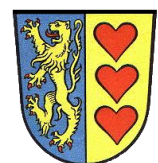


SOZIALPSYCHIATRISCHER  
PLAN

2008

---

*Fortschreibung von 2005*





## VORWORT ZUM SOZIALPSYCHIATRISCHEN PLAN 2008

Menschen mit Behinderungen gebührt ein Platz in unserer Gesellschaft. Die im Sozialpsychiatrischen Verbund des Landkreises Lüneburg zusammengeschlossenen Anbieter leisten diesbezüglich gute Arbeit. Sie kümmern sich um Menschen mit psychischen Handicaps und stehen den Betroffenen unterstützend zur Seite. Sie sorgen dafür, dass die Menschen in die Gemeinschaft integriert und nicht ausgeschlossen werden.

In diesen Wochen beginnt sich der Sozialpsychiatrische Verbund neu zu ordnen. Eine andere Form der Zusammenarbeit wird hoffentlich für die betroffenen Menschen greifbare Verbesserungen bringen. Die Umgestaltung wird sicher noch einige Monate in Anspruch nehmen. Insofern liefert der Sozialpsychiatrische Plan eine Momentaufnahme, da sich die Inhalte ständig weiterentwickeln.

Die Ihnen vorliegende Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes gibt einen umfassenden Einblick in die Arbeitsabläufe aller Beteiligten in den letzten Jahren. Dabei versucht er aus den Ergebnissen wichtige Erkenntnisse für die kommenden Jahre zu ziehen.

So wird die Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis Lüneburg als gut bewertet. Der Sozialpsychiatrische Plan sieht jedoch auch weiterhin Handlungsbedarf, empfiehlt beispielsweise eine stärkere Inanspruchnahme der Soziotherapie. Solche Verbesserungsvorschläge nimmt der Landkreis Lüneburg ernst. Wir werden uns auch in Zukunft im Rahmen unserer finanziellen Möglichkeiten für die Menschen einsetzen. Hierbei ist vor allem zu klären, was der seelisch Kranke an Maßnahmen wirklich benötigt.

Ich danke dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Verbund für ihre qualitätvolle Arbeit. Mit der Erstellung des Planes hat der Verbund gute Arbeitsergebnisse, aber auch Schwachstellen dokumentiert.

Ich hoffe, dass wir auch in der nächsten Zeit auf eine solch gute Kooperation setzen können. Der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes und Verbundes wünsche ich auch weiterhin viel Erfolg.

Ihr



Manfred Nahrstedt

Landrat



## INHALTSVERZEICHNIS

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	III
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Daten und Besonderheiten des Landkreises Lüneburg.....	4
1.2 Gesetzliche Grundlage .....	5
1.3 Zielgruppe .....	6
1.4 Leitlinien der Aktion Psychisch Kranke.....	7
<b>2. Empfehlungen und Einschätzungen zur sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Lüneburg.....</b>	<b>11</b>
2.1 Bereich Behandlung / Pflege.....	11
2.2 Bereich Wohnen .....	14
2.3 Bereich Arbeit / Ausbildung.....	17
2.4 Bereich Beratung / Betreuung / Alltagsgestaltung .....	19
2.5 Fazit.....	20
<b>3. Auswertung der Erhebungsbögen .....</b>	<b>25</b>
3.1 Kooperationen .....	26
3.2 Personale Ausstattung .....	32
3.3 Einzugsgebiet .....	34
3.4 Altersstruktur.....	36
3.5 Diagnosen.....	38
3.6 Beschäftigungsverhältnisse .....	40
<b>4. Anhang.....</b>	<b>41</b>
4.1 Stellungnahmen aus den Erhebungsbögen 2008 .....	43
4.2 Stellungnahmen im Rahmen der Benachmensherstellung .....	45
4.3 Anmerkungen.....	47
4.4 Literaturverzeichnis / Impressum.....	48

### Anlage

Sozialpsychiatrischer Wegweiser



## TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 2: Rücklauf der Erhebungsbögen sowie Übereinstimmung der teilgenommenen Einrichtungen 2005 / 2008 .....	25
Tabelle 3: Beantwortungsquote - „Kooperationen“ 2008 .....	26
Abbildung 1: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Behandlung / Pflege“ .....	28
Abbildung 2: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Behandlung / Pflege“ .....	28
Abbildung 3: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Wohnen“ .....	29
Abbildung 4: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Wohnen“ .....	29
Abbildung 5: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Arbeit / Ausbildung“ .....	30
Abbildung 6: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Arbeit / Ausbildung“ .....	30
Abbildung 7: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ .....	31
Abbildung 8: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ .....	31
Abbildung 9: Synopse – Personale Ausstattung 2005 / 08 .....	32
Abbildung 10: Personale Ausstattung 2005 .....	33
Abbildung 11: Personale Ausstattung 2008 .....	33
Abbildung 12: Synopse – Einzugsgebiet 2005 / 08 .....	34
Abbildung 13: Einzugsgebiet 2005 .....	35
Abbildung 14: Einzugsgebiet 2008 .....	35
Abbildung 15: Synopse – Altersstruktur 2005 / 08 .....	36
Abbildung 16: Altersstruktur 2005 .....	37
Abbildung 17: Altersstruktur 2008 .....	37
Abbildung 18: Synopse – Diagnosen 2005 / 08 .....	38
Abbildung 19: Diagnosen 2005 .....	39
Abbildung 20: Diagnosen 2008 .....	39
Abbildung 21: Beschäftigungsverhältnisse 2008 .....	40





## 1. EINLEITUNG

Die nun vorliegende Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2008 unterscheidet sich in wesentlichen Punkten vom ersten Plan des Jahres 2005.

Diese Veränderungen resultieren zu einem Teil aus kritischen Rückmeldungen zum vorherigen Plan sowie aus den Empfehlungen von Herrn Dr. Elgeti vom Landesfachbeirat Psychiatrie in Niedersachsen.

Wir haben den Umfang des Planes deutlich reduziert, um ihn damit übersichtlicher und auch besser lesbar zu machen. Der Sozialpsychiatrische Plan soll nach unserem Verständnis eher Impulse geben anstatt fertige und komplette Lösungen anzubieten. Einige Bereiche werden als Schwerpunkt ausführlicher dargestellt, andere Themen sollen dann in der folgenden Fortschreibung detaillierter beschrieben werden.

Die Gliederung des Planes wurde dahingehend verändert, dass wir die unserer Meinung nach wichtigen Dinge an den Anfang gestellt haben. So finden Sie nach der Einleitung unter Kapitel 2 die Einschätzungen und Empfehlungen zur sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Lüneburg. Unter dieser Rubrik wird die derzeitige Versorgungssituation bewertet und Anregungen für die Verbesserung der Versorgung gegeben.

Es folgt eine vom Umfang her ebenfalls gekürzte Auswertung der Erhebungsbögen, die wir an sämtliche Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes verschickt hatten. An dieser Stelle werden auch die Veränderungen vom ersten Sozialpsychiatrischen Plan zur jetzigen Fortschreibung vorgestellt.

Im Anhang sind die Stellungnahmen aus den Erhebungsbögen sowie Aussagen zur Benehmensherstellung aufgeführt.

Schließlich findet sich am Ende unseres Planes eine Zusammenfassung der Hilfeangebote, die wir durch unsere Erhebung erfassen konnten. Wir hoffen, dass durch diese Auflistung ein „Sozialpsychiatrischer Wegweiser“ entstanden ist, der für Betroffene, Angehörige, Profis und interessierte Bürger einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Hilfen ermöglicht. Dieser Wegweiser erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, verweist aber in jedem Fall auf Personen oder Institutionen, die Ratsuchenden weiterhelfen können. An dieser Stelle sollte auch auf bereits bestehende Wegweiser verwiesen werden. Wünschenswert wäre für die Zukunft eine kooperative Erstellung eines Leitfadens auch mit Einrichtungen, die über den Verbund hinaus gehen.

Wir haben uns um eine verständliche Sprache bemüht und Fachbegriffe nur dort verwendet, wo uns dies als unverzichtbar erschien. Es war uns ein wichtiges Anliegen, neben den Fachleuten auch solche Menschen zu erreichen, die mit dieser Thematik bisher keine oder wenig Berührung hatten.

Dies geschieht in der Hoffnung, immer mehr Menschen im Landkreis Lüneburg für die Lebenssituationen und Belange unserer psychisch kranken Mitbürger zu interessieren.

In dieser Einleitung möchten wir auch ein schwieriges Thema nicht unterschlagen.

Das System der sozialen Sicherung befindet sich in Deutschland seit Jahren in einer ernsten Krise. Besonders prekär erscheint die Lage im Bereich der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und nicht zuletzt in der Sozialhilfe. Bisher konnten die Reformbemühungen zur Kostendämpfung nur kurzfristige Veränderungen erzielen. Diese Tatsache führt bei den genannten Kostenträgern zu einer spürbaren „Zurückhaltung“ bei der individuellen Leistungsgewährung und beim Abschluss neuer Verträge mit Leistungsanbietern. So werden zunehmend Patienten und Klienten, hilfebedürftige Menschen im wahrsten Sinne des Wortes die Leidtragenden einer scheinbar unlösbaren Aufgabe.

Aber ist sie wirklich unlösbar?

Qualitativ hochwertige Versorgung und Wirtschaftlichkeit sind keine Gegensätze bzw. schließen sich nicht zwangsläufig aus. So formulierten die Mitglieder des Psychiatriebeirates (früheres Gremium im Sozialpsychiatrischen Verbund) bereits im Jahre 2006 den folgenden Entwurf eines Leitbildes:

### ***Präambel***

*Die für die Versorgung seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohten Menschen im Landkreis Lüneburg Verantwortung tragenden Leistungserbringer und Leistungsträger sehen vor dem Hintergrund der angespannten Finanzsituation und des damit verbundenen Konsolidierungszwangs die Notwendigkeit, sich kritisch und zugleich konstruktiv neuen Wegen zu öffnen.*

*Dieses tun sie im gemeinsamen vertrauensvollen Miteinander und unter Anerkennung der gegenseitigen Interessenlagen und unter Berücksichtigung der von hoher Hilfedichte geprägten besonderen Situationen in Lüneburg. Ziel der Beteiligten ist es, die Qualität und die Effizienz der Arbeit zu optimieren.*

*Sie verkennen dabei nicht, dass die Notwendigkeit unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu sparen und zugleich Qualitäts- sichernd bzw. Qualitäts- steigernd zu wirken ein natürliches Spannungsverhältnis begründet und legen ihrer Zusammenarbeit daher folgenden Leitideen zu Grunde:*

- **Zielgruppe und der Auftrag**

*Die Zielgruppe bezieht sich auf Menschen mit seelisch begründeten chronischen und schwerwiegenden Handicaps, die sie in der Aufrechterhaltung und Bewältigung einer individuellen Lebensgrundordnung und erst recht in der Teilhabe am sozialen Leben schwerwiegend hindern und einschränken. Sie sind Menschen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne eine zeitnahe und angemessene Hilfe Dritter ihre psychosozialen Bewältigungsmöglichkeiten und Besserungsperspektiven weiter und oft irreversibel verlieren. Dieser Klientel steht eine ausreichende soziale Unterstützung durch andere Personen oder Institutionen nicht oder gar nicht mehr zur Verfügung.*

*Auftrag ist, die Teilhabefähigkeit zu ermöglichen, zu verbessern bzw. Verschlechterungen zu verhindern. Im Focus steht dabei die individuelle Lebensgrundordnung mit den wesentlichen Eckpunkten: die existenziell wichtigen Grundfunktionen, die Tagesstruktur und Sozialkontakte. Angelehnt an das Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung orientiert sich diese an den Ressourcen des betroffenen Menschen und strebt eine größtmögliche Selbstständigkeit an.*

- **Ergebnis- Struktur- und Prozessqualität**

*Zur Qualitätsentwicklung und -sicherung sind verlässliche und verbindliche Verfahren in gemeinsamer Verantwortung abzustimmen. Sie haben sich an messbaren und überprüfbareren Kriterien zu orientieren. Hierbei wird der ergebnisbezogenen Bewertung von Maßnahmen die höchste Priorität eingeräumt. Dazu bedarf es einer geregelten und verlässlichen Kommunikation und Kooperation aller am Hilfeprozess Beteiligten.*

- **Steuerung und Gestaltung**

*In Wahrnehmung der politischen und ökonomischen Realitäten sollen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten Prioritäten des Mitteleinsatzes zur Sicherung der individuellen Lebensgrundordnung gesetzt werden. Der verantwortungsvolle Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erfolgt auf dem Grundsatz nachhaltiger und langfristiger Wirtschaftlichkeit. Dabei sollen in gemeinsamer Abstimmung die notwendigen Schritte zur Umstrukturierung und zur dynamischen Entwicklung von Leistungsangeboten angestoßen und verfolgt werden.*

## 1.1 DATEN UND BESONDERHEITEN DES LANDKREISES LÜNEBURG

Der Landkreis Lüneburg liegt im nordöstlichen Teil Niedersachsens südlich von Hamburg zwischen dem Elbetal und der Lüneburger Heide. Der Landkreis ist Mitglied der Metropolregion Hamburg. In den 43 Gemeinden lebten am 31.12.2007 176.445 Einwohner. Er gehört zu den wenigen Kommunen in Deutschland, die einen Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen haben. Sitz der Kreisverwaltung ist die große selbständige Hansestadt Lüneburg mit 72.299 Einwohnern.

Als sozialpsychiatrische Besonderheit im hiesigen Landkreis ist unzweifelhaft die im Jahre 1901 in Lüneburg errichtete Heil- und Pflegeanstalt zu nennen. Hieraus entwickelte sich das Landeskrankenhaus Lüneburg, das über mehrere Jahrzehnte für die stationäre psychiatrische Versorgung des gesamten Regierungsbezirkes Lüneburg zuständig war. In dieser Zeit wurden psychisch kranke Menschen aus einem Gebiet, das sich von Cuxhaven bis Celle und vom Wendland bis an die Grenzen Bremens erstreckt, in Lüneburg behandelt. Auf Grund von langen Behandlungszeiten blieben dann viele dieser Kranken hier in der Region, sei es in der Klinik selbst, in Heimen oder in einer eigenen Wohnung.

1966 öffnete die Psychiatrische Klinik Häcklingen ihre psychiatrischen Türen und bot zusätzlich ca. 100 Behandlungsplätze an. Auch hier zeigte sich eine gewisse Sogwirkung, die psychisch erkrankte Menschen aus anderen Regionen nach Lüneburg zog und hier zu einem nicht geringen Anteil ansässig werden ließ.

Angestoßen durch die sogenannte Psychiatrieenquete im Jahre 1975 wurden die Langzeitbereiche des Landeskrankenhauses in den folgenden Jahren aufgelöst und der größte Teil der dort lebenden Menschen in Heime verlegt. Engagierte Lüneburger Bürger schufen die Voraussetzungen für die Errichtung von zwei psychiatrischen Wohnheimen in Lüneburg, in denen heute ca. 100 seelisch behinderte Menschen betreut werden. Die vorliegenden Erhebungsbögen zeigen, dass auch weiterhin noch ein großer Teil der Betreuten aus anderen Regionen hier in den Heimen Aufnahme findet und manche später in Lüneburg ihren Wohnsitz nehmen.

Unberücksichtigt bleiben sollte auch nicht die Tatsache, dass aus der früheren Fachhochschule Nordostniedersachsen und der Universität Lüneburg Impulse in die sozialpsychiatrische und psychosoziale Landschaft hineingetragen wurden. Hieraus entwickelten sich einige Hilfebausteine in der Region Lüneburg.

Diese Besonderheiten sind unserer Meinung nach für das Verständnis und die Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Lüneburg von Bedeutung.

## 1.2 GESETZLICHE GRUNDLAGE

Mit der Novellierung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen im Jahre 1997 wurden den Kommunen zwei neue Aufgaben übertragen.

1. Die Landkreise werden gem. § 8 zur Errichtung von Sozialpsychiatrischen Verbänden verpflichtet.
2. Die Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes wird in § 9 des Gesetzes geregelt.

Der **Sozialpsychiatrische Verbund** soll die Abstimmung der Anbieter von Hilfen untereinander fördern und die Versorgung nach Maßgabe des Gesetzes sicherstellen. So sollen Hilfeanbieter bei wesentlichen Veränderungen ihres Angebotes den Sozialpsychiatrischen Verbund unverzüglich unterrichten.

Im Rahmen der Gründungsversammlung des Verbundes im Jahre 1997 wurden verschiedene Gremien installiert, die seither regelmäßig tagten. In den folgenden Jahren wurde jedoch von mehreren Mitgliedern immer wieder Kritik an der Effizienz der Verbundarbeit geäußert. Die Lenkungsgruppe, oberstes Gremium im Verbund, beauftragte deshalb im Jahre 2007 eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung von Vorschlägen zur Neustrukturierung des Sozialpsychiatrischen Verbundes. In diesem Klärungsprozess konnten die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen herausgearbeitet werden.

Am 09.07.2008 wurde im Rahmen einer Vollversammlung eine neue Geschäftsordnung des Verbundes einstimmig verabschiedet. Hierin werden neue Strukturen und Verfahren für die Verbundarbeit beschrieben. Kernpunkte sind insbesondere die Funktion eines Sprecherrates und die vorgesehene Arbeit von Projektgruppen.

Die Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes als Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit abschließender Benehmensherstellung im Verbund zeigt sich landesweit sehr uneinheitlich. Dies betrifft sowohl Umfang, Inhalt als auch die Frequenz der Fortschreibung.

Weitgehend Einigkeit herrscht in der Fachwelt dahingehend, dass der **Sozialpsychiatrische Plan** als ein fortwährender und sich veränderten Bedingungen anzupassender Prozess zu betrachten sei. Eine reine Auflistung vorhandener Angebote würde nach Meinung vieler Experten weder der Intention des Gesetzgebers noch den Erfordernissen eines angemessenen Versorgungsangebotes gerecht werden.

In diesem Zusammenhang informierte Herr Dr. Elgeti vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen im vergangenen Jahr die Mitglieder der Arbeitsgruppe *Benehmensherstellung des*

*Sozialpsychiatrischen Planes* über die Möglichkeiten einer regionalen Psychiatrieberichterstattung in der Region Hannover in Zusammenarbeit mit der dortigen Medizinischen Hochschule. Grundlage hierfür sind die vom Landesfachbeirat entwickelten Datenblätter A, B und C. An Hand von Kennzahlen werden durch die jährliche Datenerhebung Entwicklungen in der Region sichtbar und entsprechende Anpassungen zeitnah möglich. Aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes sollte geprüft werden, ob die jährlichen Kosten in Höhe von € 15.000 dazu beitragen können, hohe Qualität in der Versorgung unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit im Landkreis Lüneburg nachhaltig zu sichern.

### 1.3 ZIELGRUPPE

Das NPsychKG als Rechtsgrundlage des Sozialpsychiatrischen Planes beschreibt den Personenkreis folgendermaßen:

*Dieses Gesetz regelt Hilfen für Personen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind oder gewesen sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Krankheit oder Behinderung bestehen.*

Diese sehr weit gefasste Formulierung schließt alle Arten und Intensitäten psychischer Leiden ein und beinhaltet ausdrücklich keine Ausschlusskriterien.

Dennoch kristallisierte sich in den Sozialpsychiatrischen Diensten seit dem Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1978 eine besondere Personengruppe heraus, für die offensichtlich ein Versorgungsdefizit bestand und bis heute besteht. So hebt auch der Landesfachbeirat in verschiedenen Veröffentlichungen immer wieder eine spezielle Gruppe hervor.

Es handelt sich dabei überwiegend um Menschen mit schwer und chronisch verlaufenden Erkrankungen, in deren Folge es zu einer deutlichen sozialen Benachteiligung bzw. einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabefähigkeit am Leben in der Gemeinschaft kommt.

Im Umkehrschluss beschreibt die Aktion Psychisch Kranke den Personenkreis, der ihrer Meinung nach nicht zur Kerngruppe gehört:

- Menschen, die ihre psychischen Störungen selbst – ohne professionelle Hilfe kompensieren können.
- Menschen mit (schweren) psychischen Störungen oder Erkrankungen, die keine psychiatrische Hilfe wollen und die sie nicht gegen ihren erklärten Willen benötigen.
- Menschen, die ambulante ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung und andere soziale Hilfen benötigen, die diese Hilfen aktiv in Anspruch nehmen und für sich koordinieren können.

Der in kommunaler Verantwortung erstellte Sozialpsychiatrische Plan möchte einen Beitrag leisten, dass die von der Psychiatrieenquete und Expertenkommission beklagten Defizite behoben und die Vorschläge zur Verbesserung soweit wie möglich umgesetzt werden.

#### 1.4 LEITLINIEN DER AKTION PSYCHISCH KRANKE

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) wurde 1971 von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierten Fachleuten aus dem Bereich der Psychiatrie gegründet, um mit „politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken“<sup>41</sup>.

Folgende Zahlen werden von der Aktion benannt:

- Etwa zehn Prozent der Bevölkerung begeben sich jährlich wegen einer psychischen Störung in ambulante ärztliche Behandlung. Davon wird der überwiegende Teil von Hausärzten behandelt.
- Etwa fünf Prozent der 16 bis 64-jährigen Bevölkerung kommt jährlich wegen psychischer Krankheiten zum Nervenarzt oder Psychotherapeuten.
- Etwa ein Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Rentner) wird jährlich wegen einer psychischen Erkrankung durchschnittlich 36 Tage arbeitsunfähig.
- Mehr als ein halbes Prozent der Bevölkerung wird jährlich wegen psychischer Krankheiten in psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen aufgenommen.
- Ebenfalls ein halbes Prozent der Deutschen braucht eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung auf Grund einer schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder Behinderung.
- Schätzungsweise drei Prozent der 18 bis 59-jährigen Menschen sind alkoholabhängig, darüber hinaus betreiben ca. fünf Prozent einen missbräuchlichen Alkoholkonsum. Drei Prozent der Bevölkerung sind vermutlich medikamentenabhängig, weiter 0,6 Prozent sind abhängig von illegalen Drogen.
- Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung steigt überproportional die Zahl von psychischen Krankheiten Betroffenen, so leiden geschätzt 30-40 Prozent der 90-Jährigen an Demenzsyndromen.

Für die meisten psychisch Kranken und Suchtkranken gibt es inzwischen gute Behandlung und Hilfen. Das Ziel der Gemeindepsychiatrie ist es, dass auch die schwer und chronisch kranken Menschen in ihrer Stadt/ in ihrem Kreis auf Dauer leben können.

Denn niemand ist so krank, so behindert, so beeinträchtigt, dass sie/er vom Leben in der Gemeinschaft ausgeschlossen werden müsste, wenn die notwendigen – psychiatrischen und nichtpsychiatrischen – Hilfen vorhanden sind.

Die APK formuliert zur Weiterentwicklung einer gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgungsstruktur folgende Ziele:

- Die bedarfsgerechte (statt angebotsorientierter) Versorgung insbesondere für chronisch psychisch und mehrfach erkrankte Menschen sicherzustellen.
- Hierzu den Ausbau wohnortnaher Hilfen, vorrangig ambulanter Hilfen voranzubringen.
- Auf die für das Funktionieren einer solchen gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur unabdingbare Koordination und Kooperation aller beteiligten Dienste und Einrichtungen hinzuwirken.
- Sozialrechtliche Hindernisse, die einem aufeinander abgestimmten Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungsträger und einer Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch kranken Menschen entgegenstehen, auf parlamentarischem Wege zu beseitigen.

Die Autoren der „psychosozialen Arbeitshilfen“ (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke) haben Leitlinien für die Langzeitbehandlung von Menschen mit schweren chronischen seelischen Störungen entwickelt, die sie gleichzeitig auch als Qualitätsstandards beschreiben. Diese Leitlinien sind inzwischen bundesweit in der Fachwelt als Grundsätze sozialpsychiatrischen Handelns anerkannt. Auch der Landkreis Lüneburg fühlt sich diesen Leitlinien in seiner Verantwortung verpflichtet.

Es werden folgende Aspekte genannt:

1. Anknüpfen an den Bedürfnissen des Klienten/der Klientin
2. Ausrichtung auf die Förderung von (noch vorhandenen) Fähigkeiten, Interessen, Neigungen, der Besserung der Befindlichkeit, der Lebenszufriedenheit und nicht nur auf die Symptomreduktion.
3. Anstreben weitestgehender Mitwirkung und Autonomie des Klienten/der Klientin (Selbsthilfeprinzip)
4. Einbeziehung der Angehörigen und aller Ressourcen im so genannten Umfeld und im Vorfeld psychiatrischer Dienste (einschließlich Abstimmung deren Zielvorstellung)



5. Durchführung der Behandlung soweit möglich ohne Veränderung des Lebensfeldes des Klienten nach dem Grundsatz des Normalisierungsprinzips.
6. Ausgleich zusätzlicher sozialer Belastungen.
7. Einbeziehen von psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Hilfen (auf die Förderung von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und -gestaltung und von sozialen Beziehungen ausgerichteten Hilfen gemäß den oben beschriebenen Leitlinien einschließlich der Einschaltung von Ressourcen aus dem sozialen Umfeld), ferner zur beruflichen Eingliederung auf dem jeweils möglichen Niveau.
8. Problemlösungsorientierung auf der Grundlage eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses (Bio-psycho-soziale Konzeptbildung).
9. Berufsübergreifende Durchführung der Hilfen in regelmäßiger verantwortlicher Abstimmung von Diagnostik und Vorgehen.
10. Kontinuierliche Begleitung durch „haltende“, realitätsbezugsvermittelnde, koordinierende Bezugsperson.
11. Persönliches Engagement und Reflektionsfähigkeit sowie hoher fachlicher Standard der Professionellen (Fortbildung, Supervision, Qualitätsmanagement).<sup>ii</sup>



## 2. EMPFEHLUNGEN UND EINSCHÄTZUNGEN ZUR SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LANDKREIS LÜNEBURG

### 2.1 BEREICH BEHANDLUNG / PFLEGE

Die **stationäre und teilstationäre Behandlung** psychisch kranker Menschen im Landkreis Lüneburg wird nach dem Verkauf des ehemaligen Landeskrankenhauses seit August 2007 durch die Psychiatrische Klinik Lüneburg wahrgenommen. Die Klinik ist Teil der Gesundheitsholding Lüneburg.

Wie bereits vorher nimmt die Klinik die Versorgung der Landkreise Lüneburg und Harburg wahr. Eine gemeindenahere stationäre Versorgung ist deshalb gewährleistet. Aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes wäre eine stärkere „Öffnung des Krankenhauses in die Gemeinde hinein“ wünschenswert und in Hinblick auf die kommunale Trägerschaft auch folgerichtig.

Hierfür erscheint eine Intensivierung der Kooperation mit den komplementären Leistungserbringern in der Region notwendig. Für eine erfolgreiche und langfristig abgesicherte Behandlung spielen aus unserer Sicht zeitnahe, flexible sowie leistungsübergreifende Interventionen eine entscheidende Rolle. Hilfreich sind zu diesem Zweck verbindliche Absprachen und Vereinbarungen über Formen und Inhalte der Zusammenarbeit.

Die stationäre Versorgungssituation im Bereich der **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** sei nach Einschätzung des leitenden Arztes der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Lüneburg hochproblematisch. Es wird nach dortiger Einschätzung weitere stationäre Behandlungsplätze dringend benötigt. Die hiesige Klinik ist weiterhin für einen extrem großen Einzugsbereich zuständig. Ferner würden immer mehr Kinder und Jugendliche starke psychische Auffälligkeiten bzw. Störungsbilder zeigen, die einer intensiven stationären Behandlung bedürften.

Ein weiterer Baustein für die erfolgreiche Behandlung von Psychisch Kranken mit komplexen Hilfebedarf stellt die **integrierte Versorgung** nach § 140 a ff SGB V dar. Dieser Begriff steht für eine Vernetzung zwischen den einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Hierbei bieten niedergelassene Haus- und Fachärzte mit stationären Einrichtungen gemeinsam eine medizinische Versorgung an, kooperieren sehr eng bei der Behandlung ihrer Patienten und teilen sich ein gemeinsames Budget. Darüber hinaus können auch andere Leistungen, wie beispielsweise häusliche Krankenpflege, einbezogen werden. In Lüneburg gibt es derzeit ein integriertes Versorgungsprojekt unter Beteiligung einer Nervenarztpraxis und eines Pflegedienstes. Allerdings

kann von diesem Angebot ambulanter psychiatrischer Pflege derzeit Versicherter nur einer Krankenkasse profitieren. Nach Expertenmeinung wird dieses Segment in der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen eine zunehmende Bedeutung erlangen und sollte deshalb auch im hiesigen Versorgungsgebiet im verstärkten Maße umgesetzt werden.

Als unbefriedigend erweist sich die Situation im Bereich der **psychotherapeutischen Versorgung** mit dem Schwerpunkt **Verhaltenstherapie**. Es wird in Beratungsgesprächen immer wieder auf lange Wartezeiten für eine zunehmende Zahl von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Zwangserkrankungen hingewiesen. Frühzeitige Behandlung könnte jedoch in den meisten Fällen eine drohende Chronifizierung der Erkrankung verhüten.

Vom Landesfachbeirat Psychiatrie in Niedersachsen und anderen Experten wird auf die problematische Entwicklung hinsichtlich der Zahl von **niedergelassenen Nervenärzten** bzw. Fachärzten für Psychiatrie hingewiesen. Die Zahl der Mediziner, die auch oder schwerpunktmäßig die Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen wahrnehmen, nimmt seit Jahren fortschreitend ab. Diese Entwicklung wurde von einem Vertreter des Berufsverbandes auf einer Tagung im März 2008 in Braunschweig nachdrücklich beschrieben. Er verwies auf die völlig unbefriedigenden Vergütungssätze in diesem medizinischen Bereich, insbesondere in Hinblick auf die zeitaufwendige Behandlung chronisch Erkrankter. Immer häufiger würden Berufskollegen in den wirtschaftlich attraktiveren Bereich der Psychotherapie wechseln.

Aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes stellen Nervenarztpraxen einen unverzichtbaren Baustein in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn diese Ärzte in das regionale Hilfenetz eng eingebunden sind.

Die Psychiatrische Klinik Lüneburg bietet unter ihrem Dach ambulante Behandlung durch die **Psychiatrische Institutsambulanz** an.

Gemäß §118 SGB V können psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Behandlung ist jedoch auf die Patienten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Es handelt sich hier um ein für die Region unverzichtbares Hilfesegment auf der Basis eines Komplexleistungsangebotes. Dies beinhaltet insbesondere eine Behandlung durch verschiedene Berufsgruppen und im Einzelfall auch eine aufsuchende bzw. nachgehende Hilfe.

Das Angebot der Institutsambulanz hat die ambulante Versorgung der oben beschriebenen Patientengruppe in besonderer Weise verbessert.

**Soziotherapie** ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die am 1. Januar 2000 in den Leistungskatalog aufgenommen wurde. Im November 2001 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V eine gemeinsame Empfehlung herausgegeben, welche die Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie beschreibt. Zum 1. Januar 2002 sind dann die sogenannten Soziotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wie sie in § 37 a Abs. 2 SGB V gefordert werden, in Kraft getreten.

Zwei Ziele sollen mit der Soziotherapie verfolgt werden. Zum einen sollen stationäre Behandlungen vermieden, zumindest aber verkürzt werden. Zum anderen sollen die Betroffenen mehr Selbständigkeit erlernen. Im Idealfall hat die Soziotherapie zwei positive Wirkungen. Zum einen entstehen der Krankenkasse aufgrund einer Vermeidung bzw. Verkürzung der stationären Aufenthalte – auf lange Sicht – weniger Kosten. Zum anderen wirkt sich eine kürze Aufenthaltsdauer im stationären Bereich auch positiv auf den Betroffenen aus. Es können somit die Qualität gesteigert und gleichzeitig die Kosten gesenkt werden. In einem 1999 durchgeführten Modellprojekt<sup>iii</sup> konnte nachgewiesen werden, dass Einsparungen mit der Soziotherapie durchaus realistisch seien. Die dort aufgestellte Modellrechnung besagt, dass mit einem Euro, der für die Soziotherapie eingesetzt wird, mindestens vier Euro an Kosten für die stationäre Behandlung eingespart werden können.<sup>iv</sup> Allerdings – so der Einwand von Melchinger/Machleidt auch noch im Jahr 2004 – würden sich „tatsächliche Ausgabeneinsparungen [...] erst dann ergeben, wenn frei werdende Bettenkapazitäten abgebaut würden“<sup>v</sup>.

Auch in der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes muss festgestellt werden, dass die Umsetzung des § 37 a SGB V bisher in der Region Lüneburg (wie auch in den meisten Bundesländern) nicht stattgefunden hat. Gründe hierfür sind in erster Linie die vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten (unrealistischen) Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer, ein für verordnende Ärzte aufwendiges Verfahren sowie nicht kostendeckende Vergütungsangebote der Krankenkassen für diese Therapie.

Einige Experten sprechen sich auf Grund dieser Stagnation für das in Baden-Württemberg praktizierte Verfahren aus, indem dort die Sozialpsychiatrischen Dienste die Leistungen der Soziotherapie erbringen. Wir schlagen vor, die Umsetzung dieses wichtigen Hilfebausteins im Landkreis Lüneburg im Rahmen einer Projektgruppe des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu bearbeiten und gemeinsam mit den zuständigen Leistungsträgern nach einer pragmatischen Lösung zu suchen.

### Was macht GAPSY in Bremen?

GAPSY steht für *Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste* und bietet seit 2003 psychisch kranken und behinderten Menschen in Bremen wirkungsvolle Hilfen an.

Zum Angebot gehören **ambulante psychiatrische Pflege**, Soziotherapie, das Angebot Rückzugsraum sowie Modellprojekt MBE – Multiprofessionelle Behandlungseinheit. Es handelt sich bei den genannten Hilfen um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, zum Teil als Maßnahme der integrierten Versorgung. Dieses Angebot steht dann nur Versicherten bestimmter Kassen zur Verfügung. Sämtliche Leistungen werden von Ärzten verordnet und der Behandlungsverlauf von ihnen begleitet. Insbesondere durch die ambulante psychiatrische Pflege wird erfolgreich das Ziel verfolgt, stationäre Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik zu vermeiden oder zu verkürzen. Derzeit werden ca. 150 Patienten durch die Gesellschaft betreut. Nicht wenige dieser Menschen gehörten vormals zu den sogenannten „Drehtürpatienten“ mit regelmäßigen stationären Behandlungszeiten. Durch die ambulante Hilfe konnte in den meisten Fällen dieser Kreislauf durchbrochen werden.<sup>vi</sup>

Wir haben das Angebot von GAPSY hier kurz vorgestellt, weil es den Verantwortlichen in Bremen trotz permanenter Schwierigkeiten und Rückschlägen gelungen ist, Krankenkassen als Vertragspartner zu gewinnen und sie zu überzeugen, dass ambulante psychiatrische Pflege ihren Versicherten mehr Lebensqualität schenkt und gleichzeitig die Kosten für teure Krankenhausbehandlung vermieden werden konnten.

Bereits im Sozialpsychiatrischen Plan des Jahres 2005 wurde beklagt, dass das Angebot der ambulanten psychiatrischen Pflege im Landkreis Lüneburg noch nicht zur Verfügung stünde.

Ähnlich wie bei der schon dargestellten Soziotherapie sind auch bei der ambulanten psychiatrischen Pflege durch den gemeinsamen Bundesausschuss die Rahmenbedingungen derart „hoch gehängt worden“, dass in der Regel diese ambulante Hilfe nur im Rahmen der integrierten Versorgung zur Verfügung steht. Inzwischen bietet auch eine Lüneburger Nervenarztpraxis im Rahmen der integrierten Versorgung und in Zusammenarbeit mit einem örtlichen Pflegedienst ambulante psychiatrische Pflege für die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse an. Zweifellos ist hier ein erster Schritt zur Umsetzung dieses wichtigen Bausteins in der sozialpsychiatrischen Versorgung getan. Dennoch müssen weiterhin alle an der Versorgung beteiligten Institutionen mit Nachdruck darauf hinwirken, dass nun alle anspruchsberechtigten psychisch kranken Menschen in Lüneburg die ambulante psychiatrische Pflege zeitnah und problemlos in Anspruch nehmen können.

## 2.2 BEREICH WOHNEN

„Die Heimversorgung ist in einem gewissen Sinn das Aschenputtel der Sozialpsychiatrie: Von niemandem geliebt, macht sie doch den großen Teil der unangenehmen Arbeiten. In der psychiatrischen Versorgung seit der Psychiatrie-Enquete hat sie die Aufgaben der psychiatrischen Anstalten übernommen: die Versorgung der Langzeitpatienten und der so genannten neuen chronischen Patientinnen und Patienten. Diese Aufgabe ist undankbar, denn sie beinhaltet die Übernahme eines Problems, das von einer anderen Institution nicht gelöst werden konnte, nämlich die Betreuung der so genannten Unheilbaren, der Hoffnungslosen oder Systemsprenger.“<sup>vii</sup>

Im Tätigkeitsbericht 2006 des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen weisen die Autoren auf eine Zunahme von Wohnheimplätzen für seelisch Behinderte hin. Der Landtagsbeschluss, eine Reduzierung der Heimplätze um 10% vorzunehmen, würde weniger denn je erfüllt. Unter anderem wird im Bericht die Vermutung geäußert, dass durch die pauschalierte Vergütung nach dem Betreuungsrechtsänderungsgesetz zunehmend mehr rechtliche Betreuer sich gezwungen sehen, die Versorgung der Betreuten durch Heimaufnahme sicherzustellen. Ferner weist der Ausschuss zutreffend darauf hin, dass bei Heimbetreuungen durch Abnahme von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung sehr rasch Unselbständigkeit und Verlust von Fähigkeiten eintreten kann, auch bekannt unter dem Begriff Hospitalismus.<sup>viii</sup>

Die Auswertung der Erhebungsbögen hat bestätigt, dass sich auch im Landkreis Lüneburg keine wesentlichen Veränderungen der Betreuungszahlen im Heimbereich ergeben haben. Der relativ hohe Anteil von Heimbewohnern, die nicht aus dem Landkreis Lüneburg stammen, blieb weitgehend unverändert. Demgegenüber werden weiterhin ca. 110 Personen in stationären Einrichtungen in zum Teil weit entfernten Regionen betreut. Hierbei handelt es sich zum Teil um Spezialeinrichtungen für Menschen mit besonderem Hilfebedarf, beispielsweise mit geschützten/geschlossenen Bereichen.

Kaum Beachtung fanden bisher jene psychisch erkrankten und behinderten Menschen, die in Pflegeheimen betreut werden. Ein Teil dieser Personen könnte unserer Einschätzung nach durchaus von geeigneten Eingliederungshilfemaßnahmen profitieren. Eine diesbezügliche Überprüfung findet nicht in allen Fällen statt.

Der Landkreis Lüneburg als Träger der Eingliederungshilfe und verantwortlich für die Hilfen nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke will zukünftig und verstärkt an der Umsetzung zweier Ziele arbeiten.

1. Der sozialpsychiatrische Grundsatz **-ambulant vor stationär-** der im Übrigen auch in § 13 SGB XII ausdrücklich bestimmt wird, soll als Leitlinie der Hilfeplanung für seelisch Behinderte gelten. Soweit wie möglich sollen vorhandene bzw. noch zu schaffende Ressourcen genutzt werden, um stationäre Betreuung zu verhindern oder in absehbarer Zeit zu beenden. Hierbei können zeitgemäße Modelle Anwendung finden und Erfahrungen anderer Regionen genutzt werden.
2. Darüber hinaus möchte der Landkreis Lüneburg alle Bürger, bei denen eine (befristete) Heimbetreuung nicht zu vermeiden ist, **wohnortnah** in hiesigen Einrichtungen versorgen.

Hierzu bedarf es möglicherweise einer Flexibilisierung bzw. Ergänzung der jetzigen Angebote und Dienstleistungen der in Frage kommenden Heime.

Trotz der bedeutsamen Fortschritte in der Behandlung von schwer verlaufenden psychischen Erkrankungen sind bei einigen wenigen Patienten stärkere Auffälligkeiten in Form von Eigen- und Fremdgefährdung zu beobachten. Diese Menschen leben in der krankheitsbedingten Gefahr, sich selbst gesundheitlich zu schädigen. In sehr seltenen Fällen kann es auch trotz Behandlung oder fehlender Behandlungsbereitschaft zu tätlichen Übergriffen gegen andere Personen kommen. Auf der Grundlage verschiedener gesetzlicher Bestimmungen können diese Erkrankten mit richterlicher Genehmigung zwangsweise in geschlossenen Stationen psychiatrischer Kliniken behandelt oder in sogenannten „**geschützten Heimen**“ betreut werden.

Da es sich um eine relativ kleine Gruppe von Betroffenen handelt, werden sie derzeit in der Regel in spezialisierten Einrichtungen versorgt, die sich zum Teil in großer Entfernung zur Region Lüneburg befinden.

Wünschenswert wäre generell eine wohnortnahe „geschützte“ Betreuung. Ob und unter welchen (auch veränderten) Bedingungen dies möglich sein könnte, müsste hier mit den an der Versorgung beteiligten Stellen fachlich diskutiert werden.

Als besonders schwierig erweist sich die Versorgung von Menschen mit sogenannten **Doppeldiagnosen**. Bei diesen Personen besteht neben einer in der Regel schweren seelischen Störung noch eine zusätzliche Suchtproblematik. Diese Gruppe entzieht sich häufig den angemessenen stationären (und ambulanten) Hilfeangeboten oder kann sich nur sehr schwer in die vorhandenen Strukturen einfügen. Zunehmend treten Menschen mit dieser Problematik im Landkreis Lüneburg im Bereich der Obdachlosenhilfe in Erscheinung. In Hannover wird beispielsweise der Anteil der psychisch kranken Obdachlosen auf 7-10% geschätzt. Genauere Zahlen sind bisher in Deutschland noch nicht erhoben worden.<sup>ix</sup>

Hier bedarf es in den kommenden Jahren einer verstärkten Anstrengung aller an der Versorgung beteiligter Stellen, um möglichst frühzeitig für gefährdete Menschen eine individuelle Hilfe zu etablieren, um stationäre Unterbringungen zu vermeiden. Eine enge Kooperation und Abstimmung ist für diesen Prozess von allergrößter Bedeutung.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die regelmäßigen Sprechstunden der Institutsambulanz der Psychiatrischen Klinik Lüneburg, der Drogenberatungsstelle und des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Herberge plus.

Aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist bei den Hilfen für diesen Personenkreis in der Regel ein fallverantwortlicher Mensch zu benennen. Ein solcher „Fallmanager“ begleitet den



Verlauf der geplanten Hilfen ohne dabei eigene Hilfen zu leisten. Er ist dafür verantwortlich, dass bei auftretenden Schwierigkeiten oder bei drohendem Abbruch der laufenden Maßnahmen alle Beteiligten zeitnah über eine Veränderung oder Anpassung der Hilfen gemeinsam entscheiden.

**Mit der Thematik der stationären Betreuung von Demenzkranken, die auf Grund der demographischen Entwicklung in unserem Land eine immer größere Bedeutung erlangt, werden wir uns in der folgenden Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes als Schwerpunktthema befassen.**

### 2.3 BEREICH ARBEIT / AUSBILDUNG

Arbeit erfüllt in unserer Gesellschaft verschiedene Funktionen. Zum einen können Menschen durch eine Beschäftigung (in der Regel) ihren Lebensunterhalt bestreiten. Arbeit kann Selbstbestätigung und gesellschaftliche Anerkennung mit sich bringen. Besonders bedeutsam ist jedoch auch die Rolle der Arbeit als Möglichkeit des Kontakts mit anderen Menschen, der Möglichkeit zur Kommunikation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Übereinstimmend haben vielfältige Untersuchungen bestätigt, dass längerfristige Beschäftigungslosigkeit die Gefahr von sozialer Isolation und gesundheitlicher Risiken erhöht. Diese Erkenntnis belegt in besonderer Weise die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung auch und gerade für seelisch kranke und behinderte Menschen. In unserer eigenen Betreuungspraxis fanden wir immer wieder die Bestätigung, dass eine den Möglichkeiten des Betroffenen angemessene Beschäftigung zu einer wesentlichen Stabilisierung seiner gesundheitlichen Verfassung führte.

Bis auf wenige Ausnahmen sind jedoch die Bedingungen in der Arbeitswelt für die speziellen Probleme psychisch Kranker nicht angemessen.

So bleibt einer ständig steigenden Zahl von ihnen keine andere Alternative als ein geschützter Arbeitsplatz in einer **Werkstatt für behinderte Menschen**. So stieg die Zahl der Werkstattplätze nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe in der Zeit von 2000 bis 2005 um 21,4 %. In Niedersachsen arbeiten nach Auskunft des Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen am 31.12.07 in den Werkstätten 27.217 betroffene Menschen.

Für seelisch Behinderte werden im Landkreis Lüneburg von der Lebenshilfe gGmbH und von der Loewe-Stiftung Werkstattplätze angeboten. Insgesamt stehen in Lüneburg 632 Werkstattplätze für alle Behinderungsarten zur Verfügung. Derzeit ist von einem ausreichenden Angebot auszugehen. Mittlerweile können auch unterschiedlichste Arbeitsfelder angeboten werden, so dass ein den

Neigungen und Fähigkeiten entsprechender Platz in der Werkstatt in den meisten Fällen zur Verfügung gestellt werden kann.

Es handelt sich hierbei aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes um einen sehr bedeutsamen Hilfebaustein, der die Lebensqualität vieler behinderter Menschen beträchtlich verbessern kann. Auch können durch dieses Angebot Betroffene den Weg aus stationärer Betreuung in eine eigene Wohnung deutlich sicherer gehen, weil ihnen hierdurch eine stabilisierende Tagesstruktur ermöglicht wird.

Unbefriedigend bleibt die Tatsache, dass in den meisten Fällen die Werkstatt für behinderte Menschen ein langfristiger oder dauerhafter Arbeitsplatz bleibt. Einen dauerhaften Übergang aus der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, so der niedersächsische Behindertenbeauftragte, gab es nur in 39 Fällen, dies entspricht einer Quote von 0,11%. Dies ist in Hinblick auf größtmögliche „Normalität“ bedauerlich, da Kontakte zu Nichtbehinderten hierdurch erschwert bleiben.

Begrüßenswert ist deshalb die Initiative der so genannten „virtuelle Werkstatt“. Im Kern geht es dabei um Werkstättenplätze außerhalb einer Werkstatt für Behinderte.

Im Rahmen eines Modellprojektes wird seit 2004 in Saarbrücken eine virtuelle Werkstatt betrieben. Die Arbeitsplätze an denen die Mitarbeiter dort tätig sind, befinden sich ausschließlich in „normalen“ Betrieben und Behörden in Saarbrücken. Die Mitarbeiter arbeiten im Durchschnitt drei bis vier Stunden täglich entsprechend ihrem Leistungsvermögen. Diese Beschäftigten ersetzen auf Grund ihrer Einschränkungen keine regulären Arbeitskräfte, stellen aber in allen Fällen für den Arbeitgeber eine nützliche Hilfe dar. Die Werkstatt selbst besteht lediglich aus vier Räumen, in denen Verwaltung, Organisation, Beratung sowie Vorbereitung der Beschäftigten stattfindet.

Nach einem vierwöchigen Praktikum wird gemeinsam über eine Weiterbeschäftigung entschieden. Die Mitarbeiter werden im Folgenden von den Fachkräften auf die Beschäftigung vorbereitet und am Arbeitsplatz so intensiv wie notwendig betreuet. Dies kann im Einzelfall auch täglich stattfinden. Auch leistet die Werkstatt Hilfen bei auftretenden psychischen Krisen und berät und unterstützt den Arbeitgeber. Die Beschäftigten verdienen zwischen 100 bis 250 Euro. Nach etwa sechs Monaten wird geklärt, ob der Arbeitgeber sich an den Lohnkosten beteiligt oder sie übernimmt.

Die Finanzierung der Werkstatt erfolgt derzeit ausschließlich über den überörtlichen Sozialhilfeträger, da es keinen Eingangs- und Berufsbildungsbereich gibt. Die Arbeitsentgelte werden zurzeit aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert. Sämtliche Mitarbeiter sind durch ihre Tätigkeit in einer „Werkstatt“ sowohl kranken-, renten- und pflegeversichert.<sup>x</sup>

Auch im Bereich Arbeit hat die bereits mehrfach zitierte Aktion Psychisch Kranke Vorschläge für Verbesserungen formuliert:

- Unbefristete Förderung von Beschäftigung krankheitsbedingt leistungsgeminderter Personen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Minderleistungsausgleich / Persönliches Arbeitsbudget)
- Niedrigschwellige Rehabilitation- ebenfalls möglichst betriebsintegriert
- Stundenweise Beschäftigung
- Intensivierung von Vermittlungsbemühungen und berufsbegleitende Hilfen (auch für nicht förmlich als schwerbehindert anerkannte Menschen)
- Arbeitsgelegenheiten nach § 16 SGB II nicht nur im gemeinnützigen Bereich.

Hierbei handelt es sich in erster Linie um Forderungen, die noch im politischen Raum diskutiert und entwickelt werden müssen.

Für die hiesige Region sollte kurz- bis mittelfristig eine Förderung von Zuverdienstangeboten bzw. stundenweise Beschäftigungsmöglichkeiten intensiv betrieben werden.

## 2.4 BEREICH BERATUNG / BETREUUNG / ALLTAGSGESTALTUNG

Das **ambulant betreute Wohnen** im Rahmen der Eingliederungshilfe wurde im Verlauf der bundesdeutschen Psychiatriereform als ein wesentlicher Baustein in der sozialpsychiatrischen Versorgung angesehen. Durch diese Hilfen sollten in erster Linie seelisch behinderte Menschen aus psychiatrischen Wohn- und Pflegeheimen wieder in die Selbständigkeit begleitet werden, bzw. sollten stationäre Betreuungsmaßnahmen hierdurch vermieden werden.

Dieses Ziel ist unserer Einschätzung nach in der Region Lüneburg und auch in den meisten Gebieten Deutschlands nicht erreicht worden. Statt einer Abnahme von Wohnheimplätzen zeigt sich hier eine Stagnation bzw. sogar wieder eine Zunahme stationärer Eingliederungshilfe. (vergleiche hierzu Punkt 2.2)

Andererseits gab und gibt es bundesweit einen einheitlichen Trend einer zum Teil extremen Steigerung von ambulanten Betreuungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Auch im Landkreis Lüneburg war diese Tendenz in den Jahren 2000 bis 2005 zu beobachten. (siehe hierzu SPP 2005). Durch ein neues Hilfeplanverfahren kam es in Lüneburg zu einer deutlichen Verringerung der Fallzahlen. Im Rahmen dieser Maßnahme konnte der Sozialpsychiatrische Dienst als Fachstelle des Sozialamtes feststellen, dass durch das vorher praktizierte Überprüfungsverfahren eine Vielzahl von Menschen ambulante Hilfen erhielt, die nicht zum Personenkreis der wesentlich seelisch Behinderten, oder der davon bedrohten, gehörten und vorrangige Hilfeleistungen, wie Behandlung

und Rehabilitation, nicht in Anspruch genommen wurden. Zu bedenken wäre hier auch, inwiefern die ambulante Betreuung hier eine kompensatorische Leistung darstellt.

Auch war zu beobachten, dass Betreuungen nicht in allen Fällen zielorientiert verliefen und häufig länger als notwendig durchgeführt wurden.

Aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes stellt das ambulant betreute Wohnen ein wesentliches Element bei der Umsetzung des Grundsatzes -ambulant vor stationär- dar. Es sollte zwischen Leistungsträger und den Hilfebringern geklärt werden, ob die bisherige Angebotsstruktur bzw. das Betreuungsangebot für die Versorgung von schwerer gestörten Personen, die bisher stationär betreut wurden, als ausreichend zu beurteilen ist. So wäre beispielsweise zu prüfen, ob das Leistungsspektrum um Angebote in den Abendstunden und am Wochenende erweitert werden muss.

Die individuellen Bedarfe psychisch erkrankter Menschen erfordern unserer Einschätzung nach auch eine genaue Überprüfung und Festlegung, für welche Art von ambulanten Hilfen welche Berufsgruppe eingesetzt wird. Nach unserer Einschätzung ist nicht in jedem Fall eine sozialpädagogische Maßnahme erforderlich oder sinnvoll. Durch die Einführung des persönlichen Budgets werden möglicherweise in Zukunft sehr individuelle Betreuungsleistungen möglich.

Eine intensive fachpsychiatrische Begleitung und Unterstützung der ambulanten Helfer erscheint gerade für den obengenannten Personenkreis von größter Bedeutung.

### Gemeindepsychiatrie ist **Psychiatrie für Bürger und mit Bürgern der Gemeinde.**

Wie in der Einleitung erläutert, wird von der Aktion Psychisch Kranke die vorrangige Bedeutung von nichtprofessionellen Hilfen betont. Deshalb gehört zu einer angestrebten Eingliederung in die Gemeinschaft eine Beteiligung von möglichst vielen Bürgern als Nachbarn, Kollegen, Vereinsmitgliedern und auch ehrenamtlichen Helfern.

Das bürgerliche Engagement für psychisch Kranke Menschen hat in Deutschland keine besondere Tradition. Dazu hat sicherlich die frühere psychiatrische Versorgungsstruktur in Großkrankenhäusern mit Langzeitstationen beigetragen. Schwerer behinderte Menschen wurden oft fernab ihrer ursprünglichen Heimat abgesondert. Hinzu kam eine bis heute weit verbreitete Unsicherheit im Umgang mit psychisch kranken Mitbürgern. Wissenschaftliche Untersuchungen berichten über erhebliche Vorurteile gegenüber diesen Menschen, die offensichtlich auch von einer überwiegend „negativen“ Berichterstattung verschiedener Medien beeinflusst ist.

Tatsächlich gestalten sich im Einzelfall der Kontakt und das Bemühen um einen Erkrankten nicht immer problemlos und manchmal auch sehr belastend. Angehörige, Nachbarn, Kollegen oder Bürgerhelfer stoßen dabei vielfach an Grenzen und benötigen fachliche Unterstützung und Ermutigung.

Bürgerhilfe ohne Vorbereitung, laufende Begleitung und Entlastung kann sich sehr rasch zu einer deprimierenden Erfahrung für beide Seiten entwickeln. Bürgerliches Ehrenamt kann und darf kein Ersatz für notwendige professionelle Hilfen darstellen, vielmehr handelt es sich dabei um eine letztlich unverzichtbare Ergänzung.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass Laienhilfe sich auf sogenannte „weiche“ Dienstleistungen beschränken soll. Hierunter fallen beispielsweise Besuchskontakte, Begleitung zu Veranstaltungen oder Unterstützung bei einfachen Verrichtungen im Haushalt.

Welche Bedeutung zukünftig die sogenannte „Familienpflege“ für die Versorgung erlangen kann, bleibt derzeit spekulativ. Hierbei wird sicher die Frage, in welcher Weise der Begriff „Familie“ definiert wird, eine entscheidende Rolle spielen. Können beispielsweise auch Einzelpersonen im Sinne einer „Wohngemeinschaft“ an diesem Hilfeangebot teilnehmen?

In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf die sogenannte „Freiwilligenagentur“ des Paritätischen in Lüneburg hinweisen. Sie wurde 1997 gegründet und ist die zentrale Vermittlungsstelle für freiwilliges Engagement in Lüneburg. Unter anderem werden Freiwillige an soziale Organisationen weitervermittelt, in denen sie in unterschiedlichsten Bereichen mit in Frage kommenden Aufgaben betraut werden.

#### Modell **gemeinsame Servicestellen** – ein Auslaufmodell oder Hoffnungsträger?

Diese Frage stellt der Autor Jörg Holke in seinem gleichlautenden Artikel in der Zeitschrift Psychochosoziale Umschau 2/2008.<sup>xi</sup>

Seit 2000 gibt es auf der Grundlage des SGB IX so genannte Servicestellen der Rehabilitationsträger. Zielsetzung war eine Verbesserung der Teilhabefähigkeit behinderter Menschen am Leben in der Gemeinschaft. In diesen wohnortnahen Servicestellen sollte für die behinderten Menschen eine umfassende Beratung trägerübergreifend, sozusagen wie aus einer Hand, angeboten werden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation hat in ihren Berichten von 2004 und 2008 eine ernüchternde Bilanz gezogen, die von den relevanten Fachverbänden bestätigt wird.

So wären diese Servicestellen bei einem großen Teil behinderter Menschen weitgehend unbekannt. Neben teilweiser fehlender Fachkompetenz der Mitarbeiter in Hinblick auf die Belange seelisch Behinderter wurde bezweifelt, ob es sich in allen Fällen tatsächlich um eine „gemeinsame“ Beratungsstelle handelt. Insbesondere eine Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialhilfe sei in vielen Regionen nicht erkennbar. Trotz Öffentlichkeitsarbeit sei zwar in den letzten Jahren eine steigende, aber dennoch unbefriedigende Inanspruchnahme zu verzeichnen gewesen.

Gerade Menschen mit seelischen Behinderungen würden nach den Worten der Aktion Psychisch Kranke das Nebeneinander der verschiedenen Kostenträger mit unterschiedlichen aber auch überschneidenden Leistungen als zum Teil undurchschaubar und überfordernd erleben.

Darüber hinaus würden aber auch nach Einschätzung vieler Fachleute die Leistungsträger von einer besseren Abstimmung ihrer Hilfen untereinander finanziellen Nutzen ziehen.

Im Landkreis Lüneburg werden derzeit zwei Servicestellen vorgehalten. Es sollte überlegt werden, ob nicht das Angebot der Servicestellen mit den Angeboten anderer Dienste besser verzahnt werden könnte. Der Sozialpsychiatrische Dienst als zuständige Fachstelle für die Versorgung seelisch kranker und behinderter Menschen wäre durchaus an einer „Vernetzung“ mit den Servicestellen interessiert.

## 2.5 FAZIT

**Die Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis Lüneburg, insbesondere von Menschen mit chronisch verlaufenden Störungen oder seelischen Behinderungen, kann als gut, aber nicht optimal beurteilt werden.**

**Im Bereich Behandlung und Pflege** fehlt weiterhin der bedeutsame Baustein Soziotherapie, die ambulante psychiatrische Pflege steht nicht umfassend zur Verfügung.

Eine stärkere Vernetzung der psychiatrischen Klinik Lüneburg mit dem komplementären Versorgungssystem könnte aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes die Hilfemöglichkeiten deutlich verbessern.

Die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit komplexen Störungsbildern, geringer oder fehlender Behandlungsmotivation und hoher sozialer Auffälligkeit sollten weiterentwickelt werden.

Die Behandlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Nervenärzte und der Institutsambulanz können auf Grund äußerer Einflüsse den tatsächlichen Erfordernissen nicht immer gerecht werden.

**Im Bereich Wohnen** liegt die Zahl der Plätze weiterhin deutlich über den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie und der Platzzahl benachbarter Landkreise. Weiterhin ist die Situation unverändert dadurch gekennzeichnet, dass in den hiesigen Wohnheimen ein relativ hoher Anteil von Betreuten aus anderen Regionen versorgt wird. Andererseits werden derzeit weit über 100 Menschen in zum Teil sehr weit entfernten Heimen außerhalb von Lüneburg betreut.

Die Versorgungssituation chronisch mehrfachgeschädigter Suchtkranker sollte genau analysiert und gegebenenfalls den Erfordernissen angepasst werden.

Der Landkreis Lüneburg möchte unter besonderer Berücksichtigung der Leitlinien der Aktion Psychisch Kranke den Anteil von stationären Eingliederungshilfen zu Gunsten ambulanter Maßnahmen in angemessener Weise, aber deutlich und nachhaltig verringern.

Wir schließen uns der Empfehlung des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge und anderer Fachleute an, dass die Trennung der Leistungsformen ambulant, teilstationär, stationär zu Gunsten einer Durchlässigkeit und Flexibilität der Leistungsformen überwunden werden sollte.

Entscheidend für die Hilfestellung wäre dann der tatsächlich und individuelle Bedarf eines behinderten Menschen und nicht die Leistungsform.

**Im Bereich Arbeit und Ausbildung** sind weitere Anstrengungen erforderlich, den speziellen Bedürfnissen von chronisch psychisch kranken Menschen in diesem Bereich gerecht zu werden. Für diesen Personenkreis ist derzeit eine dauerhafte Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt kaum erreichbar. Die Anforderungen und Arbeitsbedingungen sind in der Regel im Rahmen einer regulären, sozialversicherungspflichtigen Arbeit nicht zu bewältigen. Für eine zunehmende Zahl von Betroffenen führt der Weg dann in eine Werkstatt für behinderte Menschen mit einer langfristigen bis dauerhaften Beschäftigung dort. Als Alternative hierzu böten sich in erster Linie „geschützte“ Arbeitsmöglichkeiten in regulären Betrieben, in Beschäftigungsprogrammen oder in Selbsthilfefirmen an. Dieses Thema sollte innerhalb des Verbundes eine hohe Priorität haben, da sich Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten in aller Regel sehr positiv auf die bestehende Erkrankung oder Behinderung auswirken.

**Auf den Bereich Beratung, Betreuung und Alltagsgestaltung** wird ein besonderes Augenmerk zu richten sein, um die vom Landkreis Lüneburg angestrebte Verringerung von stationären Betreuungsfällen erfolgreich umzusetzen. Leistungserbringer und Leistungsträger sollten gemeinsam bereit sein, in jedem Einzelfall nach neuen Wegen sowie intelligenten und pragmatischen Lösungen zu suchen. Der personenzentrierte Ansatz der Aktion psychisch Kranke bietet hier den idealen Ansatzpunkt und stellt den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt jeder Hilfeplanung. Es sollte also nicht die Frage gestellt werden, was eine Einrichtung oder ein Dienst leisten kann, sondern was der Klient/Patient zur Überwindung seiner Schwierigkeiten tatsächlich benötigt. Für die Versorgung der Schwerekranken wird ein Verfahren, dass die Biographie und die bisher geleistete Hilfen genau analysiert und hieraus individuell geeignete Hilfeangebote entwickelt, unverzichtbar sein. Hierbei müssen stärker als bisher die Grenzen einzelner Leistungsgesetze überwunden und im Sinne eines Gesamtplanes verschiedene Hilfesegmente miteinander verknüpft werden. In Einzelfällen erscheint auch die Person eines sogenannten „Fallverantwortlichen oder Casemanagers“ unverzichtbar. Um ein Höchstmaß an „Normalität“ für kranke und behinderte Menschen zu erreichen, sollte die Einbeziehung des vorhandenen sozialen

Umfeldes sowie von ehrenamtlichen Bürgerhelfern oberste Priorität haben. Die Nutzung vorhandener oder zu schaffender Sozialräume wird zu einem wesentlichen Eckpunkt in der Hilfeplanung.

Wir möchten abschließend darauf hinweisen, dass wir unter den Begriffen *psychisch krank und seelisch behindert* ausdrücklich die Suchterkrankungen einschließen. Der sozialpsychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln werden wir in der folgenden Fortschreibung besondere Aufmerksamkeit schenken.



### 3. AUSWERTUNG DER ERHEBUNGSBÖGEN

In den folgenden sechs Abschnitten (3.1 - 3.6) werden die Auswertungen der Erhebungsbögen mittels Diagrammen dargestellt. Jeder Abschnitt beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse. Anschließend wird jeweils eine vergleichende Gegenüberstellung beider Erhebungszeiträume wiedergegeben. Eine detailliertere Übersicht über die Erhebungen von 2005 sowie von 2008 wird jeweils mittels eines einzelnen Diagrammes gezeigt. Die Abschnitte zu den Kooperationen sowie zu den Beschäftigungsverhältnissen stellen eine Ausnahme hiervon dar. Diese beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2008, da eine Vergleichbarkeit beider Erhebungszeiträume aufgrund einer detaillierteren bzw. verschiedenartigen Erhebungsmethode in 2008 nicht möglich war.

An dieser Stelle sei der Hinweis gegeben, dass eine absolute Vergleichbarkeit der Zahlen von 2005 und 2008 insgesamt nicht gewährleistet werden kann. Dazu gibt es verschiedene Gründe:

- Zum einen mussten die Daten teilweise entsprechend einer prozentualen Darstellung angepasst werden.
- Zum anderen hat an den jeweiligen Erhebungen nicht die gleiche Anzahl von Einrichtungen teilgenommen. So nahmen 2005 52 Einrichtungen und 2008 48 Einrichtungen teil.
- Eine weitere und weitaus erheblichere Ursache ist die Tatsache, dass an der Erhebung von 2005 und 2008 teilweise unterschiedliche Einrichtungen innerhalb der jeweiligen Funktionsbereiche teilgenommen haben. So haben z.B. für den Bereich „Behandlung / Pflege“ jeweils 13 Einrichtungen an der Erhebung 2005 sowie 2008 teilgenommen. Allerdings gibt es für diesen Bereich nur eine Übereinstimmung von 10 Einrichtungen, die sowohl an der Erhebung von 2005 sowie von 2008 beteiligt waren.

Eine Übersicht der Beteiligung von Einrichtungen den jeweiligen Funktionsbereichen entsprechend wird in der folgenden Tabelle ersichtlich.

Funktionsbereich	Rücklauf der Erhebungsbögen		
	2005	2008	Übereinstimmung 2005 / 2008
„Behandlung / Pflege“	13	13	10
„Wohnen“	9	7	6
„Arbeit / Ausbildung“	7	6	4
Beratung / Betreuung / Alltagsgestaltung	23	22	15
<b>Insgesamt</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>35</b>

**Tabelle 1: Rücklauf der Erhebungsbögen sowie Übereinstimmung der teilgenommenen Einrichtungen 2005 / 2008**

### 3.1 KOOPERATIONEN

Bezüglich der Kooperationen gibt es eine Abweichung zu den anderen Abschnitten. Diese Kategorie kann aufgrund einer Erweiterung der Fragestellung nicht mit der Erhebung von 2005 verglichen werden. In 2005 wurde lediglich nach Kooperationen gefragt. Hingegen dessen in der Erhebung von 2008 zum einen unterschieden wurde zwischen der institutionellen und der fallbezogenen Kooperation, zum anderen hinsichtlich der Intensität der Kooperationen. Die folgende Tabelle mit der Beantwortungsquote listet somit auch nur die Daten für 2008 auf.

Funktionsbereich	Einrichtungen	Quote
„Behandlung / Pflege“	12	92 %
„Wohnen“	7	100 %
„Arbeit / Ausbildung“	5	83 %
Beratung / Betreuung / Alltagsgestaltung	21	95 %
<b>Insgesamt</b>	<b>45</b>	<b>93 %</b>

**Tabelle 2: Beantwortungsquote - „Kooperationen“ 2008**

Zu dem Punkt der Kooperationen gibt es noch einige weitere Anmerkungen. So ist in den Diagrammen eine eindeutig größere Zahl an Kooperationen im Funktionsbereich „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ zu verzeichnen. Ganz so eindeutig ist allerdings nicht die Zuschreibung der Ursachen eines solch großen Unterschieds zu den anderen Bereichen.

Eine mögliche Erklärung mag die Anzahl an beteiligten Einrichtungen an der Erhebung in den verschiedenen Funktionsbereichen darstellen. So wurde die Frage zu den Kooperationen von 21 Einrichtungen des Funktionsbereichs „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ im Vergleich zu 5 Einrichtungen des Bereichs „Arbeit / Ausbildung“ beantwortet. Aus den Bereichen „Behandlung / Pflege“ und „Wohnen“ beantworteten die Frage zu den Kooperationen jeweils 12 und 7 Einrichtungen.

Zur Unterscheidung einer institutionellen und einer fallbezogenen Kooperation lassen sich keine großartigen Differenzen erkennen. Eine Tendenz der regelmäßigen Kooperation lässt sich dahingehend benennen, dass die institutionelle Kooperation öfter genannt wurde als die fallbezogene. Besonders auffällig sind hierbei die Bereiche „Wohnen“ sowie „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“, die eine höhere Zahl an institutionellen Kooperationen zu dem jeweils gleichen Funktionsbereich aufweisen als an fallbezogenen Kooperationen.

Beim Funktionsbereich „Behandlung / Pflege“ ist bei der institutionellen Kooperation eine höhere Ausprägung zu erkennen zum gleichen Funktionsbereich als auch zu dem Bereich „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“. Die Kooperation vom Funktionsbereich „Behandlung / Pflege“ zu „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ ist auf der fallbezogenen Ebene dann noch mal insbesondere in der regelmäßigen Kooperation um mehr als das Doppelte größer.

Im Funktionsbereich „Wohnen“ besteht die größte institutionelle Kooperation zum selbigen Bereich. Danach folgend kommt der Bereich „Behandlung / Pflege“. Auffällig ist hier, dass auf fallbezogener Ebene die Kooperation eher zum Bereich „Behandlung / Pflege“ und „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ besteht.

Die insgesamt geringe Kooperation – im Vergleich zu den anderen Bereichen – ergibt sich wohl zu einem großen Teil aus der Tatsache, dass hier lediglich fünf Einrichtungen beteiligt sind. Dennoch ist auffällig, dass eher eine geringe Kooperation auf institutioneller, als auch auf fallbezogener Ebene zu dem Funktionsbereich „Wohnen“ besteht. Auf institutioneller Ebene scheint eine annähernd gleich große Kooperation zu den Bereichen „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ und „Behandlung / Pflege“ sowie zum selben Bereich zu bestehen. Auf fallbezogener Ebene ergibt sich hier ein leicht abweichendes Bild.

Ein ganz anderes Bild bezüglich der Menge an Kooperationen zeigt sich im Bereich „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“. Dies ist sicher der hohen Beteiligung von insgesamt 21 Einrichtungen aus diesem Bereich zuzuschreiben. Auf institutioneller, als auch auf fallbezogener Ebene fällt hier die Kooperation innerhalb des Funktionsbereichs „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ auf. Diese weist auf beiden Ebenen die größte Anzahl auf. Die Kooperation zum Bereich „Behandlung / Pflege“ kommt hier ebenfalls auf beiden Ebenen an zweiter Stelle. Die Kooperationen zu den Bereichen „Wohnen“ und „Arbeit / Ausbildung“ sind im Vergleich hier eher gering.

### KOOPERATIONEN DES EINRICHTUNGSTYPSTYS „BEHANDLUNG / PFLEGE“

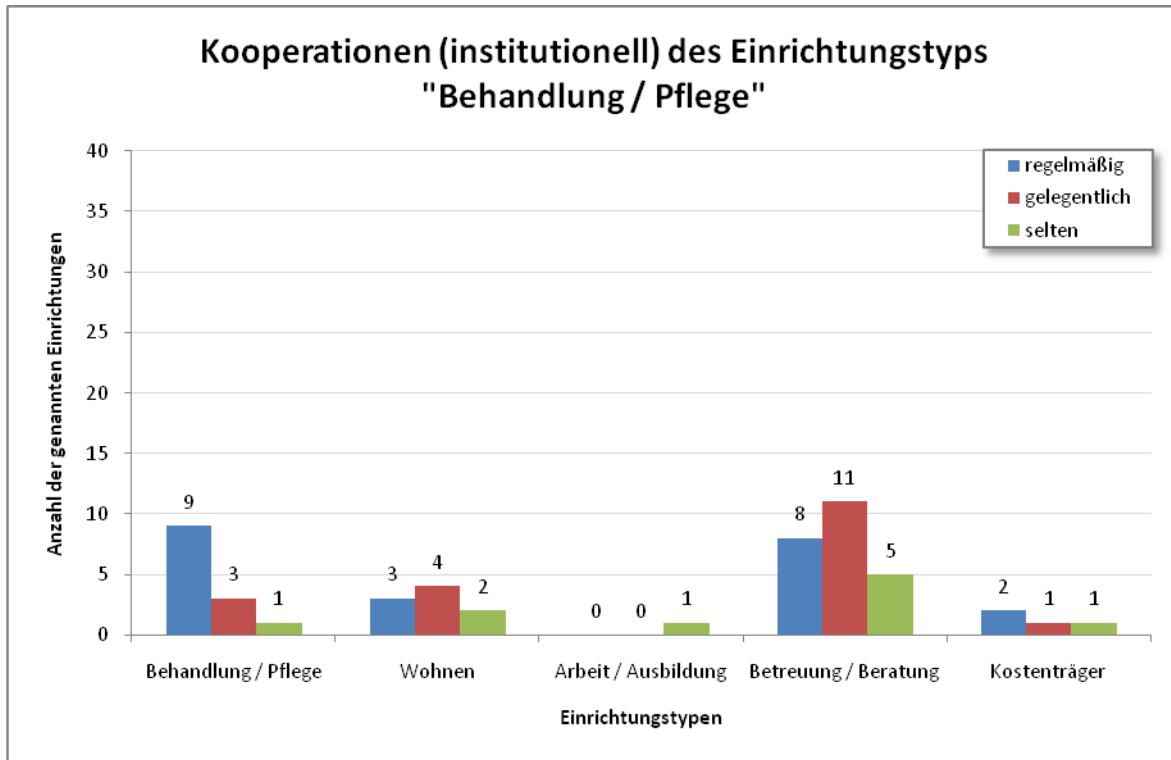


Abbildung 1: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Behandlung / Pflege“

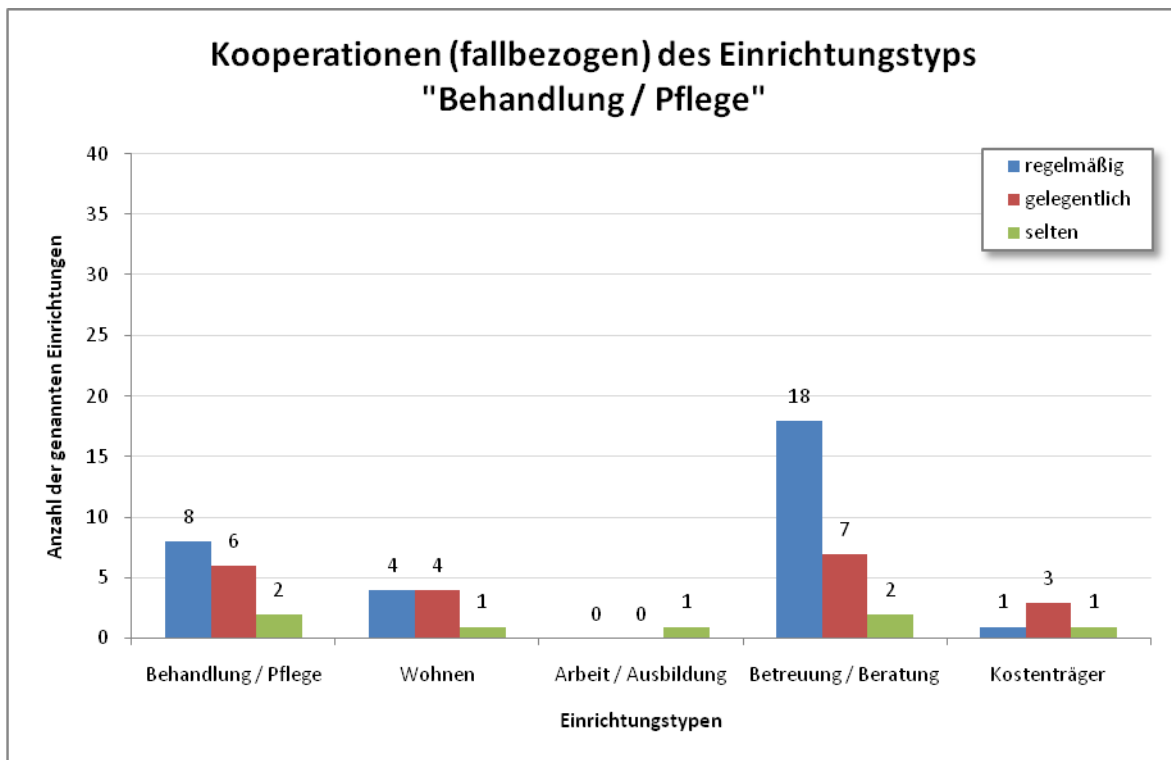


Abbildung 2: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Behandlung / Pflege“

KOOPERATIONEN DES EINRICHTUNGSTYPSTYS „WOHNEN“

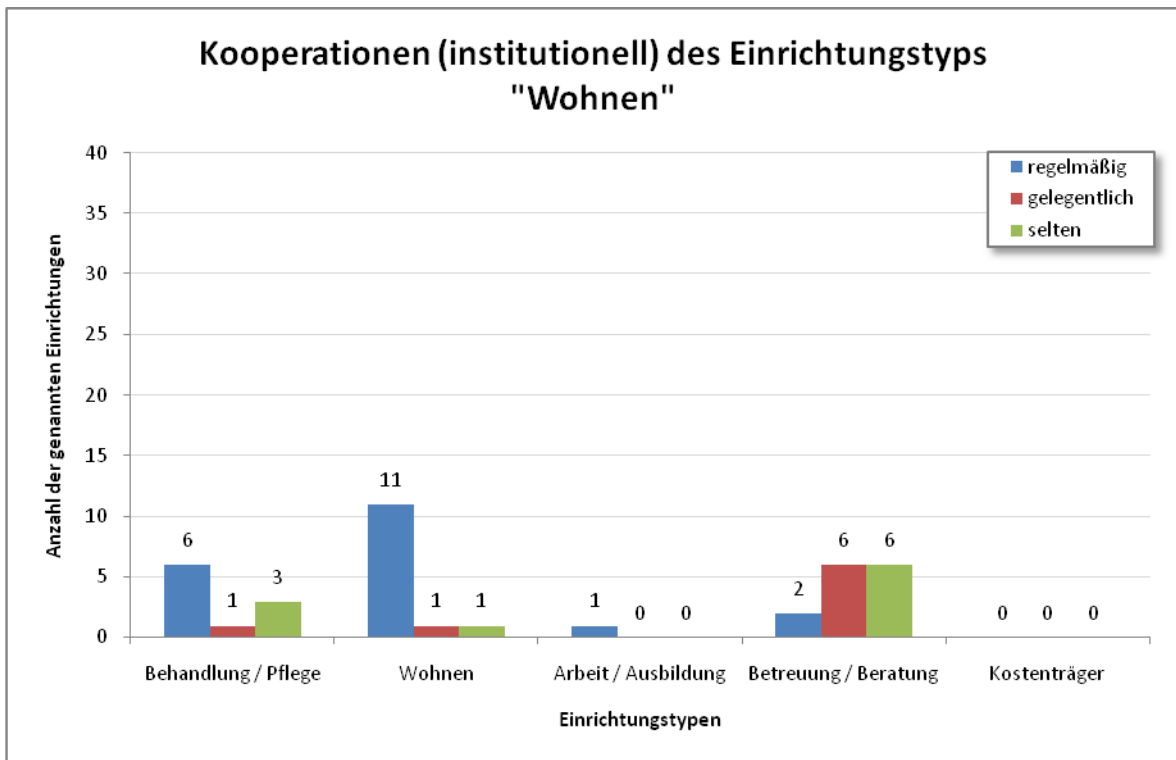


Abbildung 3: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Wohnen“

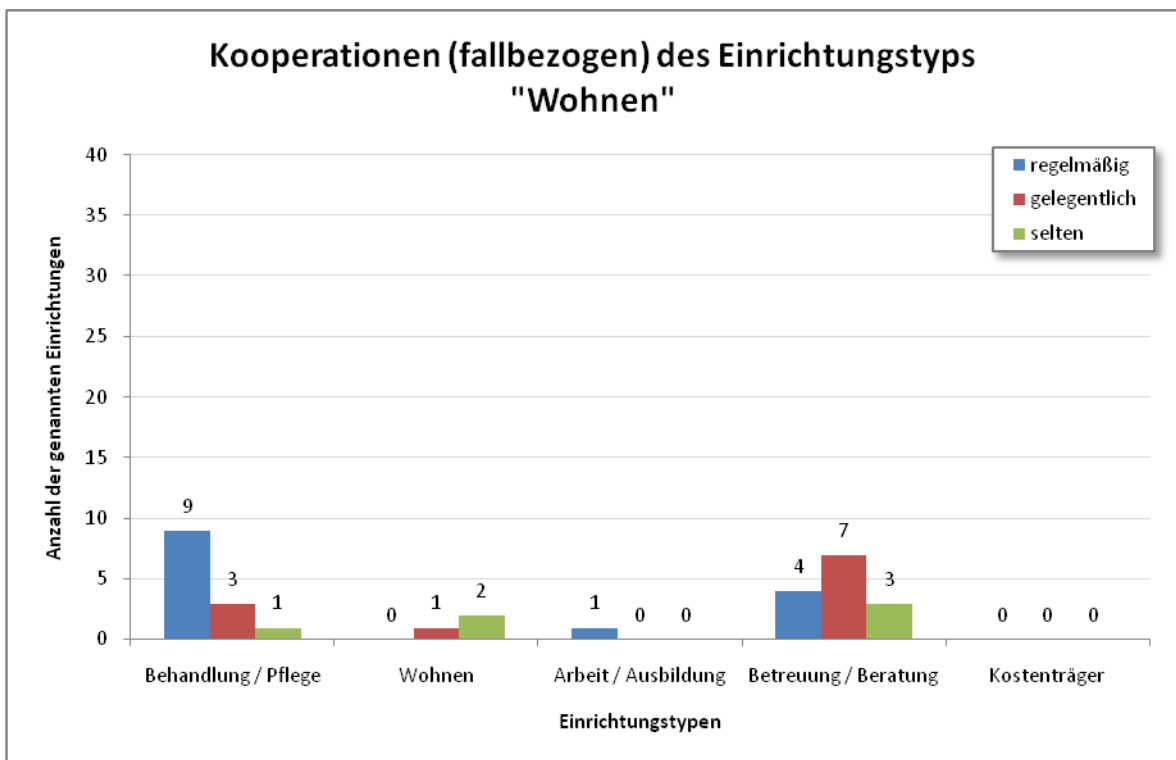


Abbildung 4: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Wohnen“

## KOOPERATIONEN DES EINRICHTUNGSTYPSTYS „ARBEIT / AUSBILDUNG“

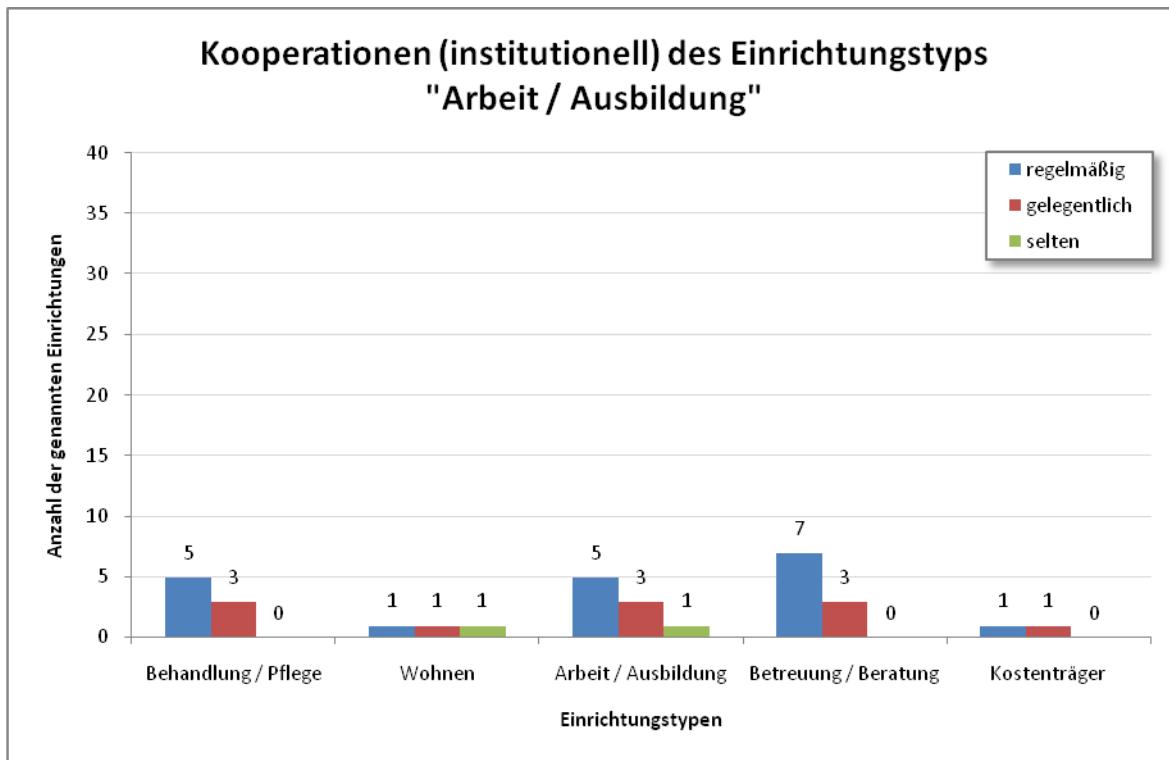


Abbildung 5: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Arbeit / Ausbildung“

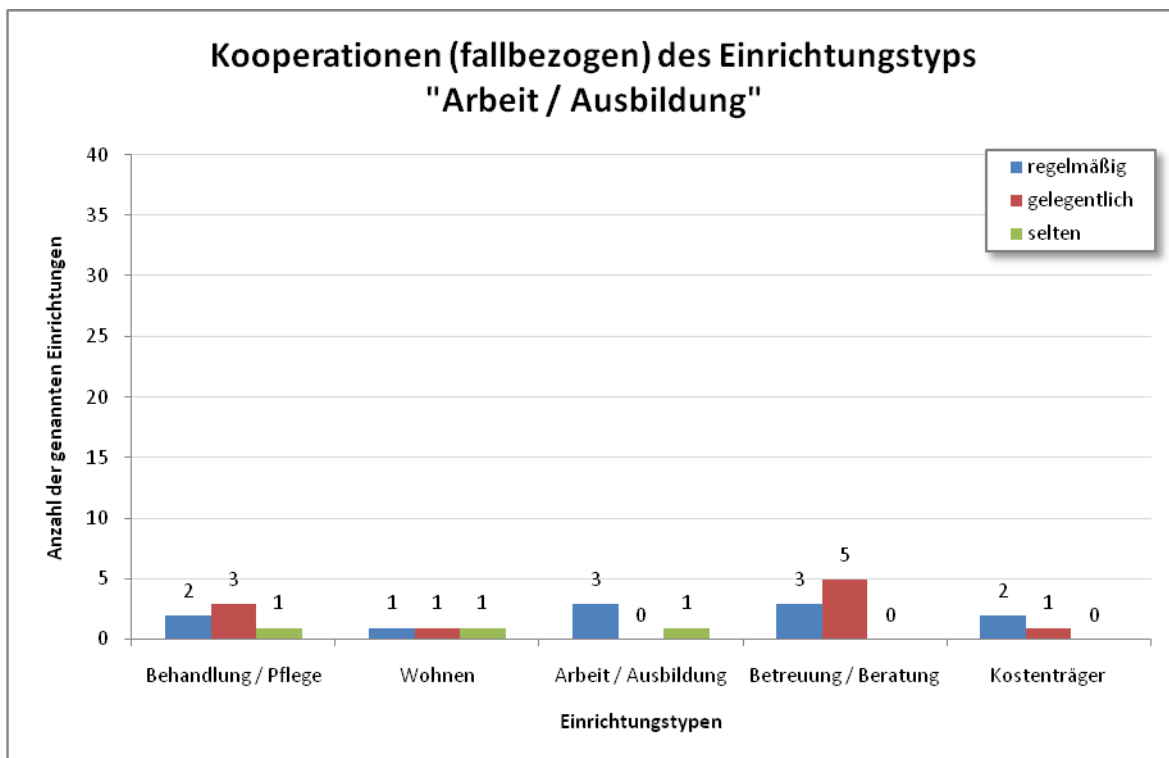


Abbildung 6: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Arbeit / Ausbildung“

## KOOPERATIONEN DES EINRICHTUNGSTYPSTYS „BETREUUNG / BERATUNG / ALLTAGSGESTALTUNG“

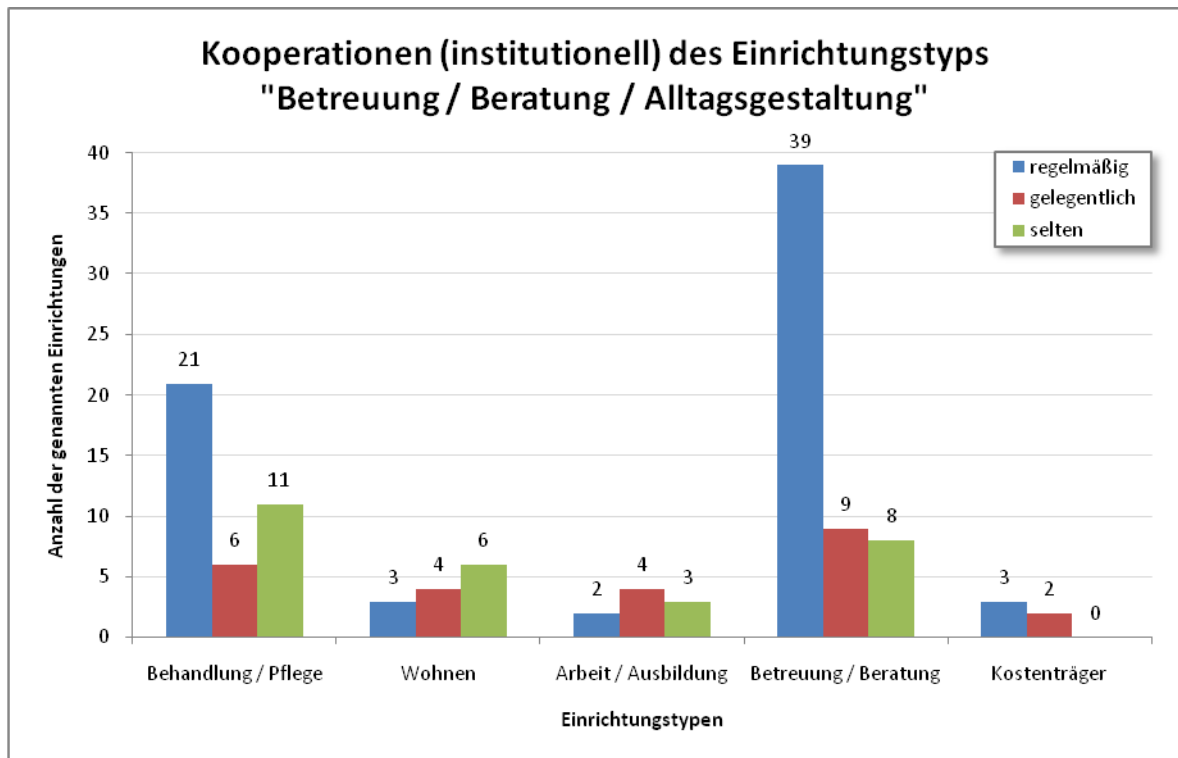


Abbildung 7: Kooperationen (institut.) des Einrichtungstyps „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“

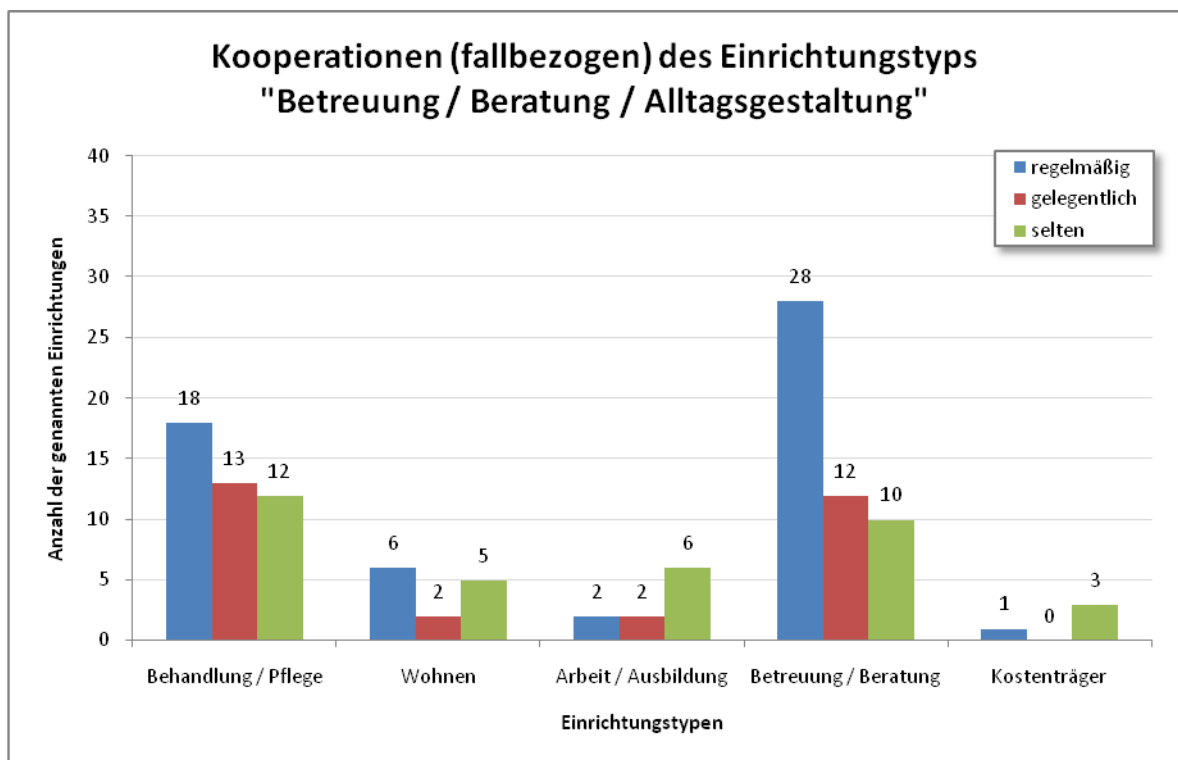


Abbildung 8: Kooperationen (fallbez.) des Einrichtungstyps „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“

## 3.2 PERSONALE AUSSTATTUNG

Insgesamt lässt sich ein Anstieg von Dipl. PsychologInnen (von 27 auf 43) sowie von ehrenamtlich Tätigen (von 33 auf 92) ausmachen. Ein Rückgang ist insbesondere bei den Pflegefachkräften (von 416 auf 272) sowie bei den Hauswirtschaftskräften (von 115 auf 28) zu verzeichnen.

Minimale Unterschiede gab es bei ÄrztInnen, Dipl. SozialpädagogInnen, ErgotherapeutInnen und ErzieherInnen.

Im Bereich „Behandlung / Pflege“ fällt insbesondere bei der personalen Ausstattung der erhebliche Unterschied zwischen den Zahlen zu den Pflegefachkräften innerhalb der beiden Erhebungszeiträume auf. So waren es 2005 359 Pflegefachkräfte, in der zweiten Erhebung nur noch 256. Ein kleiner Rückgang ist bei den ÄrztInnen zu verzeichnen, hingegen ein Anstieg bei den Dipl. PsychologInnen (von 21 auf 38).

Im Bereich „Wohnen“ hat laut der Erhebung ein Rückgang von Pflegefachkräften (von 49 auf 12) sowie eine Zunahme von Dipl. SozialpädagogInnen (von 14 auf 29) stattgefunden.

Im Bereich „Arbeit / Ausbildung“ lassen sich keine großen Veränderungen erkennen.

Auffällig sind aber auch im Bereich „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ ein gleichzeitiger Rückgang sozialpädagogischer Fachkräfte (von 72 auf 53) und ein Anstieg von ehrenamtlich Tätigen (von 18 auf 74).

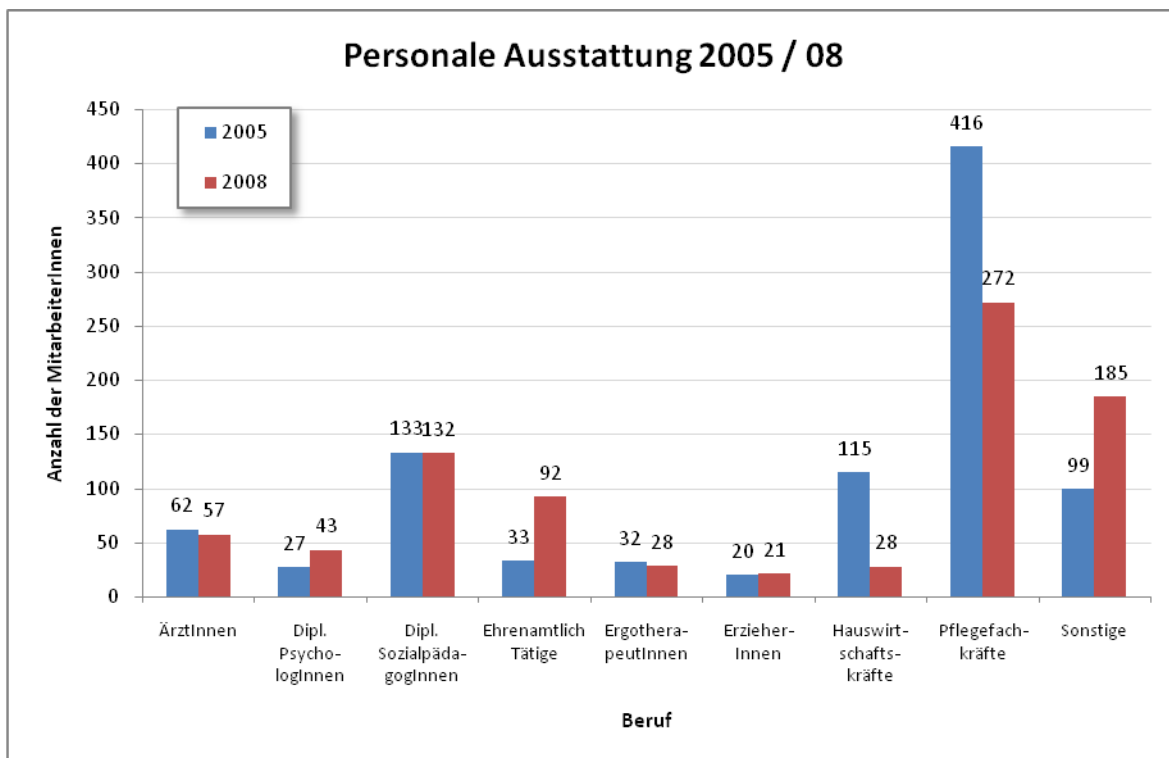


Abbildung 9: Synopse – Personale Ausstattung 2005 / 08



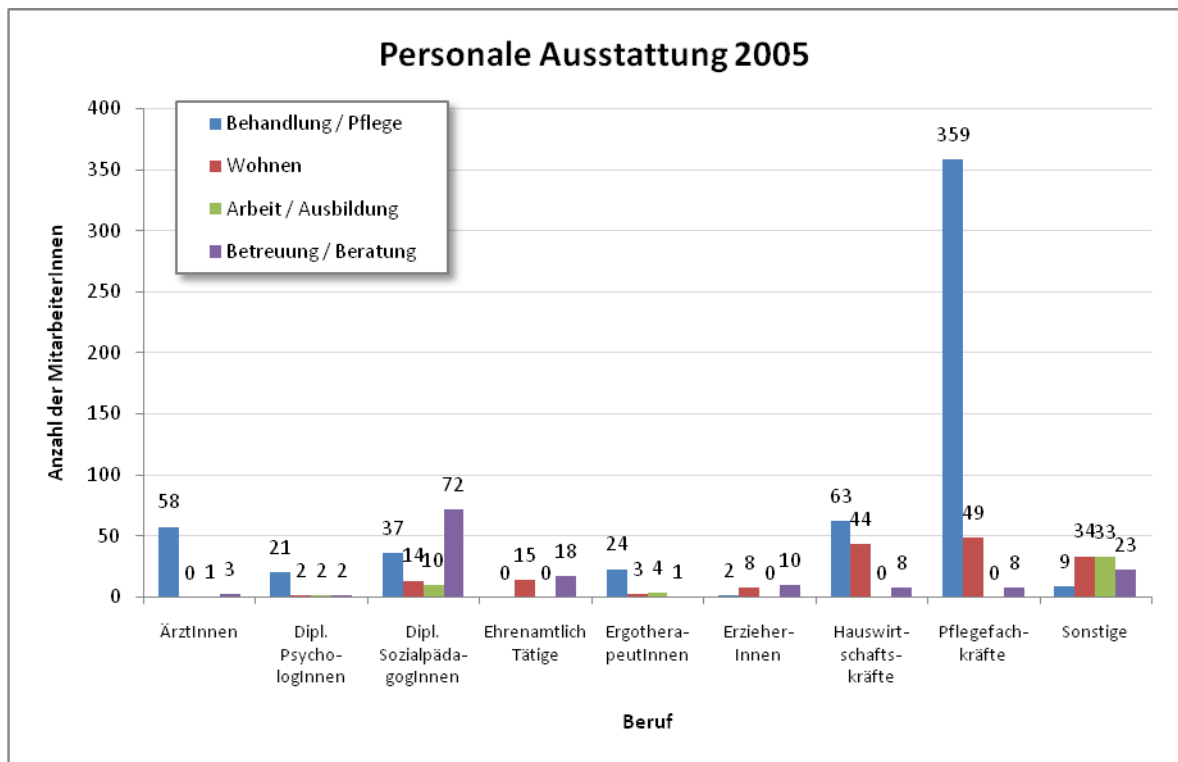


Abbildung 10: Personale Ausstattung 2005

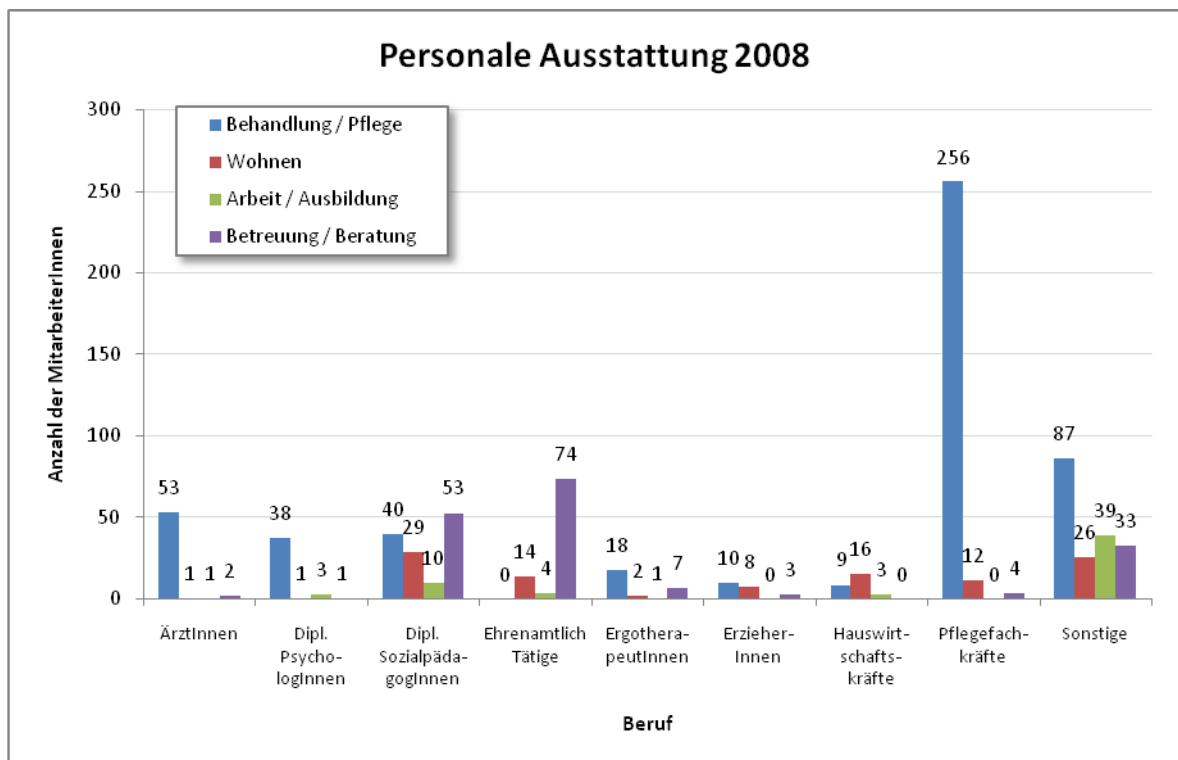


Abbildung 11: Personale Ausstattung 2008

### 3.3 EINZUGSGEBIET

Bezüglich des Einzugsgebietes lässt sich insgesamt eine leichte Zunahme an einer gemeindenahen Versorgung erkennen. So gab es im Einzugsgebiet Stadt Lüneburg eine Zunahme von 2,8% und im Gebiet Landkreis Lüneburg von 5,6%. In den Einzugsgebieten „benachbarte Landkreise“ und „überregional“ gab es hingegen eine Abnahme von 2,7% bzw. 5,8%.

Im Einzugsgebiet Stadt Lüneburg lassen sich hinsichtlich der vier Bereiche keine nennenswerten Unterschiede ausmachen.

Im Einzugsgebiet Landkreis Lüneburg hingegen steigt die Zahl im Bereich „Behandlung / Pflege“ an und nimmt im Bereich „Wohnen“ ab. Ein Anstieg ist hier auch im Bereich „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ zu verzeichnen.

Im Einzugsgebiet benachbarte Landkreise lässt sich ein Rückgang von KlientInnen im Bereich „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ sowie im Bereich „Arbeit / Ausbildung“ und ein Anstieg im Bereich „Behandlung / Pflege“ verzeichnen.

Im Einzugsgebiet überregional sind der Anstieg von KlientInnen im Bereich „Wohnen“ und der drastische Rückgang im Bereich „Behandlung / Pflege“ auffällig. Im Bereich „Arbeit / Ausbildung“ gab es einen geringen Anstieg.

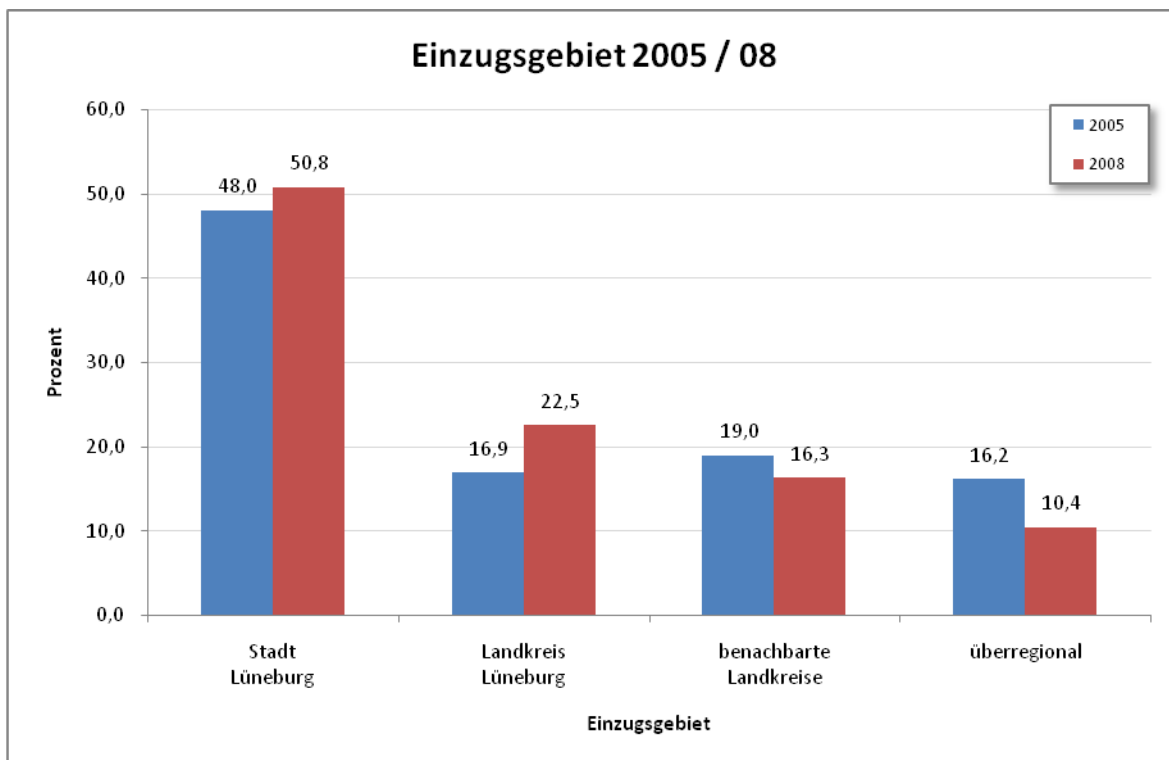


Abbildung 12: Synopse – Einzugsgebiet 2005 / 08

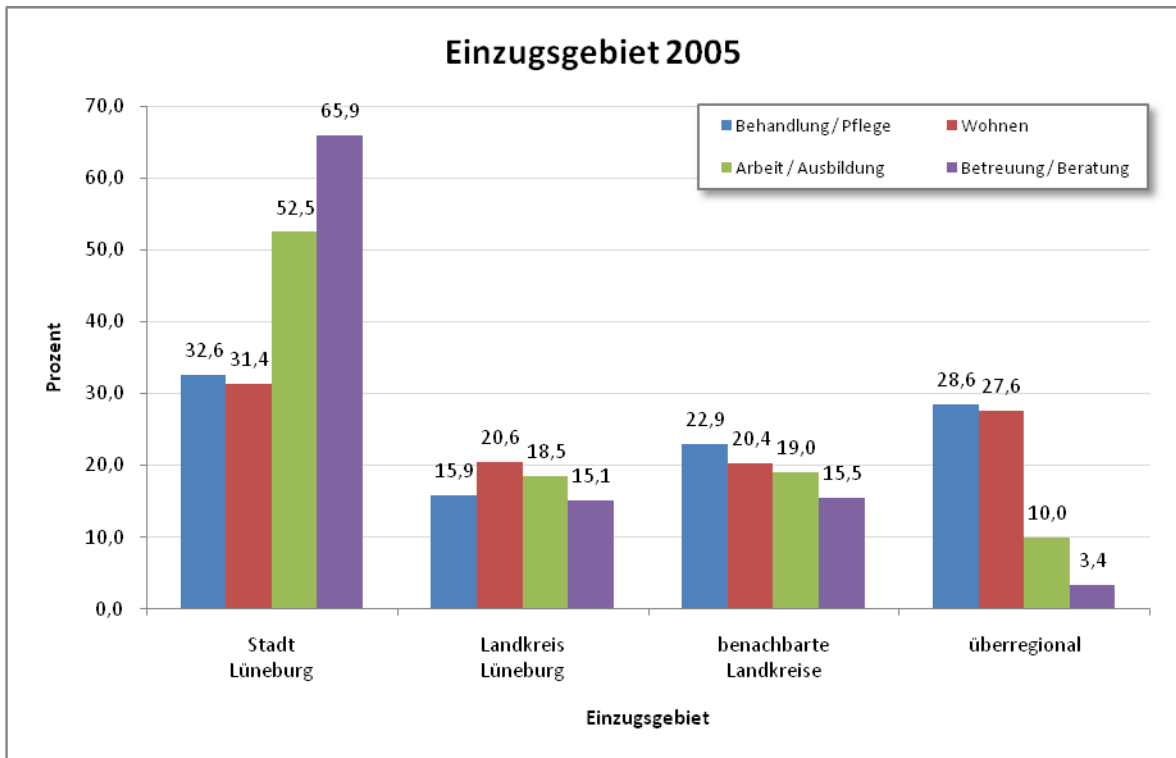


Abbildung 13: Einzugsgebiet 2005

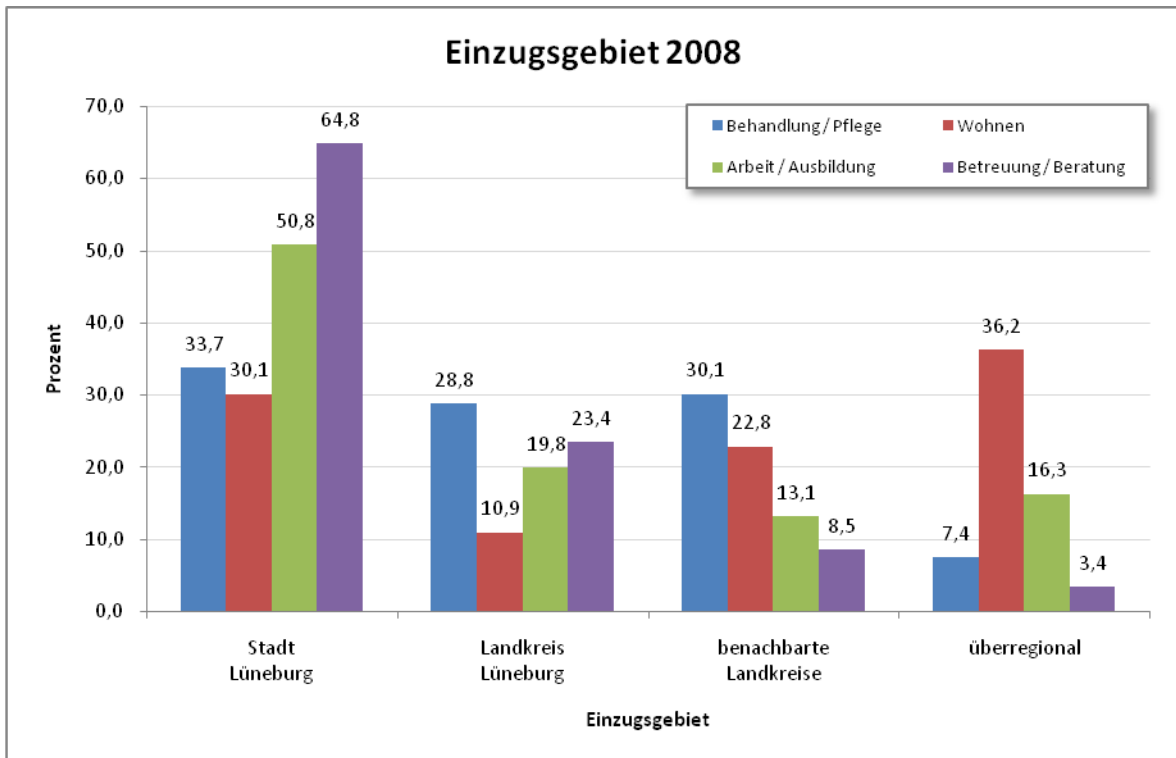


Abbildung 14: Einzugsgebiet 2008

### 3.4 ALTERSSTRUKTUR

Die Altersstruktur hat sich scheinbar insbesondere im Bereich zwischen 46 und 60 Jahren geändert mit einer Zunahme von 15,7% auf 22,8% (7,1%). Der Altersbereich von bis 18 Jahren hat um 3,1% zugenommen, der Bereich von 19 bis 30 Jahren sowie 31 bis 45 Jahre haben um 2,9% bzw. 3,7% abgenommen. Ebenfalls ein Rückgang ist im Bereich von über 60 Jahren zu verzeichnen. Hier sind es 3,2%.

Im Altersbereich bis 18 Jahre sind ein Rückgang bei der „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“ zu verzeichnen sowie ein Anstieg bei der „Behandlung / Pflege“ und beim „Wohnen“.

Der Anteil der über 60 Jährigen hat insbesondere im Bereich „Wohnen“ abgenommen. Hingegen ist der Anteil der 46 bis 60 Jährigen hier angestiegen. Hat der Anteil der unter 18 Jährigen im Bereich „Behandlung / Pflege“ stark zugenommen, so ist der Anteil von 19 bis 30 Jährigen hier gesunken.

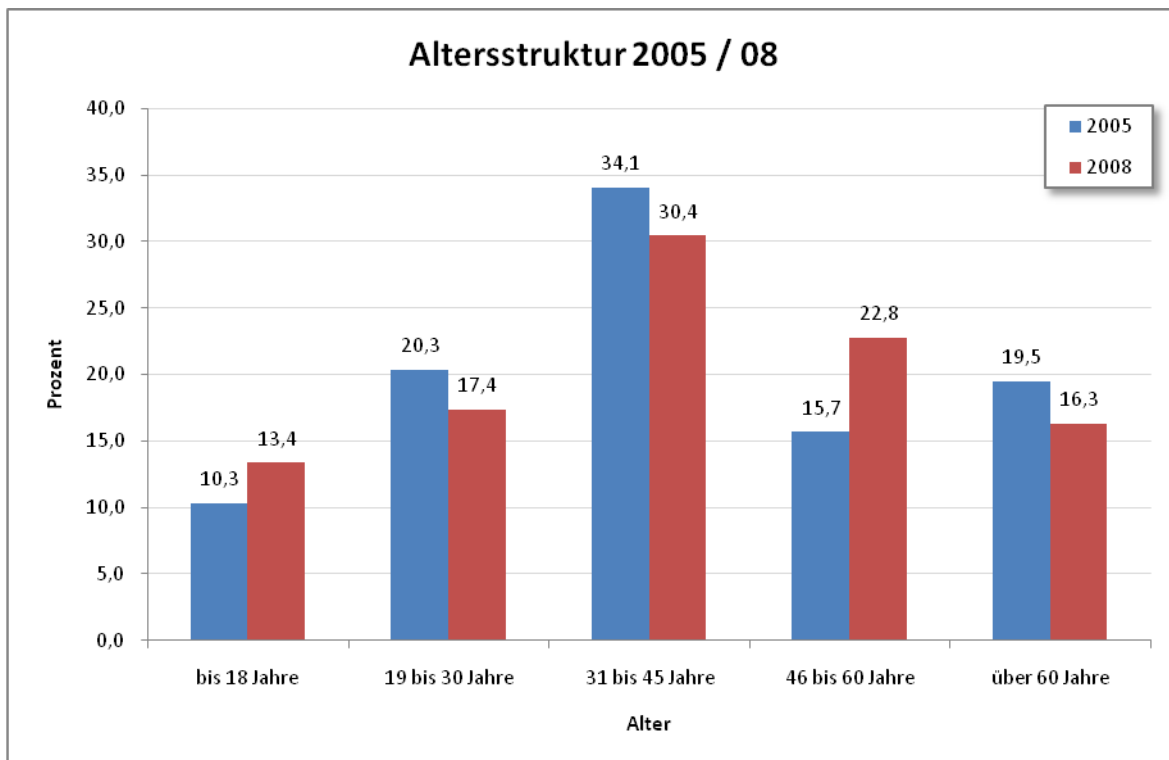


Abbildung 15: Synopse – Altersstruktur 2005 / 08

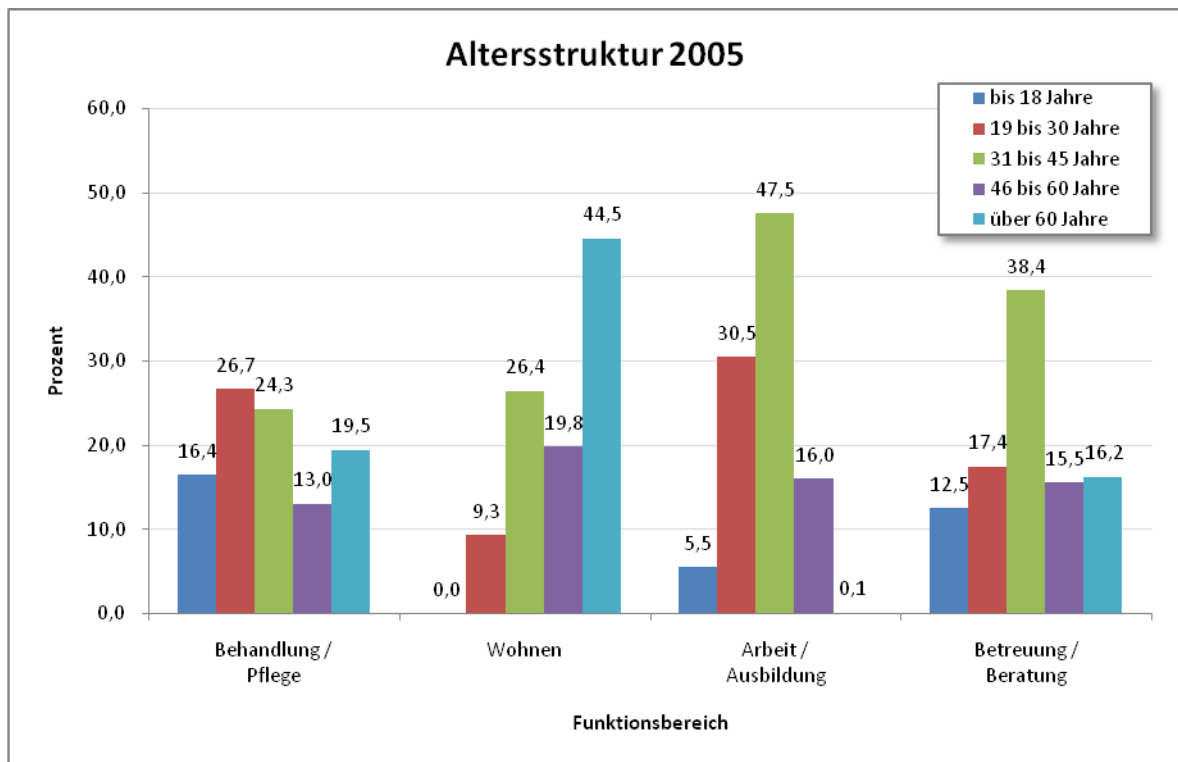


Abbildung 16: Altersstruktur 2005

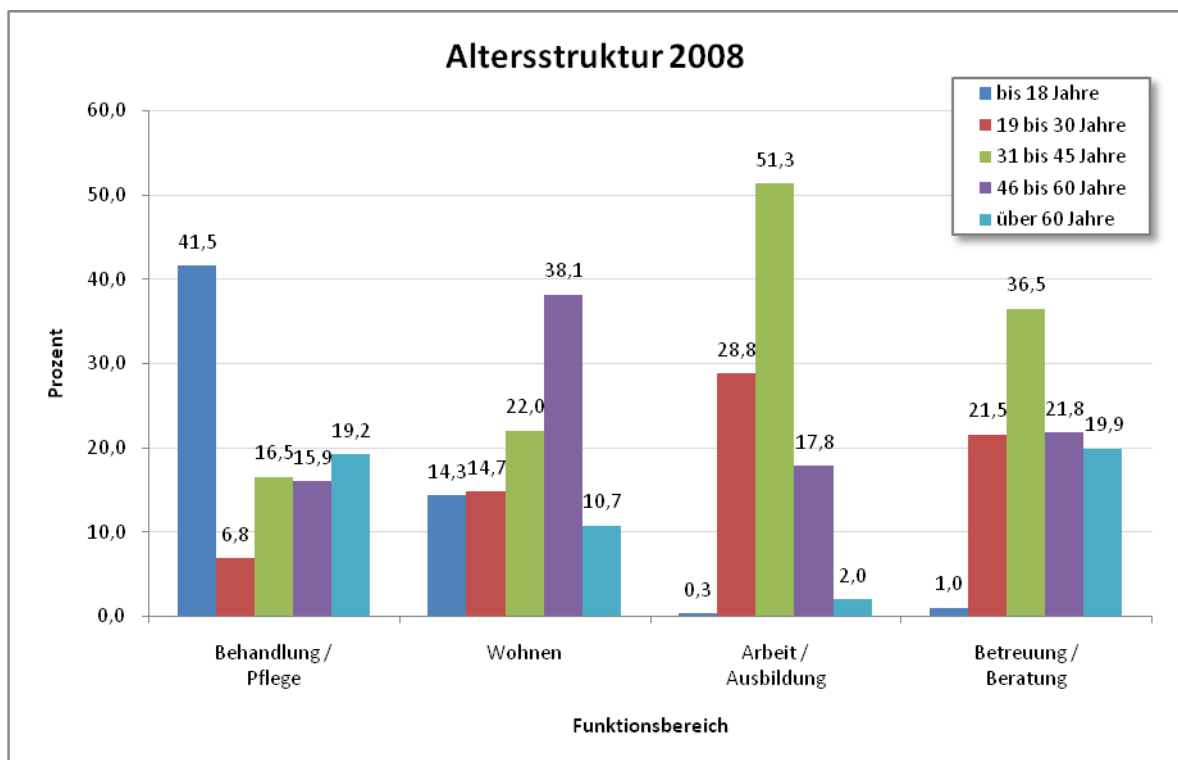


Abbildung 17: Altersstruktur 2008

### 3.5 DIAGNOSEN

Bezüglich der Diagnosen ist – wie dies auch von einigen Mitgliedern des Verbundes im Erhebungsbogen bemerkt worden ist – auf die Problematik der Einteilung der Diagnosen hinzuweisen. Sicher wäre eine Einteilung der Diagnosen nach dem Schema der ICD-10 sinnvoll gewesen und wird dies auch für die nächste Erhebung angestrebt. Allerdings schien es der Vergleichbarkeit zu der Erhebung von 2005 auch sinnvoll, diese Erhebungskriterien zunächst beizubehalten, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

So lassen sich insgesamt im Bereich der Diagnosen insbesondere ein Anstieg an Suchterkrankung sowie ein scheinbarer Rückgang an Psychosen feststellen. Das die Diagnose Psychose aber immer noch vorherrschend ist, wird deutlich.

Dies wird auch aus der detaillierteren Darstellung zu den jeweiligen Erhebungen deutlich. Ragt die Diagnose Psychose dort in allen vier Funktionsbereichen heraus, tut sie dieses in der zweiten Erhebung immerhin noch in den Bereichen „Wohnen“, „Arbeit / Ausbildung“ sowie „Betreuung / Beratung / Alltagsgestaltung“. Im Bereich „Behandlung / Pflege“ ist hier die Suchterkrankung der Spitzenreiter. Weiterhin sind ein starker Rückgang an Neurosen, Persönlichkeitsstörungen im Bereich „Wohnen“ sowie ein Anstieg im Bereich „Arbeit / Ausbildung“. Hier ist auch ein vergleichbar starker Rückgang an der Diagnose Psychose zu verzeichnen, wie beim Bereich „Behandlung / Pflege“.

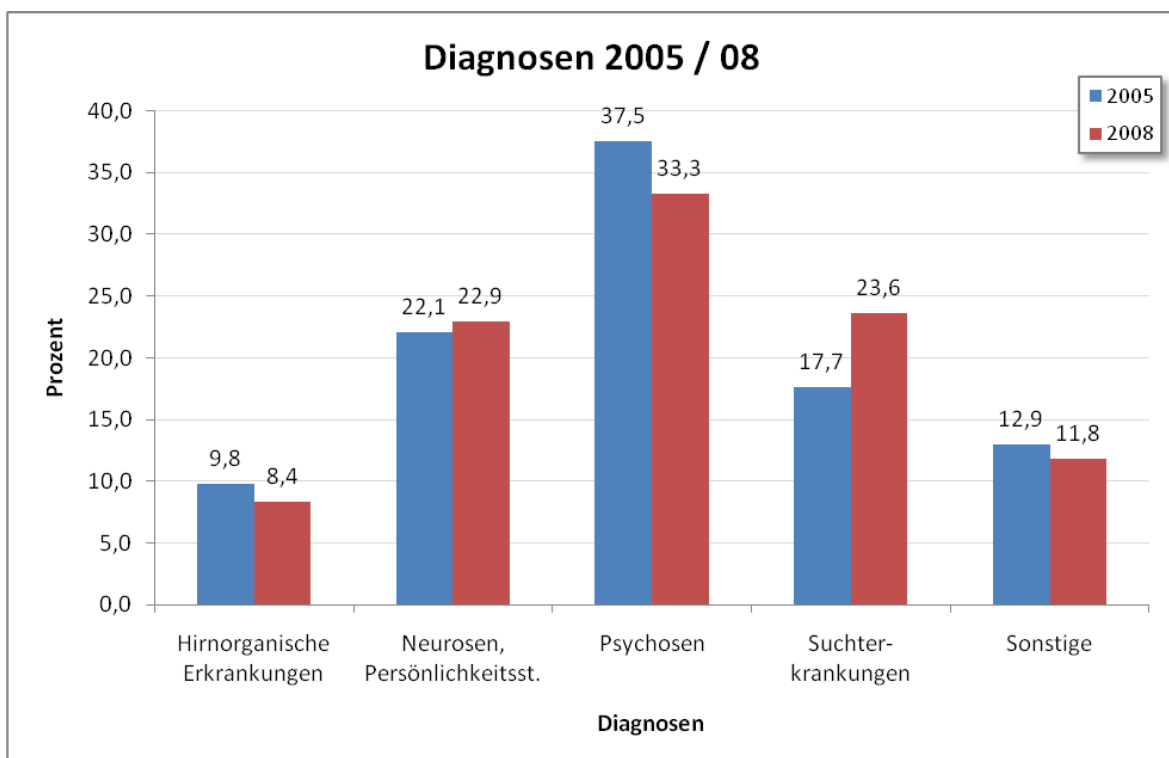


Abbildung 18: Synopse – Diagnosen 2005 / 08

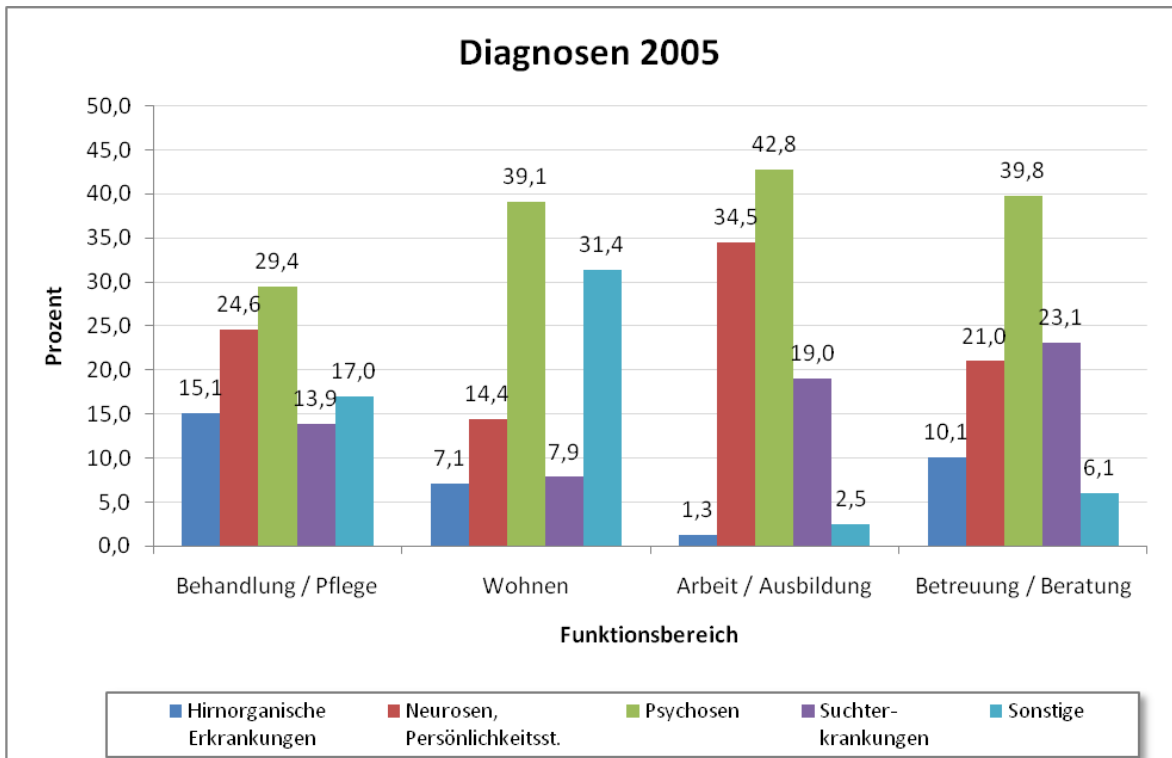


Abbildung 19: Diagnosen 2005

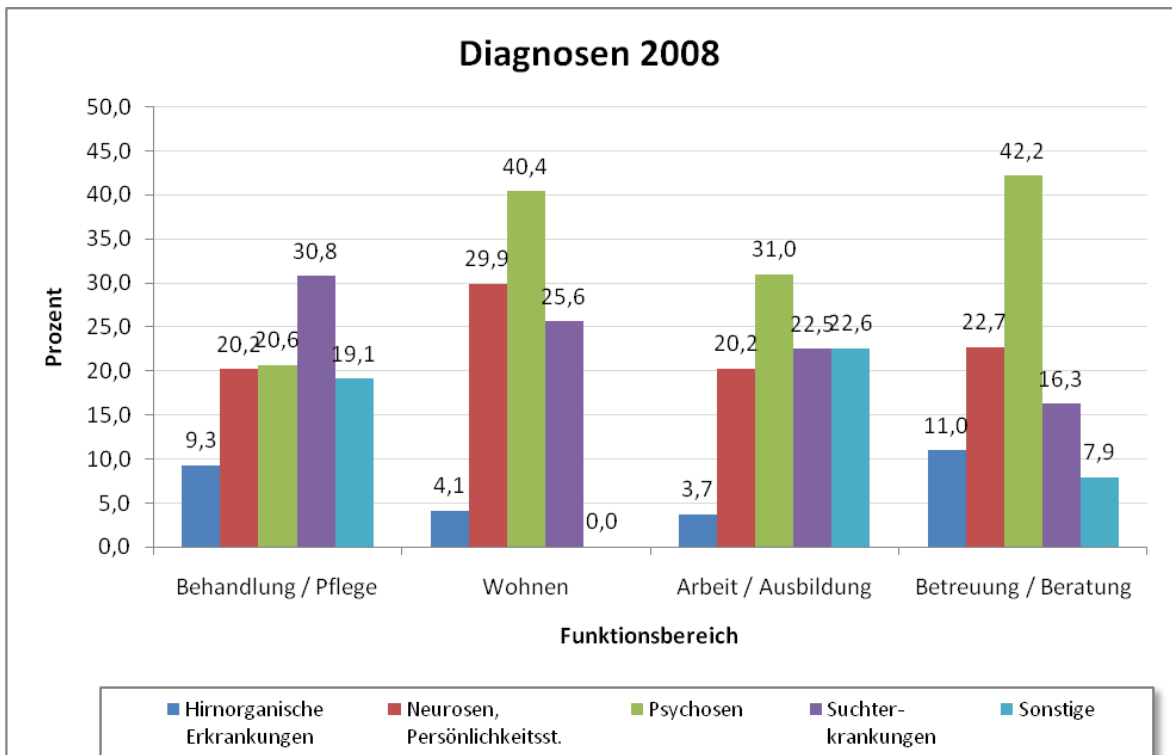


Abbildung 20: Diagnosen 2008

### 3.6 BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSE

Bei den Beschäftigungsverhältnissen wird die Differenz vom 1. zum 2. Arbeitsmarkt sehr deutlich. So liegt der Bereich des 2. Arbeitsmarktes bei insgesamt fast 30%, eine Ausnahme stellt hier der Bereich „Behandlung / Pflege“ dar. Der 1. Arbeitsmarkt erreicht noch nicht einmal die 10%-Linie.

Auffällig sind auch die hohen Werte der Arbeitslosigkeit im Bereich „Wohnen“ sowie den hohen Wert beim Beschäftigungsverhältnis „Schule / Studium / Ausbildung“ im Bereich „Behandlung / Pflege“.

Das im Bereich „Arbeit / Ausbildung“ die Beschäftigungsverhältnisse „Arbeitslos“ und „Schule ..“ sowie „Pension / Rente“ mit Null angegeben sind, ergibt sich von selbst. Der hohe Wert im Bereich „Arbeit / Ausbildung“ bei „Sonstiges“ ergibt sich aus der Angabe der WfbM als Beschäftigungsverhältnis unter dieser Rubrik.

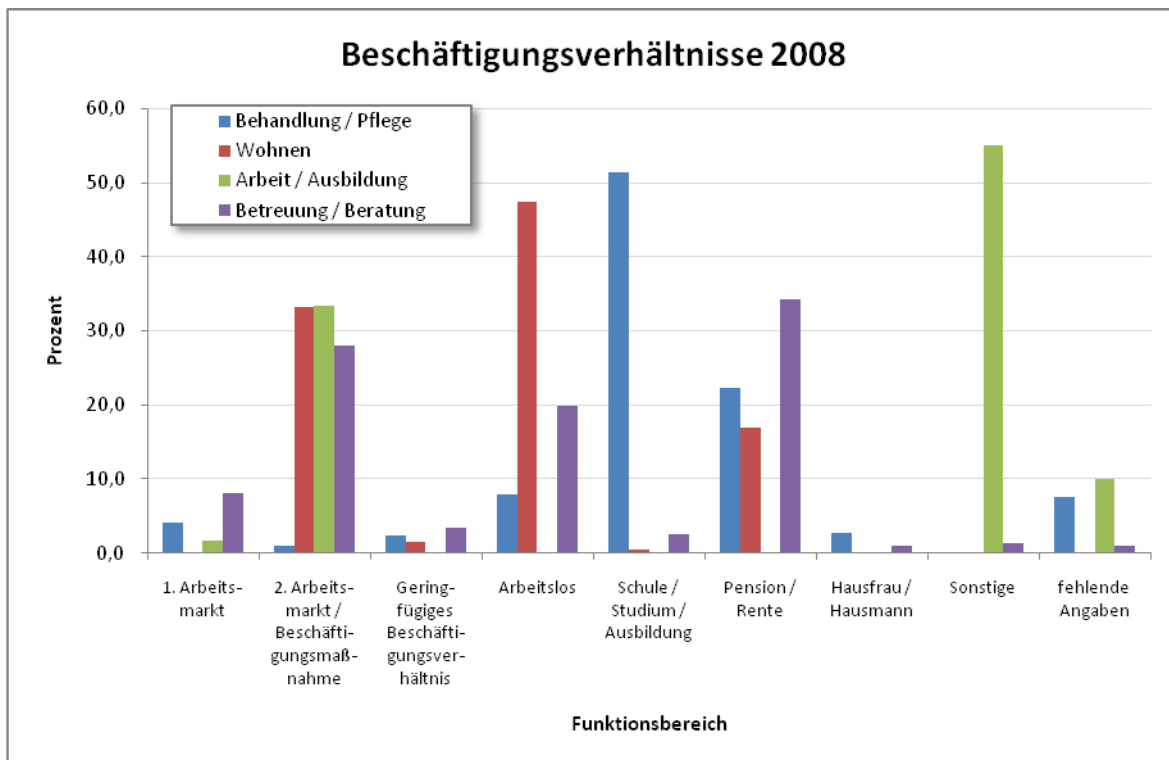


Abbildung 21: Beschäftigungsverhältnisse 2008



# ANHANG



## 4.1 STELLUNGNAHMEN AUS DEN ERHEBUNGSBÖGEN 2008

Hier seien die wichtigsten Stellungnahmen – solche die sich insbesondere auf den Verbund beziehen – zusammenfassend dargestellt.

### FINANZIERUNG

Zum Bereich Arbeit / Ausbildung wurde der Hinweis gegeben (2 Nennungen), dass eine Arbeit auf dem 1. Arbeitsmarkt unter Umständen eine dauerhafte Arbeitgeberförderung erforderlich machen würde bzw. wurde die Begleitung von Menschen mit einer Behinderung auf den 1. Arbeitsmarkt benannt.

Bezüglich des Bereichs Betreuung wurde festgestellt (2 Nennungen), dass eine aufsuchende Arbeit aufgrund eines zu hohen Betreuungsschlüssels nicht mehr leistbar wäre bzw. dass aufgrund von Reduzierung der Fallzahlen die Finanzierung der Einrichtung schwierig geworden sei.

Jeweils einmal wurde benannt, dass die Suchtberatung zur Pflichtaufgabe einer Kommune werden sollte, um so eine verbindliche Finanzierung zu sichern, dass für Menschen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, Beschäftigungsangebote fehlen und dass eine Haushaltsplanung aufgrund fehlender Förderung durch Stadt oder Landkreis für einen Verein schwierig sei.

### INHALT DER ARBEIT

Bezüglich des Bereichs Betreuung wurde von den gleichen Einrichtungen wie oben (2 Nennungen) die Schwierigkeit benannt, dass eine qualitative Beziehungsarbeit bzw. der Aufbau von Beziehungen zu Betreuten aufgrund der geringen Betreuungsstunden schwierig sei. Eine weitere Nennung gab es bezüglich der flexibleren Gestaltung von Betreuungen.

Jeweils 1 Nennung gab es bezüglich folgender Punkte: Es wurde sich für mehr berufliche Bildung im Arbeitsbereich ausgesprochen. Ein Bedarf an einer stärkeren Vernetzung zwischen Klinik und anderen Anbietern wurde benannt. Bezüglich des Bereichs Wohnen wurde angesprochen, dass insbesondere für Klienten, die mehrmals im Jahr Entgiftungen machen, der Vorrang ambulant vor stationär nicht immer sinnvoll sei.

### PERSONALSTRUKTUR

Keine nennenswerten Angaben bezüglich des Änderungsbedarfs bezogen auf den Verbund.

## FALLBEZOGENE ZUSAMMENARBEIT

An dieser Stelle sei der Hinweis gegeben, dass der Begriff *fallübergreifende Zusammenarbeit* – wie er im Erhebungsbogen verwendet wurde – missverständlich sein könnte, von den meisten Anbietern aber richtig gedeutet wurde und hier jetzt mit dem Begriff fallbezogene Zusammenarbeit verwendet wird.

Bezüglich der fallbezogenen Zusammenarbeit gab es lediglich eine positive Aussage dahingehend, dass die Zusammenarbeit gut funktioniere. Es gab überwiegend Aussagen, die eine Verbesserung der fallbezogenen Zusammenarbeit für erforderlich hielten. So wurde benannt, dass die Zusammenarbeit ausbaufähig sei, die indirekten Zeiten hierfür aber nicht ausreichen würden, dass sie mangelhaft sei und dass eine produktive Verbundarbeit derzeit nicht funktioniere sowie eine bessere Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst bezüglich der Einschätzung von Eigen- und Fremdgefährdung erforderlich sei.

Weiter wurde benannt, dass anstatt einer ideologischen Abgrenzung vielmehr eine pragmatische Zusammenarbeit wichtig wäre. Regelmäßige Abstimmungen bezüglich des Behandlungsplanes seien verbesserungsbedürftig. Des Weiteren wurde benannt, dass zukünftig mehr Case-Management verankert werden sollte.

## VERSORGUNGSSITUATION IN DER REGION

Zur Versorgungssituation in der Region ergibt sich laut Angaben der an der Erhebung beteiligten Einrichtungen folgende Situation. Zunächst zu den Aussagen über fehlende Angebote. Es fehlen: Soziotherapie; eine qualifizierte Bürger- Laienhilfe; individuelle teilstationäre Angebote, ein sozialpsychiatrischer Notdienst; eine gerontopsychiatrische Tagespflege; eine Tagesstätte für Suchtkranke; deutlich höheres vollstationäres Behandlungsangebot. Des Weiteren wurde angeregt, die ambulante psychiatrische Pflege auszubauen. Außerdem wurde sich für eine bessere Abstimmung und Vernetzung der Angebote ausgesprochen. Ebenso eine fallbezogene Kooperation sowie verlässliche Absprachen mit den regionalen Versorgern.

Im Bereich Arbeit wurde für eine Erweiterung der Arbeitsangebote im geschützten Bereich plädiert. Außerdem wurde moniert, dass zu wenige integrative Arbeitsplätze vorhanden wären. Die Kooperation mit regionalen Wirtschaftsunternehmen sollte ausgebaut werden.

Bezüglich der ambulanten Betreuung wurden der drastische Rückgang der Bewilligungen dieser Hilfen sowie die fehlende Transparenz bei der Begründung hierfür kritisiert. Klienten würden dadurch entmutigt, überhaupt erst Anträge zu stellen. Eine ambulante Betreuung nach Verlassen einer stationären Einrichtung sollte intensiver sein. Es fehle zudem an niedrighwelligen Therapieangeboten. Bei der Hilfebedarfsermittlung sollte mehr Transparenz bezüglich der Kostenbewilligung herrschen. Zudem sollte die Patientenorientierung eine größere Rolle spielen.

## 4.2 STELLUNGNAHMEN IM RAHMEN DER BENEHMENSHERSTELLUNG

### **Ergebnisprotokoll der Arbeitsgruppe Psychiatrieplan im Prozess der Benehmensherstellung zum Entwurf des Psychiatrieplanes 2008 im Sinne des § 9 NPsychKG.**

In der Sitzung am 23.04.2009 wurde der Sozialpsychiatrische Plan 2008 im Rahmen der Benehmensherstellung diskutiert. An dieser Sitzung haben teilgenommen:

- Frau Puhmann – Loewe-Stiftung
- Frau Benecke – Alzheimer Gesellschaft
- Herr Elsner – Herbergsverein
- Herr Dr. Naumann – Psychiatrische Klinik Lüneburg - KJP
- Herr Winterhoff, Sozialpsychiatrischer Dienst
- Herr Meyer – Student der Leuphana Universität Lüneburg

Zu folgenden Gliederungspunkten bezüglich der Benehmensherstellung, gab es Stellungnahmen, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden:

- 1.3 Zielgruppe
- 2. Empfehlungen und Einschätzungen zur sozialpsychiatrischen Versorgung
- 2.2 Bereich Wohnen
- 2.3 Bereich Arbeit / Ausbildung
- 2.4 Bereich Beratung / Betreuung / Alltagsgestaltung

Zum Gliederungspunkt **1.3 Zielgruppe** wurde darauf hingewiesen, dass die Zielgruppe zu eng definiert sei. Es gebe weitere Personengruppen, die einen Leistungsanspruch haben. Insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe sei hier noch nicht ausreichend berücksichtigt. Für die Zukunft wurde eine erweiterte Betrachtung des Personenkreises bei der Zielgruppenfestlegung gewünscht.

Zum Gliederungspunkt **2. Empfehlungen und Einschätzungen zur sozialpsychiatrischen Versorgung** wurde eine nicht ausreichende Würdigung der Bereiche Gerontopsychiatrie und Sucht bemängelt. Themengebiete des Sozialpsychiatrischen Planes wurden bisher insbesondere am Aktualitätsgrad für den Sozialpsychiatrischen Dienst ausgewählt. Für die Zukunft sollen insbesondere die beiden genannten Bereiche Schwerpunkthemen werden.

Zum Gliederungspunkt **2.2 Bereich Wohnen** wurde geäußert, dass bei Betroffenen mit einer Doppeldiagnose häufig die Bestimmung der Hauptdiagnose sehr schwierig sei. Zudem wurde unter

diesem Punkt die Zahl von 7-10% als Anteil von psychisch kranken Obdachlosen für den Bereich Lüneburg als zu niedrig angesehen.

Zum Gliederungspunkt **2.3 Arbeit / Ausbildung** wurde die Aussage kommentiert, dass für eine hohe Anzahl an Betroffenen die Werkstatt für behinderte Menschen eine langfristige bis dauerhafte Beschäftigung sei. Dies sei im Psychiatrie-Bereich nicht zutreffend. Hier sei im Bereich der Werkstatt für behinderte Menschen kein Stillstand festzustellen.

Zum Gliederungspunkt **2.4 Bereich Beratung / Betreuung / Alltagsgestaltung** wurde zu der Aussage Stellung genommen, dass ambulante Betreuung häufig in Anspruch genommen wird ohne vorrangige Hilfeleistungen (Behandlung und Rehabilitation) zu berücksichtigen. Der Hinweis zielt darauf ab, dass ambulante Betreuung im Rahmen der Eingliederungshilfe in solchen Fällen vielfach eine kompensatorische Leistung darstellt, weil keine anderen Leistungsangebote vorhanden seien. Bezüglich der Familienpflege wurde thematisiert, dass der Begriff „Familie“ nicht die entscheidende Rolle spielen wird, sondern vielmehr die Klärung der Zuständigkeit: Handelt es sich hierbei um eine stationäre oder ambulante Maßnahme. Zudem gab es eine Äußerung dahingehend, dass ein langsames Vorankommen der Familienpflege in der Region nicht an den Trägern liege und dass insbesondere die Rahmenbedingungen hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Hinsichtlich der Ehrenamtlichkeit wurde aus dem Bereich Gerontopsychiatrie darauf hingewiesen, dass der Bedarf an ehrenamtlichen Helfern wesentlich höher sei als die Zahl der zur Verfügung stehenden Personen, die eine ehrenamtliche Tätigkeit in diesem anstreben .

### 4.3 ANMERKUNGEN

- i [www.psychiatrie.de/apk/wir](http://www.psychiatrie.de/apk/wir)
- ii Kauder, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (1999): Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Bonn.
- iii vgl. Melchinger/Machleidt (1999): Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spritzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Baden-Baden.
- iv Melchinger/Machleidt (1999): Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spritzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Baden-Baden.
- v Melchinger/Machleidt (2004): Ambulante Soziotherapie als Kassenleistung- wann wird sie anwendbar sein? In: Sozialpsychiatrische Informationen 2.
- vi [www.gapsy.de](http://www.gapsy.de)
- vii Konrad/Schock/Jäger (2006): Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Bonn.
- viii Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (2006): 22. Tätigkeitsbericht.
- ix Team Gemeindepsychiatrie (2008): Sozialpsychiatrischer Plan Region Hannover
- x [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)
- xi Holke, J. (2008): Modell gemeinsame Servicestellen – Ein Auslaufmodell oder Hoffnungsträger? In: Psychosoziale Umschau 2.





#### 4.4 LITERATURVERZEICHNIS / IMPRESSUM

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (2006): 22. Tätigkeitsbericht

Holke, J. (2008): Modell gemeinsame Servicestellen – Ein Auslaufmodell oder Hoffnungsträger?  
In: Psychosoziale Umschau 2.

Kauder, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (1999): Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Bonn.

Konrad/Schock/Jäger (2006): Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Bonn.

Melchinger/Machleidt (1999): Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spritzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Baden-Baden.

Melchinger/Machleidt (2004): Ambulante Soziotherapie als Kassenleistung- wann wird sie anwendbar sein? In: Sozialpsychiatrische Informationen 2.

Team Gemeindepsychiatrie (2008): Sozialpsychiatrischer Plan Region Hannover.

[www.gapsy.de](http://www.gapsy.de)

[www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

[www.psychiatrie.de/apk/wir](http://www.psychiatrie.de/apk/wir)

Der Sozialpsychiatrische Plan 2008 wurde erstellt durch den  
Sozialpsychiatrischen Dienst Lüneburg, Am Graalwall 4, 21335 Lüneburg,  
unter Mitwirkung von Herrn Matthias Meyer, Student der Universität Lüneburg

**Ansprechpartner:**

Claus Winterhoff

Tel.04131 261496

Mail: [claus.winterhoff@landkreis.lueneburg.de](mailto:claus.winterhoff@landkreis.lueneburg.de)

