei den stationären und ambulanten Fachärzten durch, um eine solidere Grundlage für die Planung zu haben. Die AG Allgemeinpsychiatrie wird darauf aufbauend mit allen Beteiligten Lösungsmöglichkeiten erarbeiten.

Handlungsempfehlung zu Kapitel 6.1 Ambulant Betreutes Wohnen

Der Gemeindepsychiatrische Wohnverbund entwickelt unter Beteiligung der Selbsthilfe Qualitätsstandards für das Ambulant Betreute Wohnen.

Der Gemeindepsychiatrischen Wohnverbund analysiert die Selbstzahlerproblematik unter Einbeziehung des Landschaftsverbandes und der Anbieter.

Handlungsempfehlung zu Kapitel 6.3 Arbeit

Die Stadt Remscheid prüft die Schaffung ortsnaher Arbeits- und Zuverdienstmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen, die weniger als 3 Stunden arbeitsfähig sind oder die nicht in die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen gehen können oder wollen. Die Finanzierung kann durch Leistungen nach dem SGB XII, Eingliederungshilfen oder Aufträge aus der Industrie für den Niedriglohnsektor erfolgen. Als mögliche Anbieter sind hier Arbeit Remscheid, das Zentrum für Arbeitsdiagnostik und berufliche Integration in der Ev. Stiftung Tannenhof, das Sozialpsychiatrische Zentrum und das Lesota-Werk anzusprechen. Die AG Allgemeinpsychiatrie begleitet die Umsetzung.

Handlungsempfehlung zu Kapitel 7 Öffentlichkeitsarbeit

Die Stadt Remscheid unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema psychische Erkrankungen mit dem Ziel der Information der Öffentlichkeit im Sinne einer Entstigmatisierung. Öffentlichkeitsarbeit ist eine Aufgabe der AG Allgemeinpsychiatrie. Die koordinierenden Tätigkeiten werden von der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz unter aktiver Mitwirkung der Fachleute und der Selbsthilfe wahrgenommen.

10 Anhang

10.1 Literatur

Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel, H. Kunze, R. Peukert: Worauf Du Dich verlassen kannst“. Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Tagungsbericht Kassel, 19./20. September 2005. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg), Gender Mainstreaming – Was ist das? Stand November 2003

W. Cornelißen (Hg), 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, S. 495 ff

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

ICF – Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2001

F. Jacobi , M. Klose , H.-U. Wittchen, Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage, in: Bundesgesundheitsblatt 2004, 47, S. 736 ff

M. Merbach, S. Singer, E. Brähler, Psychische Störungen bei Männern und Frauen in: K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Göttingen 2002

A. Riecher-Rössler, A. Rohde (Hg), Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie, Basel – Freiburg 2001

Sozialgesetzbuch (SGB) , Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung

Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

T.B. Üstün, N. Sartorius, eds., Mental illness in general health care. An international study. Chichester, New York: John Wiley 1995: 347–360.

H.-U. Wittchen, F. Jacobi, Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys, in: Bundesgesundheitsblatt 2001, 10, S. 993ff

H.-U. Wittchen, N. Müller, S. Storz, Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen 1998. Dez 60 (Suppl 2): 95-101.

10.2 Gesundheitsberichte zur psychiatrischen Versorgung in Remscheid

(zu beziehen über die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz)

Teil I, Kinder- und Jugendpsychiatrie (1997)

Teil II, Gerontopsychiatrie (1998)

Teil III, Suchthilfe – Alkohol (2000)

Teil IV, Suchthilfe – illegale Drogen (2005)

Teil V, Allgemeinpsychiatrie (2008)

10.3 Daten

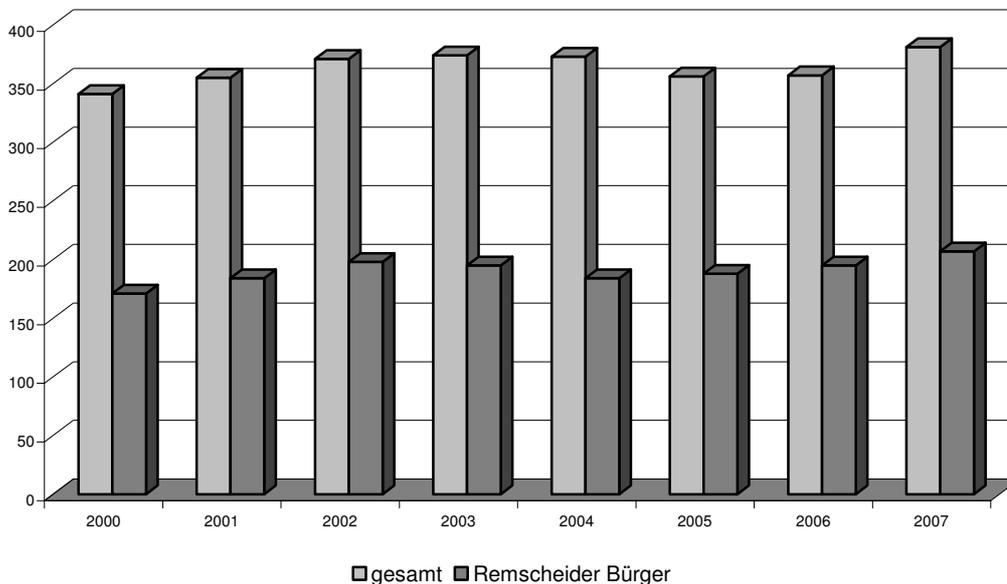
Wohnangebote für psychisch kranke Menschen in Remscheid 2003 - 2007, erhoben vom gemeindepsychiatrischen Wohnverbund (GPWV)

	Langzeit-Rehabilitation	Wohnheim	ambulante Wohngruppe	BeWo in Wohngemeinschaft	BeWo allein	gesamt
2003	170	135	31		40	376
2004	112	133	63		70	378
2005	97	144	63	3	95	402
2006	100	144	59	8	123	434
2007	101	135	69	3	165	473

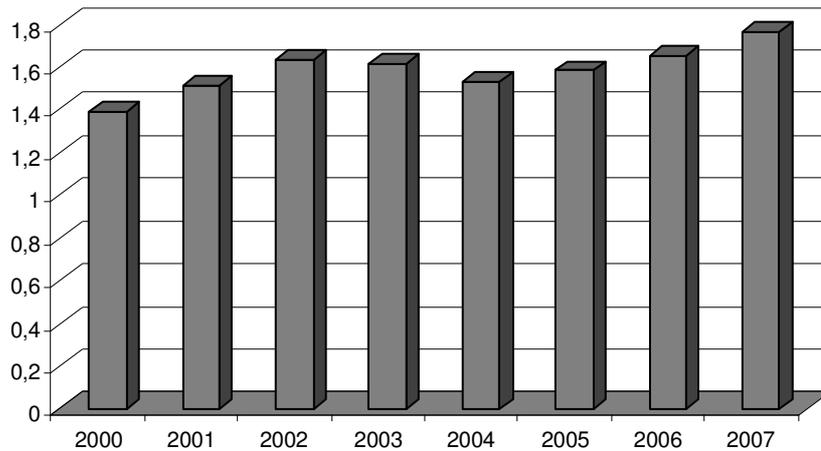
Einweisungen nach PsychKG in Remscheid 2000 - 2007, Daten des Gesundheitsamtes bzw. Ordnungsamtes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
gesamt	341	355	371	374	373	356	357	381
Remscheider Bürger	171	184	198	195	184	188	195	207
Einwohner RS	122909	122070	121836	120900	120033	119200	118005	117274
Einweisungen / 1000 EW	1,39	1,51	1,63	1,61	1,53	1,58	1,65	1,77

PsychKG Einweisungen Remscheid 2000 - 2007



Einweisungen nach PsychKG pro 1000 EW, 2000 - 2007



10.4 Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen für psychisch Kranke in Remscheid

Anbieter	Ansprechpartner	Telefon	E-mail
Augusta-Hardt-Heim	Herr Heckmann	93311-0 -12	awg-ahh@telebel.de
BHV	Frau Lingenfelder	0202-270490	
BeWo Bergisch Land	Frau Steinhoff	02191-200832	bewo-bergischland@web.de
BWD-Betreutes Wohnen Dürhager	Herr Dürhager	0172-2520871	
Die Wohn-Helfer	Herr Heimann Herr Kuhrau	2098995	die-wohn-helfer@web.de
Evangelische Stiftung Tannenhof	Herr Helmert Frau Wallesch	12-1862 12-0	w.helmert@stiftung-tannenhof.de
Förderverein BeWo e.V.	Herr Kern	0212-3826334	bewo.ev@gmx.de
Hof Sondern	Frau Schüssler	0202-26121-0	info@hof-sondern.de
Johanniter Unfall-Hilfe e.V. Wuppertal	Herr Böstel Frau Streich	0202/28057-0	S.Boestel@juh-bergischland.de
Kollegium e.V.	Frau Schlockermann	5897336	betreutwohnen-rs@kollegium-ev.de
Peter vom Brocke	Herr vom Brocke	420082	info@fachpflege-peter-vom-brocke.de
pro sin e.V.	Herr Erdmeier Frau Hamdi	5894852	pro-sin-ev@t-online.de
SPZ Remscheid	Herr Meier	93341-16	info@spz-remscheid.de

10.5 Kontaktadressen Selbsthilfe

Café Elling

Gruppe für Angehörige von psychisch kranken Menschen im Sozialpsychiatrischen Zentrum
Remscheid
Hindenburgstr. 6 a – 10 a
42853 Remscheid
Tel.: 93341-43
E-mail: elling@spz-remscheid.de

Angehörigengruppe Schizophrenie

in der Evangelischen Stiftung Tannenhof
Herr Martin Splittgerber
Remscheider Str. 76
42897 Remscheid
Tel.: 12-1190

Seele in Not e.V.

Selbsthilfeeinrichtung
Frau Monika Erdmeier
Hindenburg Str. 10
42853 Remscheid
Tel.: 291990
E-Mail: seele-in-not-ev@t-online.de

Trialog Remscheid

Gesprächsforum für Psychiatrie-Betroffene, Angehörige und Professionelle
Frau Irmela Boden
Tel.: 663445

10.6 Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Wohnverbundes

zwischen

der **Augusta-Hardt-Heim gGmbH**, Remscheid, vertreten durch Bernd Steinhoff, Geschäftsführer;
der **Evangelischen Stiftung Tannenhof**, Remscheid, vertreten durch Prof. Dr. Klaus Windgassen,
Ärztlicher Direktor;

dem **Sozialpsychiatrischen Zentrum Remscheid gGmbH**, vertreten durch Willi Vögeli, Geschäftsführer und

der **Stadt Remscheid**, vertreten durch Burkhard Mast-Weisz, Beigeordneter.

Präambel

Der Gemeindepsychiatrische Wohnverbund (GWV) ist ein Zusammenschluss der an der Versorgung psychisch kranker/behinderter Menschen beteiligten Institutionen des Funktionsbereiches Wohnen. Gründungsmitglieder sind die Augusta-Hardt-Heim gGmbH, die Evangelische Stiftung Tannenhof, die Sozialpsychiatrische Zentrum Remscheid gGmbH und die Stadt Remscheid. Der Wohnverbund ist für alle psychisch kranken/behinderten oder von psychischer Behinderung bedrohten Menschen, die in Remscheid wohnen, gewohnt haben und dort wieder integriert werden wollen, zuständig.

Die Kooperationspartner fühlen sich gemeindepsychiatrischen Wertvorstellungen verpflichtet:

- gemeindenaher Versorgung – jedem psychisch kranken/behinderten, oder von psychischer Behinderung bedrohten Remscheider Bürger oder ehemaligen Remscheider Bürger, der dort wieder integriert werden will, soll ein ihm angemessenes Wohnangebot gemacht werden können (Versorgungsverpflichtung).
- Normalität der Versorgung – Hilfe zur Selbsthilfe, ambulante vor stationäre Versorgung, Rehabilitation vor Pflege
- Dialog – Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in konkrete Maßnahmen und die Versorgungsplanung
- Qualität der Versorgung – Qualitätskontrolle und effizienter Ressourceneinsatz

1. Abschnitt: Ziele, Organisation und Koordination

§ 1 Ziele des Wohnverbundes

Die Kooperationspartner vereinbaren folgende Ziele des Verbundes:

- Einführung einer trägerübergreifend einheitlichen Hilfeplanung, die sich an den Standards des „Individuellen Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbandes Rheinland“ orientiert
- Einrichtung und regelmäßige Durchführung von Hilfeplankonferenzen
- Aufbau eines auf Remscheid bezogenen und einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker/behinderten Menschen verpflichteten „Monitorings“ durch entsprechende Datenerhebung
- Entwicklung von Konzepten zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker/behinderter Menschen in Remscheid, insbesondere für den Lebensbereich Wohnen
- Weiterentwicklung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund

§ 2 Organisation und Koordination des Wohnverbundes

(1) Gremien des gemeindepsychiatrischen Wohnverbundes sind:

- Kooperationsversammlung
- Hilfeplankonferenz

(2) Die Koordination des GWV erfolgt durch die Stadt Remscheid:

- Entgegennahme des Hilfebedarfs und des Hilfeplans zur Hilfeplankonferenz
- Organisation und Durchführung der Hilfeplankonferenz
- Dokumentation der fallbezogenen Ergebnisse
- Sicherstellung der Fortschreibung (Wiedervorlage)

- Aufbau eines "Monitorings" durch entsprechende Datenerhebung
- Einladung zu Kooperationsversammlungen

2. Abschnitt: Rechte der Betroffenen

§ 3 Wahrung der Rechte der Betroffenen

- (1) Der Betroffene ist umfassend über den Ablauf der geplanten Hilfe zu informieren.
- (2) Dem Betroffenen ist schriftlich mitzuteilen, zu welchem Zweck der Hilfeplan erstellt werden soll und an wen die Daten weitergegeben werden sollen. Für die Weitergabe der Daten und die Erörterung des Hilfeplans in der Hilfeplankonferenz ist eine Entbindung von der Schweigepflicht und eine Einwilligung in die Datenweitergabe einzuholen. Wenn keine Einwilligung des Betroffenen zur namentlichen Vorstellung in der Hilfeplankonferenz vorliegt, ist der Hilfeplan anonym zu schildern.
- (3) Der Hilfeplan wird in Abstimmung mit dem Betroffenen erstellt und fortgeschrieben.
- (4) Betroffene haben das Recht, sich an die Hilfeplankonferenz zu wenden, an der sie betreffenden Hilfeplankonferenz teilzunehmen und ihren Hilfebedarf zu vertreten. Sie können sich aber auch durch ihren gesetzlichen Betreuer oder eine schriftlich bevollmächtigte Vertrauensperson vertreten lassen oder den sie betreuenden Dienst damit beauftragen.
- (5) Die Mitglieder der Hilfeplankonferenz werden zur Verschwiegenheit schriftlich verpflichtet.

3. Abschnitt: Kooperationsversammlung

§ 4 Mitglieder

Die Kooperationsversammlung besteht aus jeweils zwei namentlich zu benennenden Vertretern der Kooperationspartner. Selbsthilfegruppen und –organisationen von Psychiatrieerfahrenen und Angehörige von Psychiatrieerfahrenen können durch namentlich zu benennende Vertreter beratend teilnehmen.

§ 5 Inhalte

Inhalte der Kooperationsversammlung sind in der Regel:

- Diskussion und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards in der Versorgung
- Diskussion und Entwicklung von Kooperations- und Koordinationsmodalitäten (Vernetzung)
- Identifizierung von Versorgungslücken und/oder Überversorgung
- Initiierung von bedarfsgerechten Versorgungskonzepten
- Prüfung von Anträgen zum Beitritt (Mitarbeit) zur Kooperationsvereinbarung

§ 6 Sitzungen der Kooperationsversammlung

- (1) Die Kooperationsversammlung tritt jährlich oder auf Wunsch eines Kooperationspartners zusammen. Der Kooperationspartner hat den Grund für sein Begehren anzugeben.
- (2) Die Koordination erfolgt durch die Stadt Remscheid.
- (3) Spätestens 4 Wochen nach Inkrafttreten des Vertrags sind der Stadt Remscheid als Koordinator schriftlich die jeweiligen Mitglieder der Kooperationsversammlung zu benennen. Die Benennung erfolgt bis auf Widerruf.
- (4) Der Koordinator hat alle Beteiligten einzuladen.
- (5) Zwischen der Absendung der Einladung und dem Termin der Sitzung sollen 3 Wochen liegen.

(6) Die Sitzungen bestehen aus einem inhaltlich-fachlichen Teil, zu dem Dritte hinzugezogen werden können, und einem internen Teil, der nicht öffentlich ist.

§ 7 Beschlüsse

(1) Jeder Kooperationspartner kann sein Stimmrecht nur einheitlich ausüben.

(2) Beschlussfähigkeit ist gegeben, wenn jeder Kooperationspartner mit mindestens einer namentlich benannten Person vertreten ist. Dies ist grundsätzlich der Fall, wenn das Mitglied an der Sitzung teilnimmt. Sollte eine Teilnahme nicht möglich sein, hat jeder Kooperationspartner das Recht, die Ausübung dieses Rechtes auf einen anderen Kooperationspartner zu übertragen. Dafür ist es erforderlich, dass für die jeweilige Sitzung eine schriftliche Vollmacht erteilt wird und diese dem Koordinator vorgelegt wird.

(3) Ein Beschlussvorschlag gilt als angenommen, wenn keine Gegenstimme abgegeben wird.

(4) Die Kooperationsversammlung erstellt eine Liste der zu beteiligenden Selbsthilfe-/Angehörigen-Gruppen.

4. Abschnitt: Hilfeplankonferenzen

§ 8 Aufgaben und Ziele

Die Hilfeplankonferenz ist für alle psychisch kranken/behinderten oder von psychischer Behinderung bedrohten Menschen, die in Remscheid wohnen, gewohnt haben und dort wieder integriert werden wollen, zuständig. An die Hilfeplankonferenz kann sich der psychisch kranke/behinderte Mensch oder eine von ihm beauftragte Person bzw. die Einrichtungen und Dienste, mit denen der Hilfesuchende in Kontakt steht, wenden.

§ 9 Geschäftsordnung

Die Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz basiert auf der mit dem LVR abgeschlossenen Vereinbarung. Die Durchführung und Organisation liegt beim LVR.

Die Standards der Hilfeplanvorstellungen werden ggf. den örtlichen Gegebenheiten und dem Stand der Qualitätsentwicklung angepasst.

5. Abschnitt: Inkrafttreten und Laufzeit

§ 10 Inkrafttreten und Laufzeit

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft und endet am 31.12.2007. Über eine Verlängerung wird jeweils in den Kooperationsvereinbarungen entschieden.

Remscheid, den

Stadt Remscheid
Burkhard Mast-Weisz
Beigeordneter

Evangelische Stiftung Tannenhof
Prof. Dr. Klaus Windgassen
Ärztlicher Direktor

Augusta-Hardt-Heim gGmbH
Bernd Steinhoff
Geschäftsführer

SPZ Remscheid gGmbH
Willi Vögeli
Geschäftsführer