

# **Jahresbericht 2005**

## **des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

im Gesundheitsamt

*Allgemeinpsychiatrische  
Beratung      Suchtberatung*



# **Sozialpsychiatrischer Dienst Kreis Minden-Lübbecke**

## **Aufgabe - Struktur - Umfeld**

### **Jahresbericht 2005**

#### **Vorwort**

Der Sozialpsychiatrische Dienst im Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke legt hiermit seinen Jahresbericht 2005 vor.

Im Vergleich zu den früheren Berichten haben wir die Darstellung unseres Dienstes und die Beschreibung unserer Aufgaben und Tätigkeitsfelder überarbeitet. Damit soll der Leser die Möglichkeit haben, sich ein umfassenderes Bild über unsere Aufgaben, Struktur und das Umfeld unserer Arbeit zu machen.

Wer sich einen raschen Überblick über anonymisierte Eckdaten unserer Klienten und der Leistungsstatistik unserer Beratungsarbeit verschaffen will, sei auf den Statistikteil in Kapitel 4 verwiesen. Mit Kenntnis des Textteils kann der Leser die Zahlen aber sicher besser interpretieren.

Wir hoffen, auch mit dem Jahresbericht 2005 den Leserinnen und Lesern einen interessanten Einblick in unsere Arbeit zu geben. Über Rückmeldungen würden wir uns freuen.

Stephan Gimbel  
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes

# **Inhaltsverzeichnis**

## **1. Aufgaben**

### **1.1. Gesetzliche Grundlagen**

### **1.2. Zentrale Tätigkeitsfelder**

#### **1.2.1 Beratung**

- a) Was ist Beratung?
- b) Beratung im Gesundheitsamt
- c) Aufsuchende Beratung im häuslichen Umfeld
- d) Nachgehende Beratung
- e) Beratung im weiteren sozialen Umfeld
- f) Besonderheiten in der Beratung Suchtkranker

#### **1.2.2 Krisenbewältigung**

- a) Was ist eine „Krise“ in der Arbeit eines Sozialpsychiatrischen Dienstes?
- b) Partnerschaftliche Krisenbewältigung
- c) Krisenbewältigung durch Schutzmaßnahmen

#### **1.2.3 Gremienarbeit, Koordination, Kooperation, Vernetzung**

#### **1.2.4 Begutachtungen, Stellungnahmen, Berichterstattung**

## **2. Struktur**

### **2.1. Allgemeines**

### **2.2. Organisationsstruktur**

#### **2.2.1 Räumlichkeiten**

#### **2.2.2 Erreichbarkeit**

#### **2.2.3 Gemeindenahes Organisationsprinzip**

#### **2.2.4 Personalausstattung**

#### **2.2.5 Zuordnung der Mitarbeiter/innen zu Sektoren und Arbeitsbereichen**

## **3. Umfeld**

## **4. Jahresstatistik 2005**

### **4.1. Allgemeines**

### **4.2. Ausgewählte statistische Auswertungen**

#### **4.2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst insgesamt**

#### **4.2.2 Allgemeinpsychiatrische Beratung**

#### **4.2.3 Suchtberatung**

## **5. Besonderheiten im Jahr 2005**

## **6. Herausforderungen für die Zukunft**

# **1. Aufgaben**

## **1.1 Gesetzliche Grundlagen**

Sozialpsychiatrische Dienste als Abteilungen an Gesundheitsämtern arbeiten auf der Grundlage des

Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst  
(ÖGDG) (vom 25. November 1997, GV. NRW. S. 431)

und dem

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen  
bei psychischen Krankheiten  
(PsychKG NRW) (vom 17.12.1999, GV. NRW. S. 662)

Darin heißt es:

"Für die Hilfen an geistig und seelisch Behinderten, psychisch Kranken, Abhängigkeitskranken und Angehörigen" hält "die untere Gesundheitsbehörde einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor" (§ 16 (2) ÖGDG).

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) verpflichtet die verantwortlichen Kommunen, Menschen mit psychischen Erkrankungen dahingehend zu unterstützen, dass ihnen ein Leben innerhalb der Gemeinde möglich wird.

Durch das PsychKG hat die untere Gesundheitsbehörde insbesondere folgende Aufgaben:

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

Die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung ist auch gemäß §§ 3 und 23 ÖGDG zu gewährleisten, wonach dies als eigenständige kommunale Aufgabe wahrzunehmen ist.

Viele psychiatrisch Erkrankte sind je nach Krankheitsverlauf zeitweise oder auch dauerhaft nicht dazu in der Lage, sich selbst um die nötige Behandlung zu kümmern („mangelndes Hilfesucheverhalten“). Manche Krankheitsverläufe führen zu gravierenden Handicaps, die eine selbstbestimmte Lebensführung in

Würde bedrohen. Alle Lebensbereiche können betroffen sein: Bewältigung des privaten Alltags, der Erwerbsarbeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten selbständig zu wohnen, sich selbst zu versorgen, Bedürfnisse nach Sozialkontakten zu verwirklichen. Breiten Raum in der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben nimmt daher die Abklärung der individuellen Hilfebedarfe betroffener Bürger unter Inanspruchnahme des gesamten medizinischen und psychosozialen Hilfesystems ein. Dies soll wohnortnah geschehen, damit den Erkrankten ein sozial integriertes und selbstbestimmtes Leben innerhalb der Gemeinde gelingen kann, in der sie leben möchten.

Menschen, mit denen der Sozialpsychiatrische Dienst in Kontakt kommt, nennen wir im folgenden Text „Klienten“, da die Gruppe der Rat- und Hilfesuchenden vielschichtig ist. Manche Klienten sind nicht direkt von Erkrankungen betroffen (z.B. indirekt betroffene Angehörige). Selbst chronisch verlaufende Erkrankungen können symptomfreie Intervalle bieten, in denen Begriffe wie „Erkrankter“ oder „Patient“ nicht zutreffen. Hauptzielgruppe unserer Arbeit sind aber Menschen, die von einer chronisch verlaufenden, meist schweren psychiatrischen Erkrankung oder Suchterkrankung betroffen sind.

Dabei stellen Klienten, die

- krankheitsbedingt schwer motivierbar sind
- krankheitsbedingt „Wartezimmer - Situationen“ nicht ertragen
- mit vielfältigen, sich überlagernden Problemlagen behaftet sind
- (zeitweise) krankheitsuneinsichtig, aber unübersehbar leidend sind
- (zeitweise) krankheitsuneinsichtig sind, aber durch ihr Verhalten sich und andere gefährden

eine besondere Herausforderung dar. Solche Klienten sind über die üblichen Angebotsstrukturen des Gesundheitswesens schwer erreichbar oder sie können sie nicht nutzen: alltägliche Standardsituationen können für solche Klienten eine unüberwindliche Hürde sein. In manchen Krankheitsphasen sind für die Betroffenen selbst die Wege zu bereits installierten Hilfen nicht mehr zu bewältigen.

Aus den hier umrissenen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Problembeschreibung leiten sich unsere Tätigkeitsfelder ab.

## 1.2. Zentrale Tätigkeitsfelder

### Allgemeines

Durch die nach den gesetzlichen Bestimmungen zu gewährenden Hilfen soll der betroffenen Person eine möglichst selbständige Lebensführung in der Gemeinschaft erhalten oder wieder ermöglicht werden. Die Hilfen sind dabei gemeindenah zu leisten, so dass die betroffene Person soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann. Es ist darauf hinzuwirken, dass vorhandene Einrichtungen der stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgung sowie der vorhandenen sozialen Dienste soweit wie möglich in Anspruch genommen werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst gewährleistet Hilfen zur Vorbeugung, Notfallhilfe und Nachsorge für Menschen mit psychischen Erkrankungen / Behinderungen mit dem Ziel, sie wieder in ihre ursprünglichen sozialen Bezüge zurückzuführen. Voraussetzung ist, dass die betroffenen Klienten ihren Wohnsitz im Einzugsgebiet haben bzw. sich z.Zt. im Kreis Minden-Lübbecke aufhalten und dass weder Selbst- und Laienhilfe noch die Hilfsangebote der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, der Lebens-, Erziehungs- und Eheberatungsstellen, der allgemeinen sozialen und pflegerischen Dienste zur Bewältigung der Problemlagen ausreichen.

### Zielperspektiven:

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

Vermittelt werden bei Bedarf weitere Hilfen hinsichtlich Wohnen und Selbstversorgung, zu Arbeit und Ausbildung, zur sozialen Beziehungsgestaltung und kulturellen Teilhabe sowie zur Sicherung der materiellen Existenz. Die Mitarbeiter bemühen sich um eine sorgsame Planung und Durchführung der notwendigen Maßnahmen sowie um die regelmäßige Überprüfung ihrer Angemessenheit und Wirksamkeit auf der Grundlage des individuellen Hilfebedarfs. Das übergreifende Ziel ist eine wirksame Betreuung bei einer psychischen Erkrankung/Behinderung und eine möglichst gelungene Krankheitsbewältigung der Betroffenen. Bei allen Interventionen wird der Kontext der psychischen und sozialen Probleme des einzelnen Klienten beachtet.

## **1.2.1 Beratung**

### **a) Was ist Beratung?**

Unter dem Begriff Beratung versteht man oft nur eine klassische Verkaufsberatung: Der ratsuchende Autokäufer geht ins Autohaus, ein Versicherungsvertreter kommt auch gerne zum Hausbesuch, man bekommt professionell präsentierte Informationen. Das Ziel des Beraters ist ein Vertragsabschluss. Das Ziel des Ratsuchenden ist es, anhand guter Produktinformationen eine gute Kaufentscheidung fällen zu können.

Beratung im Kontext professioneller medizinischer / sozialer Arbeit und außerhalb von „Verkaufsabsichten“ ist etwas völlig anderes: Beratung kann als Entwicklungsprozess verstanden werden, um Veränderungen einzuleiten. Stärkung von Motivation sowie das Erkennen und Entfalten der Fähigkeiten unserer Klienten sind wichtige Faktoren in der Beratung. Beratung stellt eine vielfältige Hilfeform dar und ist eine der wichtigsten Methoden medizinischer, sozialpädagogischer und psychosozialer Arbeit. Einerseits versteht sich Beratung als eigenständige Methode - praktiziert in Beratungsstellen -, andererseits als permanentes Hilfsangebot in nahezu allen Formen der Sozialen Arbeit, wie etwa der Einzelfallhilfe, der Gruppen- und Gemeinwesenarbeit oder der Betreuung, Erziehung und Pflege.

Beratungsarbeit ist Beziehungs-, Begegnungs- und Entwicklungsarbeit zugleich. Sie erfordert auf Seiten des Beraters die Fähigkeit, beziehungsstiftend, differenziert und zielorientiert zu sein. Zudem setzt sie die Bereitschaft voraus, sich immer wieder neu und wertfrei mit verschiedenen Lebensstilen und den damit verbundenen Bewältigungsstrategien auseinander zu setzen und eigene Gefühle und Werte zu hinterfragen. Damit soll vermieden werden, dass nicht Ziele und Wünsche des Beraters handlungsleitend werden. Vielmehr soll die durch Krankheit bedrohte selbstbestimmte Lebensführung unserer Klienten unterstützt werden.

### **b) Beratung im Gesundheitsamt**

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Beratung im Gesundheitsamt an, zugänglich für jeden Bürger des Kreises. Das Angebot ist nicht an Bedingungen geknüpft: Es spielt keine Rolle, wie man von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen ist. Egal ist, ob man

- erkrankt oder schon wieder genesen ist
- betroffener Angehöriger ist, besorgter Nachbar ist oder in einem anderen persönlichen Verhältnis zu psychiatrisch Kranken steht
- kein Geld hat: die Beratung ist umsonst
- versichert ist: die Beratung ist keine „Versicherungsleistung“ sondern Bürgerservice.

Unser Beratungsangebot ist an keine Bedingungen geknüpft, unterliegt aber einer wichtigen Grundregel: wir müssen uns - wie Ärzte, Psychotherapeuten oder Seelsorger - generell an die Schweigepflicht halten, egal um wen oder was es geht. Neben Sozialarbeiter/innen sind auch eine Ärztin und ein Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine Fachkrankenschwester (psychiatrische Fachpflege) in die Beratungsarbeit einbezogen. Beratende ärztliche Sprechstunden werden nach Vereinbarung (keine festen Sprechzeiten) angeboten, wobei dies keine ambulant psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung ersetzt: Ärztlich-psychiatrische Therapie ist Aufgabe der niedergelassenen Ärzte im Kreisgebiet. Unsere Sprechstunde ist ein ergänzendes Beratungsangebot.

### **c) Aufsuchende Beratung im häuslichen Umfeld**

Neben Sprechstunden und Terminen in den Dienststellen bietet der Sozialpsychiatrische Dienst bei Bedarf auch Hausbesuche an. Bei manchen Problemlagen sind Außentermine nötig, damit Beratungsarbeit nicht „vom grünen Tisch aus“ falsche Ziele setzt und die Bedürfnisse der Betroffenen richtig verstanden werden können. Es wird großen Wert auf ein niederschwelliges Angebot gelegt. Schon der Weg zu einer Sprechstunde innerhalb einer Beratungsstelle kann für Klienten, die an einer Psychose, an einer Angsterkrankung, Depression oder Zwangserkrankung leiden, eine unüberwindbare Hürde darstellen. Aufsuchende Angebote können geeignet sein, solche Hürden zu umgehen. Wir bieten diese zeit- und personalaufwändige Beratungsform nicht unkritisch und freigebig an, sondern verwenden diese Option als ein gezieltes und begründetes Mittel innerhalb einer differenzierten Beratungsarbeit.

### **d) Nachgehende Beratung**

Unser Dienst ist gesetzlich dazu verpflichtet, nachgehende Hilfen anzubieten. Dazu heißt es im

„Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“  
(PsychKG-NRW):

„Ziel der nachsorgenden Hilfe ist es, die Betroffenen nach einer Unterbringung oder einer sonstigen stationären psychiatrischen Behandlung durch individuelle, ärztlich geleitete Beratung und psychosoziale Maßnahmen zu befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen.“ (§ 27 (1) PsychKG-NRW)

Psychische Ausnahmesituationen können jeden treffen und dazu führen, dass eine stationär-psychiatrische Krankenhausbehandlung nötig wird. Das PsychKG

verpflichtet die Kommune dazu, dass die Betroffenen nach einer Entlassung aus der Klinik nicht alleine gelassen werden. Manche Menschen bleiben nach Ausbruch einer schweren psychischen Krankheit unsicher im Umgang mit sich und ihrer Umwelt oder geraten immer wieder in Lebenskrisen, aus denen sie keinen Ausweg sehen.

Möglichst schon während einer stationären Krankenhausbehandlung machen wir den Betroffenen unser Beratungsangebot für die Zeit nach der Klinik bekannt. Die Zusammenarbeit ist immer freiwillig. Wenn der Betroffene unser Hilfsangebot ablehnt, entsteht daraus keinerlei Nachteil für ihn (wir sind keine „Gesundheitspolizei“).

Wenn eine Zusammenarbeit gelingt, erfolgt gemeinsam eine Klärung der derzeitigen Situation. Es werden Informationen über weitergehende Hilfen gegeben und gemeinsam neue Handlungsmöglichkeiten und Alternativen erarbeitet. Ziel ist es, dass nach Ausbruch einer schweren Erkrankung der Betroffene außerhalb der Klinik wieder Fuß fasst und sein Leben so gestalten kann, dass die Krankheit einen möglichst guten Verlauf nimmt und er seine Lebensqualität wiedergewinnt.

### **e) Beratung im weiteren sozialen Umfeld**

Unser Beratungsangebot beschränkt sich nicht nur auf Menschen, die von einer psychiatrischen Erkrankung direkt betroffen sind. So ist in der Beratungsarbeit oft eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, wichtigen Bezugspersonen, anderen psychosozialen Diensten und Einrichtungen sinnvoll. Prinzipiell steht unsere Beratungsstelle auch jedem offen, der nur indirekt von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen ist, ob Ehepartner oder Arbeitskollege, Nachbar oder Freund. Dabei gilt aber grundsätzlich: Beratung im weiteren sozialen Umfeld darf nie gegen die Interessen des Erkrankten erfolgen und nur unter Berücksichtigung der Schweigepflicht.

### **f) Besonderheiten in der Beratung Suchtkranker**

Der übermäßige Konsum von Alkohol und/oder Medikamenten sowie pathologisches Spielen haben auf Dauer weitreichende Auswirkungen auf die persönliche Lebensgestaltung, Familie und Beruf. Dennoch fällt es Betroffenen oft schwer, damit aufzuhören. Die Übergänge von Genuss, Gewöhnung, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend und geschehen oft unbemerkt.

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Menschen, die Probleme im Umgang mit Alkohol, Medikamenten oder Glücksspiel haben, sowie deren Angehörigen Unterstützung an. In persönlichen Gesprächen wird die jeweilige Situation besprochen, über Fragen zu Missbrauch und Abhängigkeit informiert. Es findet eine Unterstützung in akuten Krisensituationen statt sowie eine Vermittlung in

Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen. Die ambulante Nachsorge von Therapien kann ebenfalls übernommen werden.

Bei der Beratung von Suchtkranken sind einige Besonderheiten und Unterschiede im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Klienten zu beachten: Art und Organisationsform der örtlichen und überörtlichen Therapiemöglichkeiten, die besondere Bedeutung der Selbsthilfe und der Eigenverantwortung, häufig bestehende körperliche und/oder seelische Begleiterkrankungen seien als Beispiele genannt. Daher wird die Beratung Suchtkranker innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes fachlich getrennt von der allgemeinpsychiatrischen Beratung geführt. Die Sozialarbeiter/innen unseres Dienstes spezialisieren sich also entweder auf die Beratung Suchtkranker oder auf die Beratung allgemeinpsychiatrisch erkrankter Klienten.

Bei Menschen mit „Doppeldiagnosen“, die z.B. neben einer Alkoholsucht an einer Psychose oder schweren Persönlichkeitsstörung leiden, sind Kompetenzen aus beiden Arbeitsbereichen gefordert. Es ist uns ein besonderes Anliegen, dass wir auch zu solchen Menschen Kontakt halten bzw. bekommen können, die aufgrund komplizierter Problemlagen schlecht erreichbar sind. Phasen in der Beratungsarbeit mit Fehlkontakten oder auch zeitaufwändigen Sonderkontakten müssen in der Arbeit mit solchen Klienten bewältigt werden können. Dazu gehört auch die Option, bedarfsorientiert und zeitnah einen Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes einbeziehen zu können. Die Beratung Suchtkranker durch unseren Dienst ist somit keine Konkurrenz zu den anderen Beratungsstellen im Kreisgebiet, sondern eine für die Region sinnvolle Ergänzung mit der Möglichkeit, besondere Schwerpunkte legen zu können.

### **1.2.2 Krisenbewältigung**

#### **a) Was ist eine „Krise“ in der Arbeit eines Sozialpsychiatrischen Dienstes?**

In Deutschland gehört Suizid zu den zehn häufigsten Todesursachen. Pro Jahr sterben rund 12.000 Personen in Deutschland durch Suizid (das sind mehr Opfer als im Straßenverkehr). Neben Suizidhandlungen im Rahmen schwerer organischer oder psychischer Krankheiten gibt es ganz unterschiedliche Gründe, warum Menschen an einer Lebenslage so verzweifeln, dass sie suizidgefährdet sind. Häufige Gründe für Suizidalität bei Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind:

- krisenhafte Zuspitzung einer psychischen Störung (Psychose, Depression, Angstkrankheit)
- Ereignisse im Verlauf einer psychischen Erkrankung, die zu einer (akuten) Bedrohung des sozialen Lebens führen (Arbeit, Wohnung, Verschuldung, Isolation)
- Partnerschaftskonflikte
- Suchtmittelrückfall bei Suchtkranken

Derartige Lebensereignisse können aber auch ohne zusätzlich bestehende Suizidalität das Ausmaß einer Krise annehmen, welche ein rasches Handeln erfordert; z.B. drohende Obdachlosigkeit bei Klienten, die krankheitsbedingt die nötigen Schritte nicht schaffen, um ihre Wohnung zu wechseln oder zu halten.

Wenn ein gutes Vertrauensverhältnis zu Klienten aufgebaut werden kann, können Gesprächskontakte zur Krisenintervention dazu dienen, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden und eine optimale ambulante Betreuung sicherzustellen. Oft ist aber auch ganz praktische Sozialarbeit gefragt, um - wie im oben genannten Beispiel - elementare Lebensgrundlagen zu sichern.

Eine andere Form von Krise ist es, wenn im Rahmen einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung der Betroffene zunehmend seinen Kontakt zur Wirklichkeit verliert und er dabei Verhaltensweisen zeigt, durch die er andere Menschen in Gefahr bringt (sog. „fremdgefährdendes Verhalten“). Die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit kann dabei so beeinträchtigt sein, dass eine vernünftige gemeinsame Krisenbewältigung mit dem Klienten nicht möglich ist. Das PsychKG-NRW sieht für solche Krisen die Anwendung von Schutzmaßnahmen notfalls gegen den Willen der Betroffenen vor (näheres siehe: „c) Krisenbewältigung durch Schutzmaßnahmen“).

## **b) Partnerschaftliche Krisenbewältigung**

Die weit überwiegende Anzahl unserer Klientenkontakte kommt mit Einverständnis der Klienten zustande und verläuft durchweg partnerschaftlich. Im PsychKG-NRW heißt es dazu:

„Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen (...)“  
(§ 2 PsychKG-NRW).

Viele Klienten suchen sich eigenmotiviert und selbständig geeignete Hilfen im Krisenfall, wobei der Sozialpsychiatrische Dienst nicht selten der erste Ansprechpartner ist. Andere Klienten sind froh oder billigen es zumindest, wenn ihnen in Krisensituationen Hilfe ohne Eigeninitiative zukommt, z.B. auf Vermittlung durch Angehörige.

Bei manchen Klienten treffen wir auf Ablehnung jeglicher Hilfe trotz einer unübersehbaren Krisensituation. Wenn dabei deutlich wird, dass der Betroffene über genug eigene Ressourcen verfügt, die Krise selbst zu überstehen, gilt es, das zu respektieren - auch wenn es aus unserer Sicht bessere Lösungen gibt.

### **c) Krisenbewältigung durch Schutzmaßnahmen**

Hierzu heißt es im „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG-NRW):

„Sind gewichtige Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass Betroffene wegen einer psychischen Krankheit sich selbst erheblichen Schaden zufügen oder bedeutende Rechtsgüter anderer zu gefährden drohen, kann die untere Gesundheitsbehörde die Betroffenen auffordern, zu einer Untersuchung in die Sprechstunde des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu erscheinen (...)“ (§ 9 (1) PsychKG-NRW)

Es ist sogar im Gesetz vorgesehen, eine solche Untersuchung notfalls mit einer zwangsweisen Vorführung durchzusetzen (§ 9 Abs. 3-7 PsychKG-NRW), was aber in der praktischen Arbeit fast nie angewendet werden muss.

Wenn ein psychisch Kranker eine akute Gefahr für sich oder andere darstellt und nicht bereit oder in der Lage ist, geeignete ambulante Hilfe in Anspruch zu nehmen, sieht das Gesetz auch eine zwangsweise Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik vor (sog. „Zwangsunterbringung“). Solch ein schwerer Eingriff in die Grundrechte eines Erkrankten darf immer nur die letzte Möglichkeit sein.

In der praktischen Umsetzung der nach PsychKG vorgesehenen Hilfen und Schutzmaßnahmen besteht in solchen Fällen stets ein Spannungsverhältnis zwischen den Zielen einer individuellen Fürsorge für den Einzelnen und dem Kontroll- und Schutzanspruch der Allgemeinheit. Dieses Spannungsverhältnis versucht der Sozialpsychiatrische Dienst als ethisches Dilemma anzuerkennen und jede Krise als Herausforderung zu betrachten, in der es die Würde des betroffenen Menschen zu wahren gilt und Zwangsmaßnahmen wirklich das letzte Mittel bleiben müssen.

Kriseninterventionen gehören zum üblichen Spektrum unserer Tätigkeit. Eine verlässliche Erreichbarkeit mit Vermittlung einer raschen Krisenhilfe oder Leistung dieser Hilfe durch unsere eigenen Mitarbeiter ist organisatorisch während unserer Dienstzeiten abgesichert. Ein umfassender sozialpsychiatrischer Krisendienst rund um die Uhr kann aber nicht geleistet werden. Die medizinische Versorgung psychiatrischer Notfälle ist über die niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte in Verbindung mit den notärztlichen Diensten und der stationär-psychiatrischen Pflichtversorgung durch das Krankenhaus Lübbecke sichergestellt.

### **1.2.3 Gremienarbeit, Koordination, Kooperation, Vernetzung**

Sowohl das PsychKG als auch das ÖGDG enthalten Bestimmungen, welche den Sozialpsychiatrischen Dienst zu einer Zusammenarbeit mit allen Trägern verpflichtet, die Hilfen für psychisch Kranke in der Region leisten. Das Kapitel 3 geht näher auf die psychiatrische Versorgungsstruktur des Kreises Minden-Lübbecke ein. Um eine zielführende Beratungsarbeit leisten zu können, sind wir auf wechselseitige Kooperationen mit allen anerkannten regionalen Leistungsanbietern, Selbsthilfeorganisationen, ehrenamtlich organisierten Hilfen etc. angewiesen. Neben dem direkten Klientenkontakt hat die Zusammenarbeit innerhalb der Hilfestruktur mit seinen vielfältigen Angeboten einen großen Stellenwert in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Zur Vermeidung von Kommunikations- und Kooperationsstörungen ist die Teilnahme an Gremienarbeit unverzichtbar. Die Förderung von Kooperation und Vernetzung mit dem Ziel einer möglichst guten Koordination der Hilfen ist Teil unseres gesetzlichen Auftrages.

Im Berichtszeitraum waren wir an folgenden Gremien, Arbeitskreisen und Kooperationen mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten beteiligt:

- Kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft - Psychiatrie
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft - Sucht
- Clearingverfahren des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe
- Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste

Mitarbeit in Arbeitskreisen zu speziellen Themenfeldern:

- Arbeitskreis gegen häusliche Gewalt
- Arbeitskreis „Aktionstag Sucht“
- Arbeitskreis „Suchtvorbeugung“
- Arbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht
- Arbeitsgemeinschaft Spielsucht
- Arbeitstreffen Frau und Sucht

Eine gute Kooperation mit anderen Einrichtungen und Kontakte zu Selbsthilfegruppen einschließlich Angehörigengruppen bilden eine wichtige Grundlage für die fachliche Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Nur durch gute Vernetzung und das Wissen über wohnortnahe, optimale Hilfsmöglichkeiten kann eine effektive Hilfe für unsere Klienten angeboten werden. Mit Einverständnis des

Klienten finden Absprachen statt, um so ein aufeinander aufbauendes Beratungs- und Unterstützungssystem zu schaffen.

Kooperation mit anderen Einrichtungen:

im Bereich der Allgemeinpsychiatrischen Beratung:

- Monatliche Gespräche mit dem Sozialdienst der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses Lübbecke sowie Besuch der Stationen
- Zusammenarbeit mit den Tageskliniken Minden und Lübbecke
- Regelmäßige Treffen (2x jährlich) mit der Psychiatrischen Ambulanz, Krankenhaus Lübbecke
- Regelmäßige Kontakte zum Krankenhaus Bad Oeynhausen
- Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychotherapeuten
- Kooperation mit Betreuern / Betreuungsvereinen
- Regelmäßige Kooperationstreffen mit den Begegnungsstätten des Club 74 in Minden, Bad Oeynhausen und Lübbecke

im Bereich der Suchtberatung:

- Regelmäßige Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Lübbecke, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, wöchentliche Besuche der Stationen
- Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Bad Oeynhausen
- Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen der Diakonischen Werke in Minden, Bad Oeynhausen und Lübbecke
- Zusammenarbeit mit der DROBS Minden
- Kooperation mit Betreuern / Betreuungsvereinen
- Kooperation mit Selbsthilfegruppen
- Kooperation mit dem „Hexenhaus“
- Zusammenarbeit mit diversen Sucht-Fachkliniken

#### **1.2.4 Begutachtungen, Stellungnahmen, Berichterstattung**

Als Arbeitsgruppe innerhalb des Gesundheitsamtes haben wir auch rein behördliche Tätigkeitsbereiche. Darunter fallen für die ärztlichen Mitarbeiter amtsärztliche Gutachtaufträge und Stellungnahmen mit psychiatrischer Fragestellung. Unsere Sozialarbeiter/innen erstellen auf Anforderung für die Betreuungsstelle des Kreises Stellungnahmen zum Betreuungsbedarf in gerichtlichen Betreuungsverfahren. Außerdem sind wir eingebunden in die Gesundheitsberichterstattung entsprechend den Bestimmungen im ÖGDG.

## 2. Struktur

### 2.1. Allgemeines

Der Aufbau und Ausbau von Sozialpsychiatrischen Diensten in Deutschland war eng verbunden mit einer groß angelegten Psychiatriereform, welche die psychiatrische Versorgung seit den siebziger und achtziger Jahren grundlegend verändert hat.

Eine 1971 vom Deutschen Bundestag eingesetzte Expertenkommission „Psychiatrie-Reform“ untersuchte die Zustände in den damals noch zahlreichen, oft weit abgelegenen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Sie entdeckte und beklagte katastrophale Zustände: Viele psychisch Kranke und Behinderte lebten damals unter elenden, zum Teil menschenunwürdigen Bedingungen. Knapp 60 Prozent der Patienten fristeten dort schon mehr als zwei Jahre ihres Lebens. Fast 40 Prozent waren in Schlafsälen mit mehr als elf Betten untergebracht – für ihre persönlichen Habseligkeiten stand oftmals nur eine Schachtel unter dem Bett zur Verfügung. Die hygienischen Verhältnisse waren unzumutbar, die Personaldecke dünn, Möglichkeiten zur Nachsorge kaum vorhanden.

Die Expertenkommission legte im Oktober 1975 Leitlinien zur Reform der Psychiatrie vor, die so genannte Psychiatrie-Enquete. Seitdem ist in der Versorgung psychisch Kranker vieles verbessert worden. Die katastrophalen Zustände in den einstigen Heil- und Pflegeanstalten sind überwunden. Sie sind modernisiert, verkleinert und professionalisiert worden. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wurden eingerichtet: 1970 gab es 21 dieser Fachabteilungen, heute sind es rund 160. In diesem Kontext wurde im Kreis Minden Lübbecke 1985 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als Abteilungspsychiatrie am Krankenhaus Lübbecke eröffnet.

Die Zahl der niedergelassenen Psychiater hat sich in Deutschland seit den 70er-Jahren von rund 1.000 auf 5.400 erhöht. Gemeindenahe Versorgungsstrukturen – Sozialpsychiatrische Dienste, betreute Wohnformen, Heime, tagesstrukturierende Einrichtungen, Tageskliniken, Institutsambulanzen, niedergelassene Psychiater – sind aufgebaut worden.

Für viele psychisch Kranke ist die in der Enquete geforderte „gemeindenahe Versorgung“ heute möglich: Die durchschnittliche Verweildauer von Psychiatriepatienten im Krankenhaus ist auf 28 Tage gesunken, jahrelange Verweildauern gehören (mit Ausnahme bei den psychisch kranken Straftätern) der Vergangenheit an.

Seit Beginn der Reform sind mehr als 25 Jahre vergangen. Um das Jahr 2000 herum war das Thema „25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete“ innerhalb der Fachöffentlichkeit, der Selbsthilfeorganisationen und auch mancher Medien ein Anlass, kritische Bilanzen zu ziehen:

So wird beklagt, dass die Psychiatrie-Reform nur Teillösungen erreicht hat. Die gemeindenahе sozialpsychiatrische Versorgung Deutschlands wird als lückenhaft und regional sehr unterschiedlich ausgebaut bewertet. Die Koordination und Kooperation zwischen den Versorgungsdiensten müsse noch deutlich verbessert werden. Langzeitpatienten wurden „enthospitalisiert“, jedoch ist zum Teil eine Verlagerung in Heime zu beobachten. Viele chronisch psychisch Kranke leben am Rand der Armutsgrenze. Sozialrechtlich sind sie längst nicht körperlich Kranken gleichgestellt. Wenig verändert hat sich am Verständnis und der Toleranz der Gesellschaft für Krankheiten, die mit einer Andersartigkeit des Denkens, Fühlens und Verhaltens einhergehen.

In diesem Kontext ist die Organisationsstruktur und Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Minden-Lübbecke zu sehen, die sich an Richtlinien und Empfehlungen orientiert, die seit der Psychiatriereform entwickelt wurden. Die Verwaltungsstrukturen sind momentan in ganz Deutschland in einem Prozess dynamischer Veränderung mit dem Trend, dass die kommunale Ebene gestärkt wird, die Städte und Gemeinden einen Aufgabenzuwachs haben. Knappe Ressourcen der Kommunen und bei allen anderen Kostenträgern stehen dem gegenüber. Alle Akteure, die an der psychiatrischen Versorgung der Region teilnehmen, stehen der Herausforderung durch knapper werdende Ressourcen gegenüber. Die teils berechtigte Kritik an nicht erreichten Zielen der Psychiatriereform darf dadurch aber nicht übergangen werden: An einer weiteren Verbesserung der Lebensbedingungen und der Versorgung psychisch Kranker auch im Kreis Minden-Lübbecke gilt es zu arbeiten. Das bereits Erreichte gilt es zu erhalten.

## **2.2. Organisationsstruktur**

### **2.2.1 Räumlichkeiten**

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist eine eigenständige Arbeitsgruppe innerhalb des Gesundheitsamtes. Unsere Hauptstelle ist in den Räumen des Gesundheitsamtes in Minden, Portastraße 13 (Kreishaus, Gebäude C). Daneben haben wir, um eine gemeindenahе Versorgung zu gewährleisten, je eine Außenstelle in Lübbecke und in Bad Oeynhausen.

## Anschriften:

Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Minden-Lübbecke  
Portastrasse 13  
32423 Minden

Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Minden-Lübbecke,  
Außenstelle Lübbecke  
Osnabrücker Straße 28  
32312 Lübbecke

Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Minden-Lübbecke,  
Außenstelle Bad Oeynhausen  
Tannenbergstraße 23 („Oeynhaus“)  
32547 Bad Oeynhausen

### 2.2.2 Erreichbarkeit:

Öffnungszeiten mit verlässlicher Personalbesetzung der Dienststellen Minden und Lübbecke:

|                                                                                                                                       |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Montag - Donnerstag<br>Freitag<br>und nach Vereinbarung                                                                               | von 08.30 bis 16.30 Uhr<br>von 08.30 bis 13.00 Uhr                                     |
| Minden                                                                                                                                | Tel.: 0571 / 807 - 28 61                                                               |
| Lübbecke                                                                                                                              | Tel.: 05741 / 3453 - 18                                                                |
| Bad Oeynhausen<br><b>Achtung:</b> hier zeitweise nur Anrufbeantworter! Sofortige Kontaktaufnahme ist über die Mindener Nummer möglich | Tel.: 05731 / 21156<br>psychiatrische Beratung<br>Tel.: 05731 / 20744<br>Suchtberatung |

Bad Oeynhausen: Nach Vereinbarung, da diese Außenstelle nicht kontinuierlich besetzt ist.

Um für eilige Angelegenheiten einschließlich Krisensituationen tagsüber verlässlich erreichbar zu sein, wird ein Telefon-Innendienst vorgehalten.

### **2.2.3 Gemeindenahes Organisationsprinzip**

Nach einem gemeindenahen Organisationsprinzip haben wir das Kreisgebiet in Sektoren untergliedert. Jeder Sektor ist einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin zugeordnet. Damit ist eine personenzentrierte, kontinuierliche Beratungsarbeit möglich. Die Klienten haben i.d.R. einen festen Ansprechpartner, der für sie zuständig ist. Ziel ist es, dass insbesondere Langzeitklienten und Problemerklienten einen persönlichen Bezug zu „ihrem“ Mitarbeiter des Dienstes entwickeln können. Eine personenbezogene Kontinuität entscheidet neben der nötigen Fachkompetenz häufig darüber, ob die Ziele der Beratungsarbeit erreicht werden können.

Unter 1.2.1 ist beschrieben, warum eine inhaltliche Differenzierung der Beratungsarbeit in Allgemeinpsychiatrische Beratung und Suchtberatung vorgehalten wird. Die Mitarbeiter/innen aus der Berufsgruppe der Sozialpädagogen/innen und Sozialarbeiter/innen sind jeweils einem der beiden Arbeitsbereiche fest zugeordnet. Je nach Problemlage ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit selbstverständlich.

### **2.2.4 Personalausstattung**

Wir sind personell ausgestattet mit:

- einem Arzt und einer Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- neun Stellen für Diplom-Sozialpädagogen/innen bzw. Diplom-Sozialarbeitern/innen, teils mit spezieller Zusatzqualifikation
- einer Fachkrankenschwester (psychiatrische Pflege)
- zwei Stellen Sekretariat

Viele Mitarbeiter/innen sind Teilzeitkräfte. Die Anzahl der Stellen entspricht daher nicht der (höheren) Anzahl der Mitarbeiter/innen!

## 2.2.5 Zuordnung der Mitarbeiter/innen zu Sektoren und Arbeitsbereichen

### Bezirksteilung für allgemeinpsychiatrische Hilfen

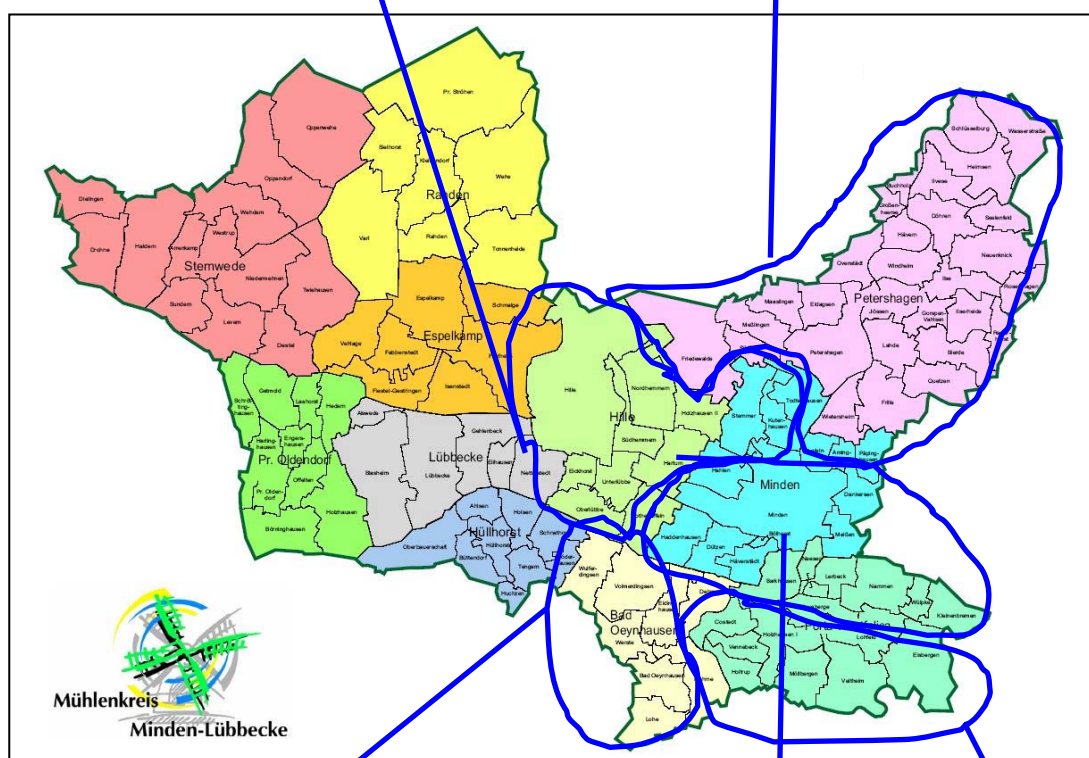
Dienststelle Minden (Tel.: 0571 / 807-2861)

und Außenstelle Bad Oeynhausen (Tel.: 05731 / 21156)

Frau Meier  
(Tel. 807-2864)  
Hille  
Minden: Bärenkämpen,  
Hahlen, Stemmer, Ku-  
tenh., Todtenh., Nord-  
stadt.

Ärztliche Zuständig-  
keit: Herr Gimbel  
(Tel.: 807-2860)

Frau Cremers  
(Tel.: 807-2864)  
Petershagen  
Minden: Leteln, Aminghau-  
sen, Päpinghausen



Herr Turski  
(Tel.: 807-2865)  
Minden: südlich des Ka-  
nals  
Porta Westfalica: nördlich  
der Porta

Frau Kellermeier  
(Tel. 807-2857)  
Bad Oeynhausen (außer  
Rehme, Dehme, Ober-  
becken)

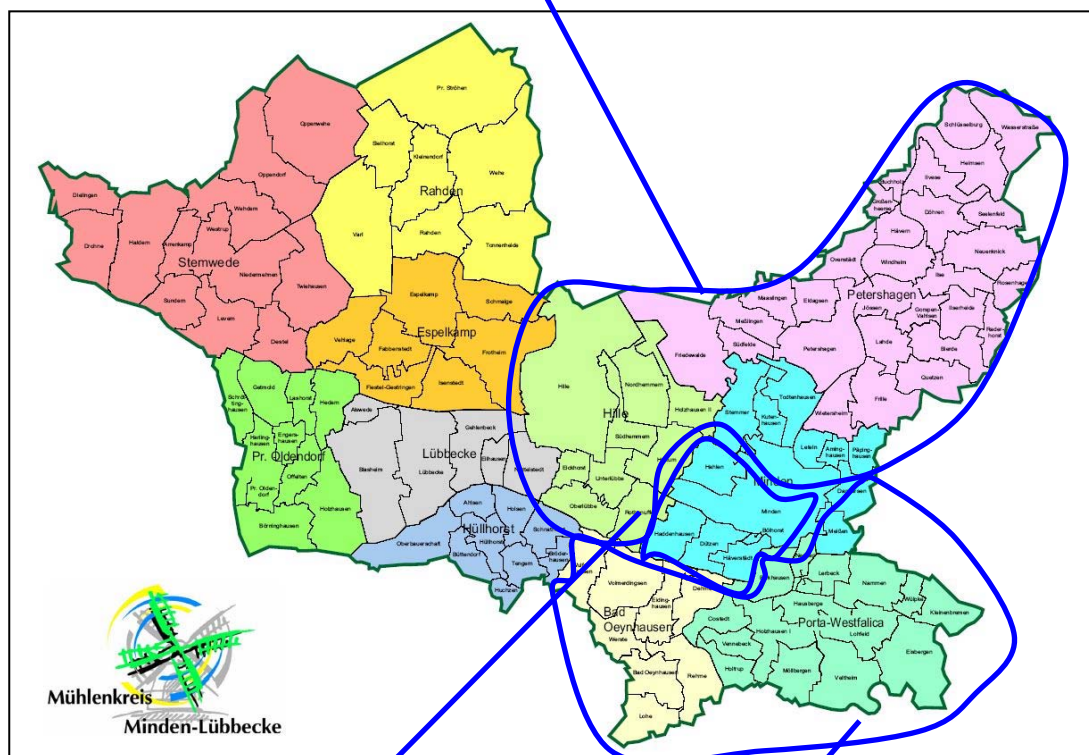
Ärztliche Zuständigkeit:  
Frau Dr. Rohrberg  
(Tel.: 807 - 2856)

Frau Rohde  
(Tel. 807-2862)  
Porta Westfalica: südlich  
der Porta  
Bad Oeynhausen: Rehme,  
Dehme, Oberbecken

**Bezirksaufteilung der Hilfen für Suchtkranke**  
**Dienststelle Minden (Tel.: 0571 / 807-2861)**  
**mit Außenstelle Bad Oeynhausen (Tel.: 05731 / 20744)**

Frau Dührkoop  
 (Tel.: 807-2859)  
 Petershagen  
 Hille  
 Minden: Todtenhausen,  
 Kutenhausen, Stemmer,  
 Leteln, Aminghausen, Pä-  
 pinghausen, Kuhlenkamp,  
 Nordstadt, rechtes Weser-  
 ufer

Ärztliche Zuständigkeit:  
 Herr Gimbel  
 (Tel.: 807-2860)



Herr Winkler  
 (Tel.: 807-2858)  
 Minden: Haddenhausen,  
 Dützen, Häverstädt, Bül-  
 horst, Rodenbeck, Königs-  
 tor, Hahlen, Minderheide,  
 Innenstadt, Bärenkämpen

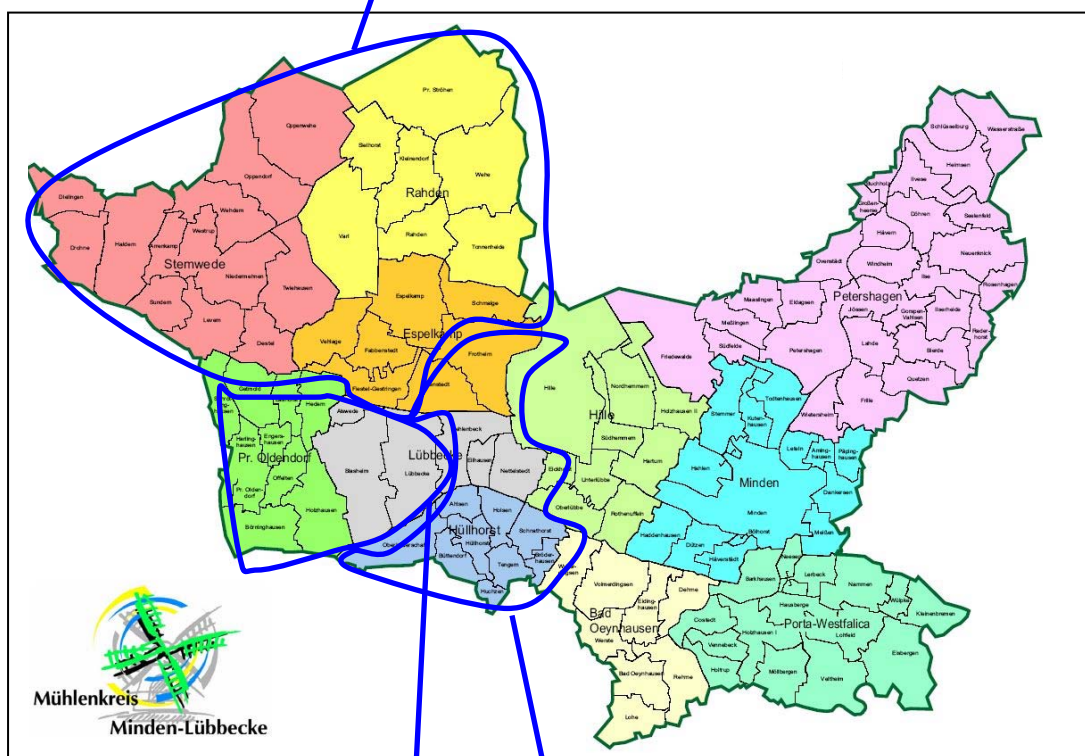
Ärztliche  
 Zuständigkeit:  
 Frau Dr. Rohr-  
 berg  
 (Tel. Minden:  
 807-2856)  
 (Tel. Oeynhaus:  
 05731 / 307935)

Frau Sander-Walter  
 (Tel. Minden: 807-2857)  
 (Tel. Oeynhaus: 05731 / 20744)  
 Bad Oeynhausen  
 Porta Westfalica  
 Minden: Meißen, Dankersen

**Bezirksaufteilung für allgemeinspsychiatrische Hilfen**  
**Dienststelle Lübbecke**  
**Tel.: 05741 / 3453-18**

Ärztliche Zuständigkeit:  
Herr Gimbel  
Tel.: 05741 / 3453-14  
Tel. Minden: 0571 / 807-2860  
Fax: 0571 / 807-386 00

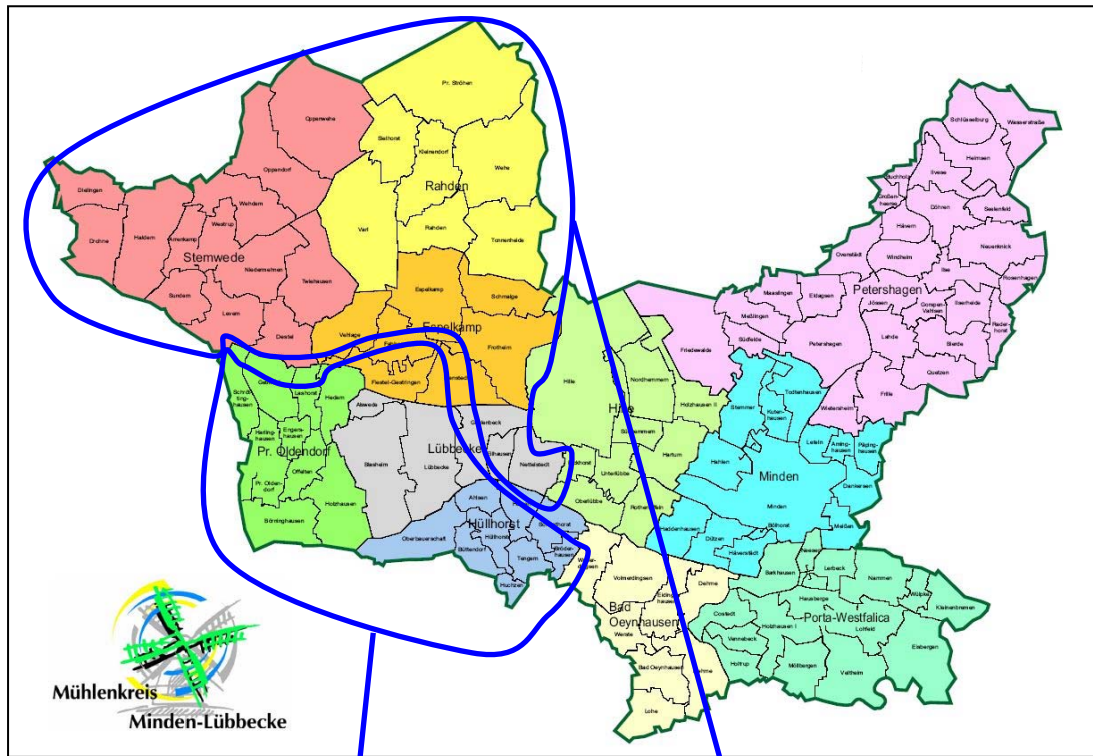
Frau Dreher  
(Tel.: 05741 / 3453-20)  
Stemwede  
Rahden  
Espelkamp (außer Frotheim und Isenstedt)



Frau Ermshaus  
(Tel.: 05741 / 3453-19)  
Pr. Oldendorf  
Lübbecke: Alswede, Blasheim,  
Innenstadt

Frau Reith  
(Tel.: 05741 / 3453-13)  
Hüllhorst  
Espelkamp: Frotheim und Isenstedt  
Lübbecke: Gehlenbeck, Eilhausen,  
Nettelstedt

**Bezirksaufteilung der Hilfen für Suchtkranke**  
**Dienststelle Lübbecke**  
**Tel.: 05741 / 3453-18**



Frau Creyaufmüller  
 (Tel.: 3453-23)  
 Pr. Oldendorf  
 Hüllhorst  
 z.T.: Lübbecke, Espelkamp

Ärztliche Zu-  
 ständigkeit:  
 Herr Gimbel  
 (Tel.: 3453-14)  
 (Tel. Minden:  
 0571 / 807-2860)

Herr Schmidt-König  
 (Tel.: 3453-24)  
 Stemwede  
 Rahden  
 z.T.: Lübbecke, Espelkamp

### 3. Umfeld

Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist eingebettet in regional teils sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen. Allen Anbietern gemeinsam ist, dass sie in irgendeiner Form Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Bürger/innen unseres Kreises anbieten. In der Beschreibung dieser Versorgungsstruktur teilt man unter praktischen Gesichtspunkten die verschiedenen Einrichtungen und Dienste in vier Bereiche ein:

- Psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung (ambulant, teilstationär, vollstationär)
- Hilfen beim Wohnen (gesamtes Spektrum unterschiedlicher Wohnformen)
- Hilfen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Kontaktstellen, Freizeitgestaltung, Tagesstrukturierung, Kultur)
- Hilfen bei der Arbeit / berufliche Rehabilitation

Darüber hinaus sind die verschiedenen Selbsthilfegruppen hervorzuheben, die vor allem bei Suchterkrankungen eine große Bedeutung erlangt haben.

Das Gesundheitsamt hat einen Wegweiser zu Einrichtungen und Diensten erarbeitet, in dem die Versorgungsangebote regional gegliedert zusammengestellt sind.

„Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen  
im Kreis Minden-Lübbecke  
Wegweiser zu Einrichtungen und Diensten“

Dieser Wegweiser steht im Internet unter

[http://www.minden-luebbecke.de/media/custom/322\\_1361\\_1.PDF](http://www.minden-luebbecke.de/media/custom/322_1361_1.PDF)

auf den Seiten des Gesundheitsamtes unter „Projekte und Downloads“ zur Verfügung und wird mindestens einmal jährlich aktualisiert.

Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist vom gesetzlichen Auftrag her und vom Selbstverständnis seiner Mitarbeiter stets bezogen auf die gesamte psychiatrische Hilfestruktur, wie sie vor Ort besteht.

## 4. Jahresstatistik 2005

### 4.1. Allgemeines

Der Sozialpsychiatrische Dienst erfasst und anonymisiert Daten über die betreuten Klienten und die erbrachten Leistungen. Der entsprechende Dokumentationsbogen wurde in Zusammenarbeit mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf entwickelt und wird auch von einigen anderen Sozialpsychiatrischen Diensten verwendet. In diese Erfassung gehen allerdings nur solche Kontakte ein, die nicht lediglich telefonische Nachfragen oder einzelne Informationsgespräche waren. Auch (krankheitsbedingte) Fehlkontakte oder der Umfang komplexer Hilfseinsätze z.B. bei Kriseninterventionen werden nicht dargestellt, so dass die Dokumentation nicht die gesamten Leistungen und die Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes abbildet.

Eine NRW-weit einheitliche Statistikerfassung durch alle Sozialpsychiatrischen Dienste auf einer gemeinsamen Software-Basis hat sich leider nicht etabliert, ein Vergleich mit anderen Regionen ist auf dieser Basis nicht möglich.

### 4.2 Ausgewählte statistische Auswertungen

Es handelt sich nicht um eine komplette Leistungsstatistik. So sind z.B. die formal zum amtsärztlichen Bereich gehörenden Gutachtenerstellungen und die Betreuungsstellnahmen nicht Bestandteil dieser Auswertung. Die Beratungsarbeit als Haupttätigkeitsfeld wird jedoch recht umfassend abgebildet.

Zum Vergleich sind neben den Zahlen aus 2005 die Daten von 2002 bis 2004 in die Tabellen eingearbeitet. Auffällige Veränderungen sind daraus nicht zu ersehen.

#### 4.2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst insgesamt

| Jahr              | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|-------------------|-------------|------|------|------|
| Klienten gesamt   | <b>1219</b> | 1130 | 1248 | 1268 |
| Einzelkontakte    | <b>6122</b> | 5884 | 6025 | 6175 |
| davon im Amt      | <b>3913</b> | 4107 | 4007 | 4240 |
| davon Hausbesuche | <b>2209</b> | 1777 | 2018 | 1935 |

## 4.2.2 Allgemeinpsychiatrische Beratung

### Eckdaten:

| Jahr                                  | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|---------------------------------------|-------------|------|------|------|
| Klienten                              | <b>699</b>  | 649  | 707  | 718  |
| Männer                                | <b>38 %</b> | 37 % | 37 % | 45 % |
| Frauen                                | <b>62 %</b> | 63 % | 63 % | 55 % |
| Erstkontakte                          | <b>46 %</b> | 47 % | 44 % | 36 % |
| Bekannte Klienten                     | <b>54 %</b> | 53 % | 56 % | 64 % |
| Eine rechtliche Betreuung bestand bei | <b>17 %</b> | 18 % | 18 % | 15 % |

### Arbeitssituation (häufigste Nennungen):

| Jahr                     | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|--------------------------|-------------|------|------|------|
| Ohne Arbeit              | <b>59 %</b> | 60 % | 60 % | 57 % |
| Hausfrau/Hausmann        | <b>12 %</b> | 12 % | 8 %  | 13 % |
| Berufstätig              | <b>13 %</b> | 11 % | 11 % | 12 % |
| Beschützte Arbeit / Reha | <b>6 %</b>  | 5 %  | 6 %  | 6 %  |
| Alle anderen             | <b>10 %</b> | 13 % | 15 % | 12 % |

### Überwiegender Unterhalt (häufigste Nennungen):

| Jahr             | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002  |
|------------------|-------------|------|------|-------|
| Rente            | <b>33 %</b> | 28 % | 28 % | 27 %  |
| Angehörige       | <b>16 %</b> | 19 % | 15 % | k. A. |
| Sozialamt        | <b>14 %</b> | 14 % | 15 % | 19 %  |
| Eigene Tätigkeit | <b>14 %</b> | 14 % | 15 % | 15 %  |
| Arbeitsamt       | <b>4 %</b>  | 7 %  | 8 %  | 15 %  |
| Alle anderen     | <b>19 %</b> | 19 % | 19 % | 24 %  |

### Anlass der Kontaktaufnahme:

| Jahr                                   | 2005        | 2004 | 2003 | 2002 |
|----------------------------------------|-------------|------|------|------|
| Probleme mit Krankheitsbewältigung     | <b>26 %</b> | 27 % | 30 % | 33 % |
| Beziehungsprobleme mit Familie         | <b>16 %</b> | 16 % | 16 % | 16 % |
| Beziehungsprobleme mit sozialem Umfeld | <b>6 %</b>  | 7 %  | 7 %  | 8 %  |
| Probleme mit Arbeit / Ausbildung       | <b>6 %</b>  | 7 %  | 6 %  | 7 %  |
| Finanzielle Probleme                   | <b>5 %</b>  | 6 %  | 5 %  | k.A. |
| Krise mit Gefährdung                   | <b>5 %</b>  | 4 %  | k.A. | k.A. |
| Alle anderen                           | <b>36 %</b> | 33 % | 36 % | 36 % |

### Psychiatrische Diagnose (häufigste Nennungen):

| Jahr                               | 2005        | 2004 | 2003 | 2002 |
|------------------------------------|-------------|------|------|------|
| Schizophrenie / wahnhafte Störung  | <b>34 %</b> | 34 % | 35 % | 34 % |
| Reaktive und neurotische Störungen | <b>20 %</b> | 18 % | 16 % | 16 % |
| Affektive Störungen                | <b>15 %</b> | 15 % | 16 % | 16 % |
| Persönlichkeitsstörungen           | <b>12 %</b> | 13 % | 15 % | 13 % |
| Hirnorganische Störungen           | <b>6 %</b>  | 6 %  | 7 %  | k.A. |
| Alle anderen                       | <b>13 %</b> | 13 % | 11 % | 22 % |

### Zweitdiagnosen:

| Jahr                                            | 2005        | 2004 | 2003 | 2002  |
|-------------------------------------------------|-------------|------|------|-------|
| Anteil der Klienten mit erfasster Zweitdiagnose | <b>13 %</b> | 8 %  | 9 %  | 8,5 % |
| Davon Suchtkrankheit als Zweitdiagnose          | <b>46 %</b> | 64 % | 51 % | 52 %  |

### Beratungskontakte:

| Jahr                                       | 2005               | 2004        | 2003        | 2002        |
|--------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| Einzelkontakte gesamt                      | <b>3684</b>        | 3292        | 3313        | 3597        |
| davon: Gespräche im Amt (auch telefonisch) | <b>2204 (60 %)</b> | 2122 (65 %) | 2074 (63 %) | 2238 (62 %) |
| davon: aufsuchend / Hausbesuch             | <b>1480 (40 %)</b> | 1170 (36 %) | 1239 (37 %) | 1359 (38 %) |

### 4.2.3 Suchtberatung

#### Eckdaten:

| Jahr                                  | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|---------------------------------------|-------------|------|------|------|
| Klienten                              | <b>520</b>  | 481  | 540  | 548  |
| Männer                                | <b>78 %</b> | 75 % | 75 % | 77 % |
| Frauen                                | <b>22 %</b> | 25 % | 25 % | 23 % |
| Erstkontakte                          | <b>57 %</b> | 51 % | 54 % | 55 % |
| Bekannte Klienten                     | <b>43 %</b> | 49 % | 46 % | 45 % |
| Eine rechtliche Betreuung bestand bei | <b>11 %</b> | 16 % | 15 % | 11 % |

#### Arbeitssituation (häufigste Nennungen):

| Jahr                     | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|--------------------------|-------------|------|------|------|
| Ohne Arbeit              | <b>59 %</b> | 63 % | 54 % | 48 % |
| Hausfrau/Hausmann        | <b>1 %</b>  | 4 %  | 1 %  | 9 %  |
| Berufstätig              | <b>23 %</b> | 21 % | 27 % | 30 % |
| Beschützte Arbeit / Reha | <b>3 %</b>  | 2 %  | 2 %  | 3 %  |
| Alle anderen             | <b>13 %</b> | 10 % | 14 % | 10 % |

#### Überwiegender Unterhalt:

| Jahr             | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|------------------|-------------|------|------|------|
| Rente            | <b>13 %</b> | 17 % | 16 % | 12 % |
| Sozialamt        | <b>21 %</b> | 24 % | 17 % | 20 % |
| Eigene Tätigkeit | <b>21 %</b> | 19 % | 24 % | 27 % |
| Arbeitsamt       | <b>16 %</b> | 23 % | 21 % | 22 % |
| Alle anderen     | <b>30 %</b> | 18 % | 22 % | 19 % |

Anlass der Kontaktaufnahme (häufigste Nennungen):

| Jahr                                   | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|----------------------------------------|-------------|------|------|------|
| Probleme mit Krankheitsbewältigung     | <b>26 %</b> | 25 % | 23 % | 24 % |
| Beziehungsprobleme mit Familie         | <b>17 %</b> | 18 % | 15 % | 18 % |
| Beziehungsprobleme mit sozialem Umfeld |             |      |      |      |
| Probleme mit Arbeit / Ausbildung       | <b>9 %</b>  | 9 %  | 8 %  | 8 %  |
| Therapievermittlung                    | <b>6 %</b>  | 6 %  | 4 %  |      |
| Alle anderen                           | <b>42 %</b> | 43 % | 47 % | 50 % |

Psychiatrische Diagnosen (häufigste Nennungen):

| Jahr                     | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|--------------------------|-------------|------|------|------|
| Alkoholabhängigkeit      | <b>95 %</b> | 92 % | 93 % | 94 % |
| Spielsucht               | <b>3 %</b>  | 4 %  | 2 %  | 2 %  |
| Multipler Substanzkonsum | <b>1 %</b>  | 2 %  | 2 %  | 3 %  |
| Alle anderen             | <b>2 %</b>  | 2 %  | 3 %  | 1 %  |

| Jahr                                            | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|-------------------------------------------------|-------------|------|------|------|
| Anteil der Klienten mit erfasster Zweitdiagnose | <b>11 %</b> | 5 %  | 7 %  | 5 %  |

Die Zweitdiagnosen waren 2006 sowie in den Vorjahren auf alle Diagnosegruppen verteilt.

Beratungskontakte:

| Jahr                                       | <b>2005</b>        | 2004        | 2003        | 2002        |
|--------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| Einzelkontakte gesamt                      | <b>2438</b>        | 2592        | 2608        | 2577        |
| davon: Gespräche im Amt (auch telefonisch) | <b>1709 (70 %)</b> | 1985 (77 %) | 1855 (71 %) | 2001 (78 %) |
| davon: aufsuchend / Hausbesuch             | <b>729 (30 %)</b>  | 607 (23 %)  | 753 (29 %)  | 576 (22 %)  |

| Jahr                  | <b>2005</b> | 2004 | 2003 | 2002 |
|-----------------------|-------------|------|------|------|
| Therapievermittlungen | <b>37</b>   | 34   | 39   | 33   |

## **5. Besonderheiten im Jahr 2005**

Eine längere Vakanz in der Besetzung einer Arztstelle, die mit der Aufgabe der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes verbunden ist, konnte zum September 2005 beendet werden. Nun sind 2,0 Planstellen mit einer Fachärztin und einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie besetzt. Die ärztliche Personalausstattung ist damit wieder komplett.

Vakanzen in der Stellenbesetzung der Sozialarbeiter/innen (z.B. durch Erziehungszeiten) konnten leider nicht geschlossen werden. Für das Jahr 2005 waren dadurch 1,0 Planstellen nicht besetzt.

## **6. Herausforderungen für die Zukunft**

Im gesamten Gesundheitswesen werden in der Versorgung chronisch Kranker neue Modelle und Instrumente eingeführt mit dem Ziel der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle. Beispiele sind Disease-management-Programme der gesetzlichen Krankenkassen, das Qualitätsmanagement der Rentenversicherungsträger für die medizinischen Rehabilitationsleistungen ihrer Versicherten, die Entwicklung von Hilfeplanverfahren durch überörtliche Sozialhilfeträger u.a.m.

In der Versorgung chronisch psychisch Kranker wird diskutiert, ob sog. „personenzentrierte Versorgungsmodelle“ den heute meist vorhandenen „einrichtungszentrierten Versorgungsstrukturen“ überlegen sind. Ob auf uns in der Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssektors „Psychiatrie und Psychotherapie“ ein vergleichbarer Paradigmenwechsel zukommt, wie es in den somatischen Krankenhausabteilungen der Fall ist, bleibt abzuwarten. Derzeit ereignen sich radikale Veränderungen in der Vergütung der Krankenhausleistungen durch die Einführung der „Diagnosebezogenen Fallpauschalen“ („Diagnosis Related Groups“, kurz „DRG“ genannt). Vergleichbare Modelle für den Bereich Psychiatrie / Psychotherapie sind nicht etabliert. Überlegungen zur Aufgabe der vorhandenen einrichtungs- bzw. maßnahmenbezogenen Kostenübernahmeverfahren zu Gunsten individueller Budgets und Hilfeplanverfahren sind jedoch fortgeschritten und es gibt erste Projekte und Modellregionen. Die Auswertungen der Ergebnisse und deren Bewertungen werden alle Akteure in der Versorgung psychisch Kranker beschäftigen. Ob daraus nachhaltige Verbesserungen oder eher Verschlechterungen in der Versorgung unserer Zielgruppen zu erwarten sind, ist z.Zt. noch nicht absehbar.