

PSYCHIATRIE WOCHE 2007

des Sozialpsychiatrischen
Verbundes Region Hannover
vom 2. bis 6. Juli 2007



Region Hannover

**PSYCHIATRIE STELLT SICH (AN UNGEWÖHNLICHEN ORTEN) VOR
FÜR BETROFFENE, FACHLEUTE, INTERESSIERTE**

Vorwort

Die Dokumentation, die Sie in diesem Moment in den Händen halten, ist der erste Band der **Sozialpsychiatrischen Schriften**, herausgegeben vom Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Diese neue Schriftenreihe soll dazu dienen, wichtige Arbeitsergebnisse aus den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes zeitnah und in angemessener Detailliertheit den Mitgliedern des Verbundes zur Verfügung zu stellen.

Die „Psychiatrie-Woche 2007“, vorbereitet von einer Arbeitsgruppe aus Verbundmitgliedern, fand vom 2. bis 6. Juli 2007 unter Mitwirkung zahlreicher Institutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover statt. Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen sowie Fachleute und Interessierte hatten hier die Möglichkeit, sich über ambulante, tagesklinische und stationäre Hilfsangebote für psychisch Kranke in der Region Hannover zu informieren, zum Beispiel beim „Tag der offenen Tür“ verschiedener Einrichtungen oder bei öffentlichen Veranstaltungen bzw. öffentlich tagenden Verbundsgremien. Offizieller Anlass der „Psychiatrie-Woche“ waren das jeweils 10-jährige Jubiläum des „Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke“ und damit der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen und des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes der Region Hannover. Die Einführung in die Thematik übernahm Regionspräsident Hauke Jagau auf der zentralen Eröffnungsveranstaltung am 2. Juli 2007, zu der auch der Landesfachbeirat Psychiatrie niedersachsenweit eingeladen hatte. Zudem begrüßte Regionsrat Erwin Jordan die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der zentralen Abschlussveranstaltung der Psychiatrie-Woche zum Thema „Psychiatrie regional – Verantwortung durch Gemeinsinn“.

Obwohl die beiden großen Hannoverschen Tageszeitungen die „Psychiatrie-Woche“ kaum erwähnten, kamen trotzdem zu den Veranstaltungen erfreulicherweise insgesamt ca. 2000 Besucher. Dabei kam ungefähr die Hälfte der Besucher zu den beiden Großveranstaltungen in den psychiatrischen Kliniken in Wunstorf („Tag der offenen Tür“) und in Langenhagen („Sommerfest“).

Mit der vorliegenden Dokumentation hoffen wir, die wesentlichen Ergebnisse der einzelnen Veranstaltungen an noch mehr Interessierte zu tragen. Subjektive Eindrücke einzelner Teilnehmer und auf Fotos festgehaltene Momentaufnahmen sollen das Bild abrunden.

Dr. med. Thorsten Sueße
Leiter Team Gemeindepsychiatrie

Lothar Schlieckau
Psychiatriekoordinator

Inhalt

Montag 2. Juli 4

Eröffnungsveranstaltung Psychiatrie-Woche 2007 anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen und der Region Hannover

Grußwort (<i>Thomas Sporn</i>)	5
Grußwort (<i>Christan Harig</i>)	7
Grußwort (<i>Rose-Marie Seelhorst</i>)	10
Die Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft (<i>Cornelia Goesmann</i>)	11
10 Jahre Sozialpsychiatrische Verbände in Niedersachsen: Ist der Aufbruch gelungen? (<i>Wolfram Beins</i>)	16

Dienstag 3. Juli 26

Besuch des Mahnmals der NS-Opfer (<i>Christian Harig</i>)	27
Gedenkstunde und Kranzniederlegung am Mahnmal in Wunstorf (<i>Andreas Spengler</i>)	29
„Artparade“ und Ausstellung Kunst und Psychiatrie (<i>Lothar Schlieckau</i>)	30
Eröffnungsrede Kunstaussstellung (<i>Elisabeth Wellendorf</i>)	33

Mittwoch 4. Juli 38

Suchtkranke im Justizvollzug Sitzung der Fachgruppe „Legale Sucht“ in der JVA Hannover (<i>Beatrix Friedrich Werner</i>)	39
Psychisch Kranke und Straftäter im Strafvollzug (<i>Andreas Tänzer und Reinhold Maibaum</i>)	40

Tag der offenen Tür

Der Steg (<i>Edda Heimann</i>)	41
Wir machen draußen Sport (<i>Vera Koch</i>)	43

Donnerstag 5. Juli 44

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Verband in der Region Hannover (<i>Uwe Blanke</i>).....	45
---	----

Podiumsdiskussion „Arbeit für psychisch Kranke“

Einführung (<i>Thorsten Sueße</i>)	49
1. Stellungnahme (<i>Annette Theißing</i>)	52
2. Stellungnahme (<i>Christian Harig</i>)	55
3. Stellungnahme (<i>Christian Gawlik</i>)	57

Tag der offenen Tür in verschiedenen Einrichtungen

Ambulant betreutes Wohnen – Balance (Stefan Roeser)	58
Tagesstätte Balance Berenbostel (Stefan Roeser)	58
Tagesstätte Balance Hannover-Badenstedt (Stefan Roeser)	59
Tagesstätte Balance Goethestr. (Stefan Roeser)	60
Gerontopsychiatrie in der MHH (Ute Hauser)	61
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf stellt sich vor (Andreas Spengler)	61
Landeskrankenhaus öffnet seine Türen (Leine Zeitung)	62
Strafanzeige oder Sozialticket (Frank Mehnert)	63
Bericht zum ökumenischen Gottesdienst in Barsinghausen (Sabine Krumpholz)	64
Der Verein Psychiatrie-Erfahrener und die Arbeitsgemeinschaft Angehöriger psychisch Kranker stellen sich an einem ungewöhnlichen Ort vor (Christian Harig).....	65

Freitag 6. Juli 66

Psychiatrie regional – Verantwortung durch Gemeinsinn

(Wo) Steht die Hannoversche Sozialpsychiatrie???(Gunther Kruse)	67
Neue Herausforderung in der alltäglichen Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover (Thorsten Sueße)	72
Des Bürgers Meinung – Auswertung einer aktuellen Umfrage (Michael Eink)	78
Warum aus Betroffenenensicht die Arbeit einer Beschwerdestelle Sinn macht? (Christian Harig).....	84
Die Arbeit der Seelhorst-Stiftung (Rose-Marie Seelhorst)	90
Personenbezogen, gemeindenah und Wettbewerb (Eberhard Höfer)	93
Artikel Langenhagener Echo 18.07.2007 (Michael Sandau)	99

Autorenverzeichnis	100
--------------------------	-----

MONTAG, 2. JULI

14.00 – 17.00 Uhr

Eröffnungsveranstaltung Psychiatriewoche 2007

anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen und der Region Hannover
Hannover, Neuer Sitzungssaal der Region Hannover,
Hildesheimer Str. 20,
Veranstalter: Sozialpsychiatrischer Verbund Region Hannover und Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen

Eröffnung und Einführung:

Hauke Jagau, Regionspräsident

Grußworte:

- Dr. Thomas Sporn, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit,
- Christian Harig, Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE),
- Rose-Marie Seelhorst, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB)

Vorträge:

- Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer
„Die Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft“
- Wolfram Beins, Vorsitzender Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
„10 Jahre Sozialpsychiatrische Verbände in Niedersachsen: Ist der Aufbruch gelungen?“

16.00 – 18.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. med E. A. Wilkening Pflegeheime GmbH, Psychiatrische Pflegeheime, Wolfstr. 36, Hannover:
Filmtitel: „Aviator“

20.00 – 22.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr. 36, Hannover: Filmtitel: „Elling“

Eröffnungsveranstaltung Psychiatrie-Woche 2007 anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen und der Region Hannover

Grußwort

von Thomas Sporn

Sehr geehrte Damen und Herren,
zur heutigen Eröffnungsveranstaltung der Psychiatrie-Woche 2007 anlässlich des 10-jährigen Bestehens Sozialpsychiatrischer Verbände in Niedersachsen darf ich Ihnen die herzlichsten Grüße von Frau Ministerin Ross-Luttmann überbringen.
10 Jahre Sozialpsychiatrische Verbände in Niedersachsen sind ein guter Grund zusammen noch einmal auf das im Jahre 1997 novellierte Niedersächsische PsychKG zu blicken.

Die Expertenkommission der Bundesregierung, die ihren Abschlussbericht als Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich 1988 der Bundesregierung vorgelegt hat, hatte damals festgestellt, dass die Versorgungssituation bundesweit in vielen Regionen durch

- mangelnde Kooperation
- Abschottung der Träger und Betreiber gegeneinander
- kontraproduktives Konkurrenzverhalten und
- Zersplitterung des Leistungsangebotes gekennzeichnet sei.

In ganz ähnlicher Weise hatte sich auch die Fachkommission Psychiatrie in Niedersachsen geäußert.

Die verschiedenen Versorgungsangebote, die durch sehr unterschiedliche Träger wahrgenommen wurden, galt es also miteinander zu verbinden.

Häufig gerade in ländlichen Bereichen war es sehr wohl so, dass einzelne Träger der Versorgungsangebote voneinander wussten; schon seltener war es, dass zwei oder drei miteinander enger zusammen arbeiteten.

Ganz selten aber war es der Fall, dass sich alle Beteiligten in einem abgestimmten System befanden, von dem als einem Sozialpsychiatrischen Verbund gesprochen werden konnte. Dies, meine Damen und Herren, war mit ein entscheidendes Kriterium dafür, dass im Rahmen der Novellierung des Niedersächsischen PsychKG den Kommunen verpflichtend aufgegeben wurde, Sozialpsychiatrische Verbände einzurichten. In diesen Sozialpsychiatrischen Verbänden sollen alle Anbieter von Hilfen für psychisch Kranke zusammenwirken.

Den Kommunen wurde die Aufgabe übertragen, die Sozialpsychiatrischen Verbände zu bilden und über die Sozialpsychiatrischen Dienste geschäftsführend zu leiten. Seit Novellierung des Niedersächsischen PsychKG im Jahre 1997 haben alle Kommunen Sozialpsychiatrische Verbände gebildet, in denen auf regionaler Ebene alle Anbieter von Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen zusammenwirken sollen.

In einem Flächenstaat wie Niedersachsen mit 47 Landkreisen und kreisfreien Städten unterschiedlicher Größenordnung, Flächenausdehnung, ländlich oder städtisch geprägt, ist es klar, dass auch die Angebotstrukturen für psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen sehr unterschiedlich sind und auch zukünftig wohl sein werden.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Novellierung des Niedersächsischen PsychKG zwar zum Ausdruck gebracht, dass im jeweiligen Sozialpsychiatrischen Verbund alle Hilfeanbieter für psychisch Kranke und seelisch Behinderte zusammenwirken sollen, hat dazu jedoch keine weiteren Ausführungen bzw. Standards vorgeben.

Dies mag in der Vergangenheit vielfach kritisiert worden sein, folgt meines Erachtens jedoch der logischen Konsequenz, dass die Kommunen aus ihrer Verantwortung heraus verantwortlich tätig werden sollten und dafür vor Ort fachspezifische Ressourcen erforderlich waren, die ja bereits seit dem Inkrafttreten des Niedersächsischen PsychKG aus dem Jahre 1978 zumindest hätten vorhanden sein müssen.

Seit dem Inkrafttreten des novellierten Niedersächsischen PsychKG im Jahr 1997 wurden an das Sozialministerium immer wieder Bitten gerichtet, doch Standards für die Zusammensetzung Sozialpsychiatrischer Verbünde über Geschäftsordnungen oder andere Detailfragen zu erlassen. Diese wurden seitens meines Hauses mit Hinweis auf kommunalpolitische Zuständigkeiten abgelehnt. Auch ich bin für ein großes Maß an Flexibilität und Selbstverantwortung vor Ort und gegen zu viel an Regelungen.

Es bleibt festzustellen, dass die Mitwirkung im Sozialpsychiatrischen Verbund für Hilfeanbieter aus der jeweiligen Region nur eine freiwillige Verpflichtung sein kann, so dass es im Wesentlichen darauf ankommt, vor Ort den jeweiligen Hilfeanbietern zu vermitteln, dass das Zusammenwirken in diesem Verbund und das gegenseitige Abstimmen von Hilfsangeboten in der Region letztlich für alle Beteiligten vor Ort sinnvoll und ressourcensparend sind.

Im übrigen, meine Damen und Herren, meine ich, dass mit zu vielen Reglementierungen und Verpflichtungen letztlich keine Verbesserungen für die Situation psychisch Kranker und seelisch Behinderter in der Gesellschaft zu erreichen sind.

Gleichwohl hat im Einvernehmen mit meinem Hause der Landesfachbeirat Psychiatrie – und hier spreche ich ja nur einen kleinen Teilbereich der vom Landesfachbeirat in den zurück liegenden Jahren mit großem Engagement geleisteten Arbeit an – zur Unterstützung der Sozialpsychiatrischen Verbünde bei der Erfüllung ihrer Aufgaben der Systematisierung, Ausgestaltung und Planung örtlicher Hilfeprogramme – Grundsätze für die Optimierung der Sozialpsychiatrischen Verbundarbeit erstellt sowie regelmäßige Fachtagungen durchgeführt, die zielführend für die Arbeit vor Ort sein dürften.

Lassen Sie mich abschließend folgendes bemerken:

Die bisherige Psychiatrieentwicklung in Niedersachsen wurde von den im Niedersächsischen Landtag vertretenen Parteien im Wesentlichen immer mitgetragen, darauf hoffen wir auch in Zukunft.

Die Niedersächsische Landesregierung wird unabhängig von den äußerst knappen finanziellen Ressourcen des Landes und der Kommunen an dem Ziel der Psychiatriereform zur Verbesserung

gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen festhalten. Ihr ist sehr daran gelegen, dass die fortschrittliche Entwicklung, die sich auch im Verhältnis zu anderen Bundesländern sehen lassen kann, fortgeführt wird.

Wenn es um die Belange psychisch Kranker und seelisch behinderter Menschen in unserem Lande geht, müssen die Hilfen vor Ort konzipiert werden.

Wenn es dabei um die politische Komponente geht, ist die Kommunalpolitik in besonderer Weise angesprochen.

Viel zu lange sind psychisch Kranke in der Vergangenheit in entfernte stationäre Bereiche vermittelt worden, ohne adäquate Rückkehrmöglichkeiten eingeplant zu haben.

In der Arbeit funktionierender Sozialpsychiatrischer Verbände sehe ich die Möglichkeit dem zu begegnen und auch die Chance, das uns gesteckte Ziel einer Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Erkrankten in unserer Gesellschaft zu erreichen.

Ich danke allen, die sich in diese Arbeit eingebracht haben und weiter einbringen werden. Die psychisch Kranken haben nicht nur ein Recht auf die Hilfe der Gesellschaft, Ihnen zu helfen sollte uns auch eine selbstverständliche Pflicht sein.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Thomas Sporn
Niedersächsisches Ministerium für Soziales
Frauen, Familie und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

Grußwort

von Christian Harig

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Regionspräsident Herr Jagau, ich möchte kurz auf Ihren Hinweis eingehen, dass aus Ihrer Sicht als Jurist freiheitsentziehende Maßnahmen in der Psychiatrie äußerst problematisch sein können. Meiner Meinung nach verweisen sie im Verein mit Zwangsbehandlung nur zu oft darauf, dass psychiatrieerfahrene Menschen in ihren Bürgerrechten beschränkt werden und es an angemessener Versorgung fehlt. Dazu später mehr.

Vorweg etwas außerordentlich Bemerkenswertes. Unser Verein besteht seit 1991, seit August 1992 arbeiten wir im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie mit, Anfang 1994 wird eine Vertreterin von uns in den kommunalen Fachbeirat berufen. Der Sozialpsychiatrische Verbund steht, erst 1997 ist er nach dem NPsychKG möglich. Professionelle Angehörige und Psychiatrieerfahrene arbeiten hier somit schon seit längerer Zeit zusammen und reden miteinander. Stadt und später Region beginnen unseren Verein aktiv zu unterstützen und übernehmen ab dem Jahr 2000 sogar die finanzielle Förderung der Stelle unseres hauptamtlichen Mitarbeiters, die ich seitdem ausübe. Seit 1995 bestand bereits die Stelle einer ABM-Kraft. Seit vielen Jahren erhält unser Verein, von Anfang an als täglich geöffnete offene Kontaktstelle mit Gruppenangebot und In-

teressenvertretung konzipiert, aus öffentlichen Mitteln die Ressourcen, die eine erfolgreiche Wahrnehmung unserer Aufgaben überhaupt erst möglich macht. Verein, Vorstand und Hauptamtlichkeit sind psychiatriee erfahren, damit dient der hier beschäftigte Arbeitnehmer den in der Selbsthilfe fußenden Betroffenen formal wie unmittelbar. Dafür gilt unser Dank und unsere Wertschätzung.

Die Ziele der anzubietenden psychiatrischen Hilfen dürften in ihrer Allgemeinheit unter den im Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligten Institutionen unumstritten sein. In Anlehnung an § 6 NPsychKG sind dies:

- Rechtzeitiges Erkennen einer Krise und ärztliche Behandlung
- Förderung von Selbstständigkeit und sozialer Integration im Rahmen der Krisenbehandlung
- Unterstützung nahe stehender Personen bei der Krisenbewältigung
- Verbleib im gewohnten Lebensbereich durch Nutzung außerklinischer Hilfen

Die hierin enthaltenen Forderungen nach Personenzentrierung und möglichen Vorrangs ambulanter Behandlung vor stationärer wurden von uns in der Richtung begrüßt und mündeten in ein Netz von entsprechenden Einrichtungen wie Tagesstätten, Kontaktstellen, ambulant betreutem Wohnen oder Maßnahmen arbeits- wie berufsbezogener Rehabilitation. Auf Initiative unseres Vereins wurde eine Beschwerdestelle geschaffen und die Mitarbeit in der Besuchskommission ermöglicht. Zur Beschwerdestelle Freitag mehr. Hier nur soviel: Die Errichtung einer Beschwerdestelle hat sich bereits in den ersten Jahren für die BeschwerdeführerInnen als positiv erwiesen, im Einzelnen wurden auch Probleme struktureller Art deutlich, die es zu lösen gilt.

Auch ein Krisendienst, dessen zehnjähriges Bestehen wir mit dem der Sozialpsychiatrischen Verbände feiern, konnte geschaffen werden. Die damit aber verbundenen Bestrebungen nach einem rund um die Uhr besetzten Krisentelefon, einem fachärztlichen Hintergrunddienst auch für das Umland und Krisenbetten sind unbearbeitet geblieben, von einer Soteria und einem Weglaufhaus ganz zu schweigen. Ein derart eingeschränktes Instrumentarium der Krisenbewältigung provoziert ebenso wie etliche andere psychiatrische Hilfen die Beschränkung auf Menschen, die im Rahmen des Vorgegebenen motiviert, angepasst und zur Entgegennahme von Hilfe bereit sind.

Was aber wird mit dem unangepassten, häufig von Eigensinn geprägten Menschen, zumindest, wenn es um die Entgegennahme psychiatrischer Hilfen geht? Zumal sie oft von ihnen nicht als Hilfen empfunden werden, vielmehr oft als das ganze Gegenteil! Sie benötigen andere Hilfen, solche zuvor beschriebener Art, oder solche, die eher aufsuchend sind und sich an individuell wechselnden Bedürfnissen und an Kommunikation orientieren, möglicherweise sogar ganz neue Wege gehen. In diesem Zusammenhang könnten entsprechend auszustattende Sozialpsychiatrische Dienste mit Behandlungsermächtigungen von besonderer Bedeutung sein, sind sie doch marktwirtschaftlich ungebunden und am ehesten gemeinwesenorientiert. Es kann nicht angehen, dass ein tatsächlicher Mangel an personenbezogenen Hilfen dazu führt, dass von ihm betroffene Menschen zwangsweise untergebracht und behandelt werden.

Trotz, möglicherweise auch gerade wegen der bis heute völlig unzureichend aufgearbeiteten Verbrechen an psychisch kranken Menschen während der NS-Zeit, wie Zwangssterilisation und Massenmord, sind wir neben unserer Ersterkrankung einer zweiten ausgesetzt: der Stigmatisierung durch die Gesellschaft, die zusätzliche Barrieren schafft, sich zu entwickeln, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, Hilfen anzunehmen und sich zu integrieren. Die Schaffung von Barrierefreiheit und Entstigmatisierung von unten muss deshalb zentrales Anliegen aller gesellschaftlichen Kräfte sein.

Im Grünbuch der Europäischen Kommission wird das zuvor Gesagte ausgehend von der Definition psychischer Gesundheit durch die WHO eindrucksvoll bestätigt. Psychische Gesundheit gilt als Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Der psychische Zustand werde durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt: biologischen, individuellen, familiären, sozialen, wirtschaftlichen und Umfeldfaktoren. Das Stigma verschlimmere das persönliche Leiden und die soziale Ausgrenzung könne den Zugang zu Wohnraum und Beschäftigung verwehren. Die Angst, gebrandmarkt zu werden, halte Menschen davon ab, Hilfe zu suchen. Bekämpfung von Diskriminierung, Verhaltensänderungen in der Öffentlichkeit sowie bei Sozialpartnern, Behörden und Regierungen seien erforderlich.

Nur in dem Umfang, in dem das zuvor Gesagte Beachtung findet, können die Forderungen der Fachkommission Psychiatrie an den Sozialpsychiatrischen Verbund Realität werden. Sie forderte seinerzeit Fragen von Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert einzuräumen. Dies kann er aber nur, wenn er sich aktiv in die Gemeinde begibt und die örtliche Nähe auch nach innen wirken lässt und damit die Existenz eines ambulanten Ghettos im Sinne von Schutzraum auf das erforderliche Minimum beschränkt. In der Richtung soll sich das Versorgungskonzept auf den Weg der Normalisierung begeben. Auch Menschen mit abweichendem Verhalten sollen nicht mehr in einer Welt für sich leben müssen, ihnen soll vielmehr über die oben beschriebenen Hilfen aus einer Hand die Möglichkeit eröffnet werden, dieselben Angebote wahrzunehmen wie die Gesunden und in ihrem je individuellen Anderssein wie in ihrer je individuellen Gemeinsamkeit lebendiger Teil der Gemeinde zu werden.

Damit stellt sich die Frage: Wie viel Psychiatrie soll, muss, darf sein? Zu dieser Frage gehört die Erkenntnis, dass die am meisten vernachlässigte Gruppe in der Gemeinde die Normalbürger sind, die bereits den überwiegenden Teil der Sozialkontakte in der Kommune lebender psychiatrienerfahrener Menschen wahrnehmen. Diese gilt es, dabei zu begleiten, zu ermutigen und zu gewöhnen wie dies umgekehrt auch für uns von Bedeutung ist. Natürlich haben wir in bestimmten Situationen die Rolle eines Kranken inne, gleichzeitig sind wir aber auch dann Träger anderer sozialer Rollen mit Stärken und Ressourcen, an denen es anzusetzen gilt, damit aus ihnen Energien für den therapeutischen Prozess und die Gesundung geschöpft werden können. Begleitet werden soll dies durch die Arbeit in und mit dem Gemeinwesen und die Erhaltung, Stabilisierung und Förderung von Alltagsnetzen nach dem Grundsatz der Normalisierung. In Zeiten der Massenarbeitslosigkeit werden Bemühungen um die Integration psychisch kranker Menschen über den ersten Arbeitsmarkt nahezu aussichtslos, obgleich ein großes Bedürfnis nach Arbeit besteht. 2 Stunden täglicher Arbeit könnten hier soviel bewirken wie für andere acht Stunden.

Vor dem Hintergrund des zuvor Gesagten kann die Psychiatrie-Woche zeigen, inwieweit der Sozialpsychiatrische Verbund zur gesellschaftlichen Teilhabe psychiatrienerfahrener Menschen am gesellschaftlichen Leben beiträgt und bereits in der Region angekommen ist. Gleichzeitig aber sind die Menschen und Institutionen der Region Hannover danach zu fragen, inwieweit sie uns im Gemeinwesen aufnehmen, wenn wir uns als das offenbaren, was wir unter anderem auch sind: Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Praktische Entstigmatisierung, Begegnung und Barrierefreiheit von unten als Aufgabe aller Kräfte des Gemeinwesens, so lautet der Weg, soll er dem Ziel des Sozialpsychiatrischen Verbundes gerecht werden. Der Sozialpsychiatrische Verbund

kann sich in diesem Prozess als Moderator, Expertengremium und Lobbyist einbringen und einen Schritt weiter gehen. In diesem Sinne wünschen wir der Psychiatrie-Woche ein gutes Gelingen und Impulse für die weitere Arbeit.

Anschrift des Verfassers:

Christian Harig
Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE)
Rückerstr. 17
30169 Hannover

Grußwort

von Rose-Marie Seelhorst

Sehr geehrte Damen und Herren,
voller Freude und mit großem Interesse haben wir Angehörigen der psychisch Kranken die Vorbereitungen zu den Psychiatrietagen in Hannover verfolgt. Das Programm zeigt in seiner Vielfalt wie lebendig so ein Psychiatrieverbund aussehen kann.

Wir Angehörigen haben die Entwicklung zum Psychiatrischen Verbund in der Region Hannover von seinen Anfängen, dem Gemeindepsychiatrischen Gesprächskreis in der Walderseestraße über die verschiedenen Stationen – Lister Turm, Neues Rathaus, Arnswaldtstraße, ehemaliges Kreishaus bis hierher in diesen Neubau der Region – sehr aktiv erlebt. Der Gemeindepsychiatrische Gesprächskreis zeichnete sich von Anfang an durch Offenheit und Diskutierfreude aus.

Davon hat er nichts verloren, nachdem aus einem losen, sich jedoch regelmäßig treffenden Verbund von Interessierten der Sozialpsychiatrische Verbund – zunächst der Stadt Hannover und des Landkreises – und schließlich für die gesamte Region Hannover hervorgegangen war. Ein paar Worte zu uns, den Angehörigen psychisch Kranker. Die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen hat seit 20 Jahren ihre Geschäftsstelle in Hannover. Von Hannover aus unterstützen wir Angehörige, psychisch Kranke und Fachleute durch unsere telefonische Gesprächsbereitschaft – montags bis freitags von 10.00 bis 13.00 Uhr – durch die Versendung von Informationsmaterial und durch Informationsveranstaltungen.

Der einzelne Angehörige, die einzelnen Familien sind mit der Aufgabe, psychische Krankheit zu erkennen und ein psychisch erkranktes Familienmitglied oft über lange Zeit im Alltag zu begleiten, völlig überfordert.

Deshalb kam es in ganz Deutschland zur Bildung von zahlreichen Gesprächskreisen und Selbsthilfvereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker. Bald stellten wir fest, dass diese Vereinigungen selbst auch Informationsbedarf und politische Vertretung benötigen, um wirksam helfen zu können. Also gründeten wir Landesverbände. Für Niedersachsen und Bremen unsere Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen, die ihrerseits Mitglied im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker ist. Im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover fühlen wir uns als Chormitglied mit Solovertrag. Das heißt, wir haben unsere Stimme im Verbund und können

außerdem unsere Erfahrungen in Fachgruppen und dem Fachbeirat einbringen. Eine Angehörige ist beispielsweise Mitglied im Fachbeirat, eine andere in der Beschwerdestelle. Die Erfahrungen, die mein Mann und ich im Kreis zahlreicher Angehöriger machten, führte zur Gründung der Seelhorst-Stiftung, die seit 1997 Träger des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes der Region Hannover an den Wochenenden und Feiertagen ist. Über den Krisendienst und die Seelhorst-Stiftung werde ich am Freitag in der Festhalle in Langenhagen berichten.

Um psychisch kranken Menschen wirksam helfen zu können, ist es nötig, nicht nur Informationen über die entsprechenden Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten zu sammeln und zu verteilen, genügt es auch keineswegs, Adressen von Gesprächskreisen und Einrichtungen parat zu haben. Menschliche Kontakte sind nötig.

Im Sozialpsychiatrischen Verbund begegnen sich Vertreter aller Einrichtungen, die unsere Kranken behandeln und unterstützen. Die in den monatlichen Treffen angebotenen Referate und die große praktische Erfahrung der Teilnehmer ist von sehr hohem Wert.

Ich glaube, dass mir niemand widersprechen wird, wenn ich sage, dass nicht nur wir Angehörigen diese Erfahrung gemacht haben. Das geht allen Teilnehmern so. Anders ist die über die Jahre ständig wachsende Zahl der Mitglieder und die Anwesenheit von so vielen Interessierten bei den monatlichen Treffen nicht zu erklären.

Ich wünsche uns allen, dass dies so bleibt. Es ist nötig, die Erfahrung von der Verletzbarkeit unserer psychischen Gesundheit den scheinbar unbetroffenen Mitgliedern unserer Gesellschaft zu vermitteln und sich für mehr Behandlungsqualität und mehr Unterstützung psychisch kranker Menschen und deren Angehörigen einzusetzen. Sicher werden die Aktivitäten an vielen unterschiedlichen Orten der Region dazu beitragen, dass sich mehr Menschen als bisher an ein Thema heranwagen, dass in weiten Kreisen – vor allem unter den älteren Mitbürgern – noch ein Tabuthema darstellt. In diesem Sinn besteht aller Anlass dankbar für die Ausrichtung der Psychiatrie-Woche zu sein und dem Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover zum 10-jährigen Bestehen zu gratulieren und ihm zu wünschen, dass er so lebendig und offen für alle neuen Entwicklungen wie in der Vergangenheit auch in Zukunft bleiben möge.

Anschrift der Verfasserin:

Rose-Marie Seelhorst
Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in
Niedersachsen und Bremen (AANB)
Wedekindplatz 3
30161 Hannover

Die Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft

von Cornelia Goesmann

Mein Vortrag im Rahmen der Veranstaltung der diesjährigen Psychiatrie-Woche wird sich befassen mit den Problemen der Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft.

Es ist nicht vermessen, zu behaupten, dass es wenige Länder auf der Welt geben dürfte, die eine so umfangreiche Gesetzgebung und Hilfeangebote für psychisch Kranke aufweisen und vorhalten wie die Bundesrepublik Deutschland. Schon beim Studieren des Flyers für die derzeitige Psychiatrie-Woche finden wir neben Hinweisen auf das Niedersächsische PsychKG, das nun sein 10. Jahr begehen kann, viele Begrifflichkeiten und Örtlichkeiten, die sich mit der Versorgung psychiatrisch Kranker befassen: So darf ich nennen den Regionalen Fachbeirat Psychiatrie, die Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation, den Verein Psychiatrie-Erfahrener, beta-REHA, diverse Kontaktstellen und Tagesstätten, diverse Selbsthilfegruppen, Kreativschulen und Kunstwerkstätten, die sich um psychisch Kranke bemühen.

Darüber hinaus die Begriffe Sozialpsychiatrischer Dienst, Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, es werden diverse Pflegeheime gar mit Bewohnerkinos genannt, es finden sich Wohnheime, Landeskrankenhäuser, Sektorarbeitsgemeinschaften, Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstellen für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen, und letztlich der Psychiatriekoordinator und der Sozialpsychiatrische Verbund.

Über die in diesem Flyer hinaus erwähnten, an der Versorgung psychisch Kranker Beteiligten, findet sich im Rahmen der Gemeindepsychiatrie ein fein gesponnenes Netz zur Sicherstellung der Versorgung psychisch Kranker in der Region einschließlich der Hilfe bei psychiatrischen Notfällen und der langfristigen Versorgungsplanung.

Darüber hinaus vertrete ich die niedergelassene Ärzteschaft, die mit ihren Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, mit ihren Allgemeinärzten und den Psychologischen Psychotherapeuten, die ebenfalls im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung tätig sind, an der Versorgung mitwirken.

Dass die gesamte Ärzteschaft ein hohes Interesse an einer adäquaten Versorgung im Rahmen eines sozialpsychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Konzeptes hat, zeigte der vorletzte Deutsche Ärztetag im Jahr 2006, dessen medizinisches Hauptthema die Betreuung psychisch Kranker darstellte. Die beiden entscheidenden Tagesordnungspunkte lauteten:

„Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“

und

„Stärkung und Förderung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“.

Aber dann fangen auch schon die Probleme an!

Viele Ärztinnen und Ärzte der Region werden nicht wissen, dass seit 1994 in der Region Hannover das Konzept der personenbezogenen individuellen Hilfe für psychisch chronisch Kranke und der Sozialpsychiatrische Verbund existieren. Dass häusliche psychiatrische Krankenpflege verordnet werden kann, dass wir uns an Sozialpsychiatrische Beratungsstellen wenden und weitere Hilfen in Anspruch genommen werden können. Das erste aufzuzeigende Problem scheint mir, dass die Verknüpfung zwischen den existierenden Strukturen der Gemeindepsychiatrie und des Sozialpsychiatrischen Verbundes mit der medizinischen Regelversorgung, wie sie durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt wird, mangelhaft ist.

Es bedarf zukünftig einer deutlich besseren Vernetzung zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und den verschiedenen Anbietern im sozialpsychiatrischen Bereich sowie an der Schnittstelle zur ambulanten häuslichen und psychiatrischen Krankenpflege, zur Sozialarbeit, zu den Kliniken mit ihren Institutsambulanzen, zu Selbsthilfegruppen und letztlich den koordinierenden und administrativ Tätigen von Land, Region und Stadt Hannover.

Problembereiche aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft, die ich in diesem Zusammenhang nur streifen kann, die aber unbedingt über eine stärkere Vernetzung gemeinsam angegangen werden müssen, sind eine verbesserte vor allem präventive Betreuung von gefährdeten oder manifest psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, bessere Vernetzungsstrukturen im Bereich der Suchtmedizin sowie der Versorgung wohnungsloser Menschen, die ja sehr häufig gleichzeitig psychisch erkrankt sind und eine Suchtproblematik aufweisen, sowie die Versorgung illegalisiert und traumatisiert hier lebender Migranten, die sich der Regelversorgung völlig entziehen.

Wer langjährig an der Versorgung psychisch kranker Menschen teilgenommen hat, erlebt, dass durch die verbesserte Fürsorge diese Patienten eine deutlich höhere Lebenserwartung aufweisen und dadurch noch viele Jahre länger betreut werden können und dürfen, als wir das bisher kannten. Hier zeigt sich immer deutlicher, dass psychiatrisch Kranke i.d.R. eine Komorbidität, d.h., gleichzeitige Erkrankungsrate an körperlichen Erkrankungen aufweisen, d.h. zumeist körperlich kränker als gleichaltrige psychisch gesunde Bevölkerungsgruppen sind. Dies hängt, wie wir inzwischen wissen, von schlechteren Lebensbedingungen, erhöhtem Medikamenten- und Suchtmittelgebrauch sowie von der mangelnden Inanspruchnahme präventiver Angebote ab. Bei unserer Klientel älterer psychiatrisch Kranker findet sich eine extrem hohe Rate an Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf- und Lungenschäden.

Aus diesem Grunde sind für chronisch psychiatrisch kranke Patientinnen und Patienten nicht nur eine intensive Betreuung ihrer psychischen Erkrankung, sondern parallel dazu die somatische Versorgung zwingend notwendig. Die zuvor beschriebene Vernetzung zwischen niedergelassener Ärzteschaft und den an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten erfordert ein Umdenken dahingehend, dass sowohl die gesetzlichen Betreuer, wie auch Angehörige und Mitarbeiter von Institutsambulanzen, Heimen und Beratungsstellen stetig die körperliche Gesundheit ihrer Betreuten fördern und sie enger an Hausärzte und Fachärzte anbinden müssen. Dies scheint mir umso wichtiger, als psychisch Kranke zu Selbstaufgabe und Isolation neigen und Aufgabe ihrer Betreuungspersonen wäre, diese Patienten zu einer Selbstannahme ihres Körpers und ihrer körperlichen Gebrechen hinzuführen.

Einräumen muss ich an dieser Stelle auch die (aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft) absolut unzureichende Versorgung psychiatrisch Kranker durch Fachärzte für Psychiatrie und Nervenärzte. Zwar konnten wir seit dem Jahre 2000 eine gestiegene Anzahl niedergelassener Ärzte für Psychiatrie von etwa 120 auf 150 Kolleginnen und Kollegen im Jahr 2006 feststellen, aber wir müssen auch konstatieren, dass ein beträchtlicher Teil der weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzte in den PPP-Fächern nicht in die „echte“ Betreuung psychiatrisch Kranker im Sinne einer Sozialpsychiatrie geht, sondern sich entweder mehr der Betreuung neurologisch Kranker oder der Psychotherapie widmet. Die Gründe hierfür liegen in der unzureichenden Honorierung der psychiatrischen Tätigkeit, die sich insbesondere dann nicht rechnet, wenn andere Berufsgruppen innerhalb der eigenen Praxis, wie etwa psychiatrisch geschulte Pflegekräfte und Sozialarbeiter oder Psychologen, eingestellt werden und an der Behandlung teilnehmen sollen.

Ein niedergelassener Psychiater erhält durch die starre Budgetdeckelung des Gesamthonorars für den ambulanten ärztlichen Bereich ein Honorar, das um etliches niedriger liegt, als jenes, das die Institutsambulanzen mit den Krankenkassenverbänden aushandeln konnten. So weichen viele, deren Herz ehemals für die Versorgung schwer und komplex psychisch Erkrankter geschlagen hat, in die Neurologie oder eben in die deutlich besser organisierbare und weniger anstrengende Tätigkeit der Psychotherapie aus. Als Hindernisse für eine umfassende ambulante sozialpsychiatrische Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie nenne ich zusammenfassend nochmals folgende Punkte:

1. Ein viel zu niedriges Honorar pro Fall, das derzeit etwa bei 100 Euro für ein Quartal, d.h. für die Betreuung eines Kranken innerhalb von 3 Monaten liegt.
2. Steigende Patientenzahlen, die von der geringen Anzahl psychiatrisch tätiger Praxen nicht mehr zu bewältigen sind und nicht etwa wenigstens zu mehr Honorar führen würden, sondern unter dem gedeckelten Budgettopf bei gleich bleibendem Honorar versorgt werden sollen.
3. Niedergelassene Psychiater erleben einen zunehmenden Konkurrenzvorteil durch die gut bezahlten und gut ausgestatteten Institutsambulanzen der Kliniken.
4. Darüber hinaus sei an dieser Stelle auch auf die Verordnungsproblematik von teuren Psychopharmaka im ambulanten Bereich hingewiesen, die einer engagierten, umfassenden Patientenversorgung entgegensteht.

So werden jährlich mit den Krankenkassenverbänden Niedersachsens sog. Richtgrößen, die den einzelnen Fachgruppen vorgeben, wie viel Arzneimittelausgaben pro Patient sie pro Quartal tätigen dürfen, ausgehandelt.

Bei Überschreitung des Gesamtbudgets, das einem Arzt oder einer Ärztin hiermit zur Verfügung gestanden hat, wird die entsprechende Summe direkt vom Honorar durch die Krankenkassenverbände einbehalten. Da gerade die modernen Psychopharmaka, besonders die hoch potenten Neuroleptika und neuen Antidepressiva, bei leitliniengerechter Verordnung zu extremen Überschreitungen der Praxisbudgets führen und die entsprechenden Ärztinnen und Ärzte den Ärger, den Zeitaufwand und die finanziellen Probleme einer Richtgrößenüberschreitung fürchten, ergeben sich erhebliche Problematiken für die Verordnung moderner Arzneimittel im ambulanten Sektor, z.B. eine größer werdende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich dem nicht mehr aussetzen will.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
ich habe Ihnen aufgezeigt, dass die von uns allen gewünschte und gelebte und vom Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke von 1997 sowie dem Sozialpsychiatrischen Verbund unterstützte und geförderte optimale Versorgung psychisch Kranker in unserer Region noch behindert wird vor allem durch finanzielle und strukturelle Stolpersteine und Probleme, deren Verbesserung wir uns sicher alle widmen möchten. Positive Beispiele und erste Erfolge hierzu bieten bundesweit neue Modelle zur integrierten Versorgung, die ja nach dem Sozialgesetzbuch V zwischen regionalen Anbietern und Krankenkassenverbänden mit zusätzlicher Vergütung ausgehandelt werden konnten.

An Politik und Krankenkassenverbände gilt es daher folgende Forderungen zu erheben: Grundsätzlich notwendig ist eine finanzielle Förderung psychiatrischer Leistungen durch die Krankenkassen mit einer Anhebung der Praxisvergütung auf das Niveau der psychiatrischen Institutsambulanzen. Bewährte Modellprojekte integrierter Versorgung sollten auf einem adäquaten Vergütungsniveau in flächendeckende Versorgungsverträge nach § 73 c des SGB V übernommen werden. Darüber hinaus muss der Verordnungsmehrbedarf von chronisch psychiatrisch Erkrankten sowohl bei den Richtgrößenverhandlungen als auch in der Verordnungsprüfung ausreichende Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus muss weiterhin ausdrücklich darauf verwiesen werden, dass Niedersachsen trotz erfolgreicher Richtgrößenverhandlungen für das Jahr 2007 immer noch im Bundesvergleich ganz hinten ansteht und niedersächsische Ärztinnen und Ärzte deutlich weniger Geld für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ausgeben können, als die Kollegen in anderen Bundesländern. Es darf nicht länger so sein, dass die niedersächsische Bevölkerung, insbesondere die chronisch Kranken, eine schlechtere Arzneimittelversorgung erhalten als die Menschen bundesweit. Abschließend möchte ich als Vorsitzende der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen, d.h. also als Vorsitzende der 11.000 hannoverschen Ärztinnen und Ärzte einige ganz pragmatische Vorschläge machen, wie wir gemeinsam in der Region die Vernetzung verbessern und die Versorgung psychisch Kranker optimieren können:

1. Ich würde es sehr begrüßen, wenn Bezirksstelle und Fachbereich Gesundheit der Region Hannover gemeinsam ein Adressverzeichnis aller Versorgungsstrukturen und Anlaufpartner für psychisch Kranke in der Region erstellen bzw. Vorhandenes überarbeiten und anpassen würden, und allen Ärztinnen und Ärzten in der Region zur Verfügung stehen könnten.
2. Es gilt noch einmal gemeinsam abzuklären, wer bei psychosozialen Krisen unserer Patientinnen und Patienten wofür zuständig ist. Ich darf an dieser Stelle den kleinen Hinweis anbringen, dass die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen mit ihren Sprechzeiten nicht immer die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzten der Region abdecken, so dass auch hier ein verbesserter Koordinierungsbedarf besteht.
3. Im Rahmen der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung bei Kindern hatte ich bereits Kontakt mit dem Kommunalen Sozialdienst aufgenommen. Auch hier sollte trotz einer Tendenz, im Rahmen von Sparmaßnahmen Strukturen abzubauen denn aufzubauen, der Kontakt zwischen Ärzteschaft und Kommune deutlich verbessert werden.
4. Außerordentlich wünschenswert fände ich Kontaktgespräche, d.h. einen regelmäßigen Austausch zwischen Hausärzten und Fachärzten für Psychiatrie auf der einen Seite, vertreten durch die Bezirksstelle von Kammer und KV, mit dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie oder den Sozialpsychiatrischen Diensten der 11 Sektoren in der Region auf der anderen Seite. Hier wären sowohl Fallkonferenzen über gemeinsam betreute Patientinnen und Patienten wie auch ein gegenseitiges Kennenlernen und eine bessere Verknüpfung von Regelversorgung mit Gemeindepsychiatrie denkbar. Einbezogen werden in diese Gespräche könnten darüber hinaus Vertreter der psychiatrischen Kliniken und ambulante Pflegedienste.

Dass dies landesweit schon in interdisziplinären Qualitätszirkeln geschieht, möchte ich als sehr positives Beispiel erwähnen, aber gerne noch innerhalb meiner Bezirksstelle auf institutionalisierte Beine stellen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Angesichts der demographischen Entwicklung, der besseren Betreuung chronisch Kranker und der Fortschritte der modernen Medizin werden wir in den nächsten Jahrzehnten mit einer starken Zunahme psychischer Erkrankungen, vor allem im Bereich der Altersdemenz rechnen müssen. Um die Versorgung dieser Patientengruppen adäquat schultern zu können, sollten nicht nur dringend die geschilderten strukturellen Maßnahmen durch Krankenkassen, Politik und unsere regionalen Organisationen im Großen wie im Kleinen umgesetzt werden, sondern werden auch wir alle in unserem gemeinsamen, interprofessionell getragenen Engagement fortfahren müssen. Für die gute Zusammenarbeit der letzten Jahre danke ich allen Beteiligten sehr herzlich und hoffe, dass wir diese gemeinsam fortsetzen können!

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Cornelia Goesmann
Ärztammer Niedersachsen
Bezirksstelle Hannover
Berliner Allee 20
30175 Hannover

10 Jahre Sozialpsychiatrische Verbände in Niedersachsen: Ist der Aufbruch gelungen?

von Wolfram Beins

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
zunächst möchte ich Sie als letzter Redner dieser Eröffnungsveranstaltung auch im Namen des Mitveranstalters Landesfachbeirat Psychiatrie begrüßen. Ich hatte in Abstimmung mit Herrn Schlieckau auf einen eigenen Teil im Block der Grußworte verzichtet. Ich will aber nicht versäumen, Ihnen wenigstens an dieser Stelle im Namen des Landesfachbeirats die besten Grüße und Glückwünsche zu 10 Jahren Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover zu übermitteln.

Der Landesfachbeirat Psychiatrie war ja von Anfang an Initiator, Begleiter und Förderer der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen. Und wir haben in den letzten zehn Jahren viele unterschiedliche Entwicklungen gesehen – wie kann es in einem großen Flächenland wie Niedersachsen mit überwiegend doch eher ländlicher Struktur auch anders sein.

In der Region Hannover – damals noch Landeshauptstadt und Landkreis Hannover – war die Struktur der sozialpsychiatrischen Landschaft und der Aufbau des Sozialpsychiatrischen Verbundes immer anders als im übrigen Niedersachsen. Nirgendwo in Niedersachsen ist der Verbund von so vielen Akteuren gebildet worden und nirgendwo in Niedersachsen findet eine Veranstaltung wie der gemeindepsychiatrische Arbeitskreis so häufig und so regelmäßig statt.

Und nirgendwo in Niedersachsen sind so viele Partner im Sozialpsychiatrischen Verbund aktiv wie hier in der Region Hannover: 60 verschiedene Träger mit über 200 verschiedenen Angebotsformen, habe ich mir sagen lassen. Diese Vielfalt der Angebote und Anbieter prägt diesen Sozialpsychiatrischen Verbund. Sie haben wesentliche Versorgungsleistungen etabliert und dabei oftmals neue Wege beschritten und Beispiele gegeben. Ich denke hier vor allem an Ihre Organisation des Krisendienstes – der ja in vielen Regionen Niedersachsens immer noch auf der Wunschliste der jeweiligen Verbände steht. Sie müssen aber auch in einem vielfältigen großen Angebot sozialpsychiatrischer Hilfsangebote mit einer Vielzahl konkurrierender Angebote schwierige Abstimmungen herbeiführen und eine Menge unterschiedlicher Interessen ausgleichen.

So manches bewährte und beispielhafte Angebot steht damit auch mal auf der Gefährdungsliste. Hier fällt mir beispielsweise die SGB V-Ermächtigung zur Behandlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ein.

Dieser besondere Sozialpsychiatrische Verbund hat auch diese Psychiatrie-Woche 2007 möglich gemacht. Glückwunsch und Respekt auch für diese spannende und viel versprechende Informationsreihe!

Der Landesfachbeirat Psychiatrie – auch das will ich hier kurz erwähnen – hat Anfang dieses Jahres eine Veränderung erfahren. Nachdem Gerhard Holler als langjähriger Geschäftsführer des Landesfachbeirats mit Ablauf des letzten Jahres in den Ruhestand gegangen war, wurde die Geschäftsführung weiter in bewährter Form an der Medizinischen Hochschule belassen und Hermann Elgeti, ein Mann der Gemeindepsychiatrie und langjähriger Mitstreiter in Ihrem Sozialpsychiatrischen Verbund in Hannover, als Geschäftsführer eingesetzt.

Der Landesfachbeirat wird nun ab 2007 durch zwei zu Vorsitzenden berufene Mitglieder repräsentiert und verantwortet. Dieses sind Prof. Dr. Mauthe, langjähriger Chef des Landeskrankenhauses Königslutter, und ich. Auch deswegen stehe ich heute hier und vertrete den Landesfachbeirat Psychiatrie in dieser Auftaktveranstaltung. Wir haben in unserer ehrenamtlichen Tätigkeit die Schwerpunkte und Zuständigkeiten aufgeteilt. Die ambulante psychiatrische Versorgung war immer mein Schwerpunkt und ist auch nach der Neustrukturierung mein Ressort.

Meine Damen und Herren, sie werden den Landesfachbeirat unter neuer Führung sicher etwas anders erleben als in den letzten Jahren. Wir werden aber weiter an Veranstaltungen mitwirken und Veranstaltungen auch selber durchführen. Wir werden nach wie vor deutlich die Entwicklung der psychiatrischen Landschaft in Niedersachsen akzentuieren und an wichtigen Stellen auch beeinflussen, so man uns lässt. Und wo man uns nicht lässt, behalten wir uns vor unsere Stimme zu erheben und unsere Positionen notfalls auch ungefragt vorzutragen. Für heute haben Sie mich gefragt und um eine kurze Bilanz gebeten.

Der Sozialpsychiatrische Verbund war immer Schwerpunkt unseres Interesses und wird es auch bleiben – und darum sollte nach 10 Jahren auch die Frage gestellt werden, ob der Aufbruch gelungen ist.

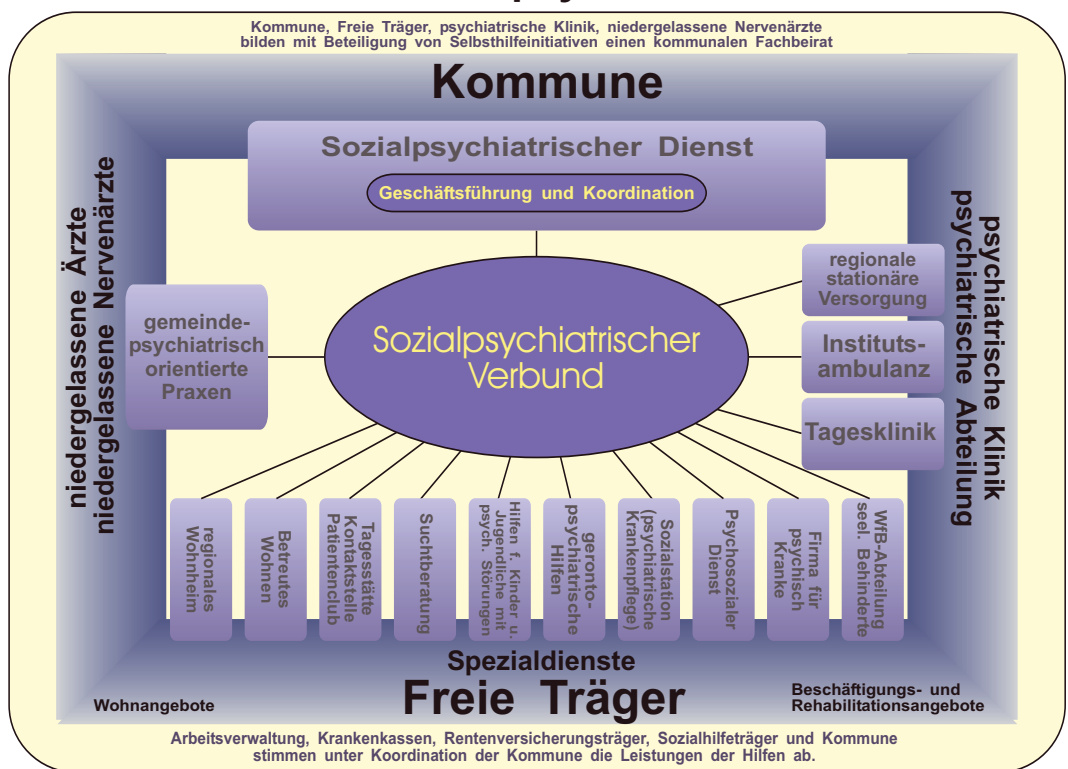
Eine vorläufige Antwort könnte ich nur im Stile von Radio Eriwan geben: Im Prinzip ja, aber was haben wir aufgebrochen?

Wenn wir uns an die Anfänge des Sozialpsychiatrischen Verbundes erinnern, landen wir – wie so oft – bei der Psychiatrie Enquete von 1975, die eine Aufwertung der ambulanten Versorgung gefordert hatte. Darauf folgten 1988 die Empfehlungen der Expertenkommission, wo erstmals der Gemeindepsychiatrische Verbund Erwähnung fand.

In Niedersachsen ging es dann mit dem Bericht der Fachkommission Psychiatrie richtig los, den wir im Januar 1993 vorlegen konnten.

Und hier haben wir den Sozialpsychiatrischen Verbund nach niedersächsischer Prägung erstmals skizziert, ich erinnere an das Schaubild, das wir damals veröffentlichten und das ich Ihnen hiermit noch einmal in Erinnerung rufen möchte:

Institutionen im Sozialpsychiatrischen Verbund



1997 erfolgte dann ja die konkrete Umsetzung durch das novellierte NPsychKG.

In der Fachkommission Psychiatrie formulierten wir „Schritte zur Umsetzung des Konzeptes“ die dann in einer Matrix in drei Phasen und auf fünf Ebenen entfaltet wurde:

Schritte zur Umsetzung des Konzeptes „Sozialpsychiatrischer Verbund“

	Phase I	Phase II	Phase III
Landesebene	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung des Landesfachbeirats Psychiatrie • Schaffung eines zentralen Fachreferats • Novellierung des NPsychKG • Anerkennung des Finanzierungsbedarfs für <ul style="list-style-type: none"> - Sozialpsychiatrische Dienste - Betreutes Wohnen - Tagesstätten - Rehabilitation • Schaffung einer unabhängigen Heimaufsicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung bzw. Modifizierung von Kriterien zur Mittelvergabe und zur Kooperation mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern • Begutachtung der einzelnen Entwicklungsschritte durch den Fachbeirat • Einbindung der relevanten Rehabilitationsträger durch finanzielle Beteiligung bei ambulanten und komplementären aktivierenden Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung sozialpsychiatrischer Versorgungsstandards zur Leistungssicherung • Verbindliche Absprachen mit den zu beteiligenden Kostenträgern, insbesondere zur Absicherung von Leistungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation • Bewertung durch den Fachbeirat
Bezirksebene	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung des Bezirksfachbeirats Psychiatrie • Schaffung eines Dezernats Psychiatrie • Konstituierung einer trägerübergreifenden Arbeitsgemeinschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Operationalisierung von regionalen Versorgungsstandards, die ambulanten Hilfsangeboten Vorrang einräumen und regionale Trägerinteressen berücksichtigen • Verabredung von Aufgabenteilung und Zuständigkeiten bei der Wahrnehmung regionaler Versorgungsaufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Abklärung und Sicherstellung der Verantwortlichkeiten bei der Versorgungsgestaltung und den Versorgungsaufgaben • Abklärung verbindlicher Kooperationsbeziehungen mit Versorgungsverpflichtungen
kommunale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung des kommunalen Fachbeirats Psychiatrie • Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste • Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen • Förderung eines erweiterten Angebots gemeindeintegrierter psychiatrischer Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung eines fortschreibungsfähigen kommunalen Psychiatrieplans • Festlegung von Verantwortlichkeiten der verschiedenen Träger • Sicherstellung der Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Ebene der Freien Träger	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung im Angebot <ul style="list-style-type: none"> - Betreutes Wohnen - Tagesstätten und Kontaktstellen - Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme von Versorgungsverantwortung • Bildung und Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften • Beseitigung von Versorgungsdefiziten • Abstimmung des eigenen Vorgehens mit den anderen Versorgungsträgern 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertraglich definierte Übernahme von anerkannten Versorgungsverpflichtungen • Schaffung eines engmaschigen ambulanten Hilfsangebotes
Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung der EBM-Ziffern auf sozialpsychiatrische Leistungen • Anstellung nichtärztlicher Mitarbeiter in der Facharztpraxis 	<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmende Beteiligung an der sozialpsychiatrischen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Mitwirkung im Sozialpsychiatrischen Verbund

Ich will beispielhaft noch einmal an zentrale Forderungen erinnern und damit sogleich den aktuellen Stand an den damaligen Konzepten messen:

Landesebene

Phase I

- Einrichtung des Landesfachbeirats Psychiatrie
Diese Forderung wurde erfüllt. Der Landesfachbeirat ist gleich nach Vorlage des Berichts der Fachkommission Psychiatrie eingesetzt worden und arbeitet nunmehr seit ca. 13 Jahren.
- Schaffung eines zentralen Fachreferats
Das in der Fachkommission Psychiatrie empfohlene Fachreferat ist nicht eingerichtet worden, gleichwohl hat sich das Psychiatriereferat im Laufe der Entwicklungen in den letzten Jahren verändert und erweitert.
- Novellierung des NPsychKG
Wir arbeiten seit 1997 auf der Grundlage des novellierten NPsychKG, schließlich war die Novellierung des NPsychKG auch zentrales Anliegen der damaligen Landesregierung.
- Anerkennung des Finanzierungsbedarfs für
 - Sozialpsychiatrische Dienste
 - Betreutes Wohnen
 - Tagesstätten
 - Rehabilitation

In den letzten 13 Jahren hat sich die Gemeindepsychiatrie rasant entwickelt: Das ambulant betreute Wohnen ist landesweit nicht zuletzt durch die Einführung neuer Finanzierungssysteme im Rahmen des Quotalen Systems umgesetzt worden. Inzwischen müssen wir darüber nachdenken, wie wir ein mittlerweile scheinbar ungesteuertes Wachstum in diesem Versorgungsangebot begrenzen können, damit nicht unreflektiert lebenslange ambulante Betreuungsverhältnisse etabliert werden und wir es mit einem „ambulanten Hospitalismus“ zu tun bekommen.

Tagesstätten wurden auch beinahe flächendeckend eingeführt, so dass die alte Forderung nach teilstationären Angeboten gut umgesetzt wurde.

Während also der damalige BSHG- und jetzige SGB XII- Bereich eine dynamische Entwicklung genommen hat, sind im übrigen Leistungsbereiche auf Landesebene nicht nachgekommen. Eine Etablierung von Reha-Angeboten nach anderen Sozialgesetzbüchern in die Sozialpsychiatrischen Verbände ist so gut wie gar nicht gelungen.

Und die Sozialpsychiatrischen Dienste – sie sind derzeit eher in ihrer Tätigkeit bedroht. Es ist nicht gelungen auf Landesseite eine gültige Ausführungsbestimmung zu erwirken. Die Sozialpsychiatrischen Dienste arbeiten im Rahmen der Gestaltungshoheit der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften. Und damit sind sie auch von Landkreis zu Landkreis sehr unterschiedlich ausgestattet und in unterschiedlichen Verwaltungsstrukturen verankert.

Insbesondere in Westniedersachsen gab es einen Trend, innerhalb der Verwaltungsreform den Sozialpsychiatrischen Dienst aus dem Gesundheitsamt auszulagern und in die

Sozialverwaltung zu integrieren. Tatsächlich ist das Profil der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2007 nicht mehr vergleichbar mit der Konzeption aus den Jahren 1990 folgende. Der Landesfachbeirat will sich daher in der nächsten Zeit intensiver mit einer veränderten Aufgabengestaltung in den Diensten auseinandersetzen.

- Schaffung einer unabhängigen Heimaufsicht
Dieser Bereich der Herauslösung der Heimaufsicht des Landes aus dem Landesamt mit dem eine Trennung von Kostenträger und Heimaufsicht vollzogen werden sollte, damit nicht fiskalische Gesichtspunkte die Aufsicht tangieren können, ist nicht umgesetzt worden.

Phase II

- Erarbeitung bzw. Modifizierung von Kriterien zur Mittelvergabe und zur Kooperation mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern
- Begutachtung der einzelnen Entwicklungsschritte durch den Fachbeirat
- Einbindung der relevanten Rehabilitationsträger durch finanzielle Beteiligung bei ambulanten und komplementären aktivierenden Maßnahmen

Phase III

- Festlegung sozialpsychiatrischer Versorgungsstandards zur Leistungssicherung
- Verbindliche Absprachen mit den zu beteiligenden Kostenträgern, insbesondere zur Absicherung von Leistungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation
- Bewertung durch den Fachbeirat

Die Phasen II und III auf der Landesebene sind aus heutiger Sicht nicht realisiert worden. Es ist zu keiner Zeit auf keiner Ebene eine Bewertung einzelner Versorgungsgestaltungen durch den Landesfachbeirat abgefragt worden. Wir haben uns punktuell zu einzelnen Themen geäußert, eine systematische Begleitung des Prozesses hat es jedoch nicht gegeben.

Auch ist es nicht gelungen, alle relevanten Rehabilitationsträger verbindlich in eine abgestimmte Versorgung einzubinden und schließlich sind keinerlei Kriterien zur Mittelvergabe abgestimmt eingesetzt worden. Standards einer sozialpsychiatrischen Versorgung in Niedersachsen lassen immer noch auf sich warten. Der Landesfachbeirat will in Zukunft versuchen, einzelne Elemente der niedersächsischen Psychiatrielandschaft mit Orientierungshilfen auszustatten. Für den Sozialpsychiatrischen Verbund haben wir das bereits in einem ersten Schritt getan.

Kommunale Ebene

Phase I

- Einrichtung des kommunalen Fachbeirats Psychiatrie
- Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste
- Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen
- Förderung eines erweiterten Angebots gemeindeintegrierter psychiatrischer Versorgung

Die kommunalen Gebietskörperschaften haben die Phase I sehr unterschiedlich umgesetzt, es gibt nicht in allen Gebietskörperschaften einen kommunalen Fachbeirat. Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben sicherlich durch die Novelle des NPsychKG eine Aufwertung erfahren, inzwischen müssen wir jedoch feststellen, dass Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste zurückgefahren werden und der Stellenwert der Dienste in einigen Kommunen leidet. Insgesamt hat sich die sozialpsychiatrische Versorgung in allen Landkreisen und Städten gegenüber 1993 differenziert und verbessert, dazu zählen auch Unterstützungen von Selbsthilfeinitiativen.

Phase II

- Erarbeitung eines fortschreibungsfähigen kommunalen Psychiatrieplans Begutachtung der einzelnen Entwicklungsschritte durch den Fachbeirat
- Festlegung von Verantwortlichkeiten der verschiedenen Träger
- Sicherstellung der Koordination

Die Phase II haben fast alle Kommunen mit Einschränkung weitestgehend realisieren können. Es liegen inzwischen alle kommunalen Psychiatriepläne vor und darüber wurde ein Prozess der Auseinandersetzung mit der sozialpsychiatrischen Versorgung in den Kommunen erfolgreich angestoßen. Die Koordination liegt in der Regel in den Händen der Sozialpsychiatrischen Dienste. Jedoch ist eine Festlegung der Verantwortlichkeiten der verschiedenen Träger nicht gelungen, weil viele Träger diese Verbindlichkeit scheuen.

Phase III

- Etablierung des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Mit der NPsychKG-Novelle wurde auch eine Einmalzahlung für die Etablierung der Sozialpsychiatrischen Verbände an die Kommunen angeboten. Bis zum Stichtag wurde von allen Landkreisen und kreisfreien Städten die Gründung des Sozialpsychiatrischen Verbundes nachgewiesen.

Ebene der Freien Träger

Phase I

- Erweiterung im Angebot
 - Betreutes Wohnen
 - Tagesstätten und Kontaktstellen
 - Rehabilitation

Phase II

- Übernahme von Versorgungsverantwortung
- Bildung und Mitarbeit in Arbeitsgemeinschaften
- Beseitigung von Versorgungsdefiziten
- Abstimmung des eigenen Vorgehens mit den anderen Versorgungsträgern

Phase III

- Vertraglich definierte Übernahme von anerkannten Versorgungsverpflichtungen
- Schaffung eines engmaschigen ambulanten Hilfsangebotes

Die freien Träger haben recht früh damit begonnen ihr Angebot an sozialpsychiatrischen Hilfen zu erweitern. Wir haben nunmehr flächendeckend das Betreute Wohnen und Tagesstätten in Niedersachsen. Auch auf dem Gebiet der Rehabilitation sind Fortschritte erreicht worden, soweit es sich um Sozialhilfeleistungen handelt. Erst mit Hartz IV sehen wir Ansätze auch im Bereich der beruflichen Reha. Insgesamt kann man aber sagen, dass Rehabilitation für psychisch kranke Menschen außerhalb von Sozialhilfeleistungen immer noch schwer umzusetzen sind.

Was nicht gelungen ist, ist die verbindliche Abstimmung untereinander und die Übernahme von Versorgungsverantwortung durch die freien Träger. Stattdessen erleben wir eine heftige Auseinandersetzung bei der Bildung eines Landesrahmenvertrages gem. dem SGB XII, in dem sich Land, Kommunen, freie und private Träger auf eine Struktur und Vergütung der sozialen Eingliederungshilfe verständigen sollen.

Im Unterschied zu einigen anderen Bundesländern scheint es in Niedersachsen nicht möglich zu sein, die Interessen der Kostenträger und der Anbieter zugunsten einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch kranker Menschen miteinander zu vermitteln.

2002 haben wir dann im Landesfachbeirat in einer ersten Zwischenbilanz nach 5 Jahren „Vorschläge für eine Optimierung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ vorgelegt und wieder in einer Matrix Strukturvoraussetzungen und Prozesserfordernisse wiederum in verschiedenen Verantwortungsebenen vorgelegt.

Am Ende des Prozesses sollte ein Benchmarking initiiert werden, worüber in einem gemeinsamen Projekt alle Verbünde in Niedersachsen miteinander in einen konstruktiven und befruchtenden Wettbewerb um die guten Ideen gemeindepsychiatrischer Arbeit eingeladen werden sollten.

Adressaten	Sozialpsychiatrischer Dienst	Sozialpsychiatrischer Verbund	Kommunale Leistungsträger/ Leistungserbringer	Land	Kommunale Politik
Strukturmerkmal	Verorgungslücken registrieren und melden	Gemeinsame (Gesellungs-)Kultur	Verorgungsverantwortung übernehmen	Standards für Verbundstruktur und Sozialpsychiatrische Pläne	Einplanung von einem festen Budget für den SpV
		Vollständigkeit und Verbindlichkeit im Verbund	Verorgungs- und Leistungsvereinbarung	Nutzbar und nützliche Erhebungsinstrumente	
		Kommunales Gremium mit „Wächter“-Funktion	Qualitätsvereinbarung	Benchmarking	Kommunales Gremium mit „Wächter“-Funktion
		Mandatsträger an Arbeit des SpV beteiligen			
Prozess-Orientierung	Identifizierungsprozesse anregen	Fortbildungen und Qualifizierungen der Professionalisierung	Synergien nutzen	Resultatmarketing	Verfügbarmachung von Sozialpsychiatrischen Plänen
	Verfügbarmachung von Sozialpsychiatrischen Plänen		Transparenz der Leistungsangebote		
	Tauschliches Stattfinden von Hilfenotfällen			Landesfachbeirat: QM-Matrixstruktur	
	Dialog mit Patienten				
	Hilfepflege – Fortschreibung der Entschickung				

Aus dieser Empfehlung resultierten auch maßgeblich die von Hermann Elgeti erarbeiteten „Dokumentationsempfehlungen für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen“.

Diese Dokumentationsempfehlungen sind inzwischen allen Sozialpsychiatrischen Verbänden in Niedersachsen zugestellt worden, sind auch fünf Jahre nach ihrer Vorlage noch aktuell. Sie sollen die Grundlage für eine Landes-Psychiatrie-Berichterstattung liefern, ein Vorhaben dem im Übrigen der Landesfachbeirat eine hohe Priorität gegeben hat.

Meines Wissens wird diese Dokumentationsempfehlung am umfanglichsten im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover eingesetzt – also auch hier sind Sie Vorreiter.

Bei allen Entwicklungen ist Niedersachsen immer einen eigenen Weg gegangen, und wir haben stets eine kritische Distanz zu der in einer „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.“ zusammengefassten Maßnahme der Aktion psychisch Kranke geübt. So ist bis jetzt auch kein niedersächsischer Sozialpsychiatrischer Verbund Mitglied dieser Bundesarbeitsgemeinschaft.

Ich will zum Schluss noch einen Ausblick auf die kommenden Perspektiven und Herausforderungen wagen und damit hoffentlich auch deutlich machen, dass noch längst nicht alles an hemmenden Strukturen aufgebrochen ist, und dass der Aufbruch auch nach 10 Jahren noch längst nicht abgeschlossen ist – wenn er denn überhaupt abgeschlossen werden kann.

Wir werden uns meiner Einschätzung nach in den nächsten 10 Jahren vorrangig folgenden Herausforderungen stellen müssen. Und wir müssen dabei aufpassen, dass die Erfordernisse für die schwer und chronisch psychisch kranken Menschen im Mittelpunkt unserer Aktivitäten bleiben oder – da wo wir sie aus dem Blick verloren haben – wieder in den Mittelpunkt unserer

Aktivitäten gerückt werden. Die viel beschworene und in allen Leistungsgesetzen – besonders aber im SGB IX – geforderte Teilhabe der psychisch beeinträchtigten Menschen muss dabei Maßstab unseres Handelns sein bzw. werden.

Im Einzelnen geht es um folgende Handlungsfelder:

- Veränderung der Versorgungslandschaft durch Trägerwechsel bei den Landeskrankenhäusern
- Sicherstellung ambulanter psychiatrischer Behandlung
 - Situation der niedergelassenen Psychiater
 - Psychiatrische Pflege
 - Integrierte Versorgung
 - Institutsambulanzen
 - Medizinische Versorgungszentren
- Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen
- Reform der Eingliederungshilfe
- Durchführung von Hilfskonferenzen unter maßgeblicher Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Deinstitutionalisierung

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Anschrift des Verfassers:

Wolfram Beins
Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
Podbielskistr. 158
30177 Hannover

DIENSTAG, 3. JULI

Bevölkerungsbefragung durch Studenten der Evangelischen Fachhochschule Hannover im Rahmen der Psychiatriewoche

09.30 – 13.00 Uhr

Langenhagen, Einkaufszentrum:
Psychiatrie auf dem Wochenmarkt

10.00 – 13.00 Uhr

Neustadt: Treffpunkt 10.00 Uhr, Hauptbahnhof
Neustadt am Rübenberge
„Mitarbeiten in der Gärtnerei Tagewerk“

15.00 – 16.00 Uhr

Wunstorf, Südstr. 1, Landeskrankenhaus
„Besuch des Mahnmals der NS-Opfer“
anschließend geschlossene Veranstaltung,
„Diskussion mit SchülerInnen“ des Hölty-Gymnasiums Wunstorf

16.00 – 18.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr. 36,
Hannover, Filmtitel: „A Beautiful Mind“

17.00 – 19.00 Uhr

Marktkirche Hannover, Treff: 17.00 Uhr
„Artparade/Kunst und Psychiatrie“
Von der Marktkirche zum Pavillon
mit Künstlerinnen und Musikern
Gruppe Soziale Selbsthilfe e.V., Tagesstätte
Künstlerhaus AuE, AuE-Kreativschule,
Kunstwerkstatt des Landeskrankenhaus Wunstorf und
offene Malwerkstatt der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie Langenhagen

19.00 – 21.00 Uhr

Pavillon Raschplatz, Hannover, Eingang Workshop
Kunstaussstellungseröffnung „Artparade“ mit verschiedenen psychiat-
rienerfahrenen Künstlerinnen und Künstlern und
Livemusik mit der Gruppe „h-art-times“
Ausstellungszeiten: 4. bis 6. Juli, 10.00 - 18.00 Uhr

20.00 – 22.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr. 36,
Hannover, Filmtitel: „Aviator“

Dienstag 3. Juli

Besuch des Mahnmals der NS-Opfer

von Christian Harig

Die Inschrift der Mahntafel lautet:

Wir gedenken der Patientinnen und Patienten, die unter dem Naziregime aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Wunstorf abtransportiert und grausam ermordet wurden

Im September 1940 wurden 158 psychisch Kranke jüdischen Glaubens aus ganz Norddeutschland hierher verbracht und am 27.9.1940 zum Zuchthaus Brandenburg in den Gastod geschickt

Vom 23.4.1941 bis zum 1.8.1941 wurden 212 Kranke, denen wegen psychischer und Nervenleiden ihr Lebensrecht abgesprochen war, durch drei Transporte in die Anstalten Idstein, Scheuern und Eichberg und von dort in Tötungsanstalten gebracht

Gedenken macht Leben menschlich
Vergessen macht es unmenschlich

Es gehört zur Kultur des Erinnerns während der Psychiatrie-Woche der Menschen zu gedenken, denen die NS-Zeit Tod und Verfolgung brachte, seien es Juden, Roma und Sinti, Homosexuelle, Behinderte, politisch und religiös Andersdenkende oder die Toten des von Nazi-Deutschland entfesselten Weltkrieges. Hier soll insbesondere der Ermordung und Zwangssterilisation psychisch kranker Menschen gedacht werden. Eine genauere Betrachtung weist die Verzahnung tödlicher Diskriminierungsprozesse sowohl gegenüber „Artfremden“, fremden Völkern wie auch gegenüber „Minderwertigen“ des eigenen Volkes aus. Das NS-System begegnet uns zwar verschieden, in vollkommener Stigmatisierung und Entmenschlichung seiner Opfer bis hin zur Vernichtung ihrer Leben aber findet es seinen gemeinsamen Nenner.

Schon am 14. Juli 1933 trat das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in Kraft. Bis 1945 wurden ca. 400000 Menschen zwangssterilisiert, 5000 von ihnen starben dabei. Bereits mit dem Gesetz war der Ausgangspunkt für eine Entwicklung gelegt, die einerseits zum zwangsweisen „Gnadentod“ für unheilbar psychisch kranke Menschen führte, andererseits während des Krieges zu den „Ausmerzplänen“ der für minderwertig erklärten Rassen, der Polen, Russen, Juden und Zigeuner.

Hitler äußerte zum ersten Mal öffentlich und konkret 1935 auf dem Nürnberger Parteitag gegenüber dem Reichsärztführer Wagner: Er gedenke, im Kriegsfall „Euthanasie anzuwenden“.

Im Runderlass des Reichsinnenministers vom 18. August 1939 wurde allen Geburtshelferinnen eine Meldepflicht über Neugeborene mit erkennbaren Schädigungen auferlegt. Ebenso wurden Ärzte verpflichtet, behinderte Kinder bis zum dritten Lebensjahr zu melden. Um die Jahreswende 1938/39 unterschrieb Hitler eine Führervollmacht zur Durchführung der Kindereuthanasie. Zentrale Gutachter entschieden über Tod oder Leben der Kinder nur aufgrund der Einsicht in die Meldebögen. So starben mindestens 5000 behinderte Kinder durch überdosierte Medikation oder Verhungern.

1939 entstand die Euthanasiezentraldienststelle für die sogenannte Erwachseneneuthanasie, unter Aktion T 4 bekannt. Grundlage war ein formloses Geheimschreiben Hitlers: weder Befehl noch Gesetz – es „ermächtigte“ zum Morden. Auf Drängen des Justizministers aber auch der beteiligten Ärzte wurde 1940 ein „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“ entworfen. Abschließend verwarf es Hitler, da er an einer unbürokratischen Prozedur unter Umgehung staatlicher Dienststellen und völliger Geheimhaltung interessiert war. Am 9. Oktober 1939 erhielten alle Heil- und Pflegeanstalten Meldebögen.

Ausgefüllt gingen sie zum zentralen Büro zurück. Dort wurde allein aufgrund dieses Materials über Leben und Tod entschieden. Ende 1939 waren die Vorbereitungen zur Durchführung der geplanten Morde abgeschlossen. Januar 1940 fand das erste Vergasungsexperiment zur Einweisung der Tötungsärzte, zum Testen des Ablaufs und der Gaskammerkapazität statt. 18 – 20 Menschen wurden dabei in die Heilanstalt Brandenburg in den sogenannten Duschaum gebracht und vergast.

Zwischen Januar 1940 und August 1941 wurden unter der Bezeichnung T4 70000 Insassen von Heil- und Pflegeanstalten ermordet, darunter etwa 1000 Menschen jüdischer Herkunft. Mordstätten waren die sechs mit Gaskammern ausgerüsteten Tötungsanstalten: Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein, Bernburg und Hadamar. Nach öffentlichen Protesten, insbesondere aus der katholischen Kirche, wurde die „Aktion T 4“ offiziell eingestellt, inoffiziell lief sie unter der Tarnbezeichnung Sonderbehandlung 14f13 weiter. Etliche psychisch kranke Menschen starben bis 1945 außerdem, indem man sie verhungern ließ.

Opfer waren die Schwächsten unter ohnehin schon Schwachen, Menschen, derer bis heute nur wenig gedacht wird. Auf der Gedenkplatte für die 200000 wehrlosen Opfer der Euthanasie von 1939 bis 1945 heißt es unter anderem: „Die Zahl der Opfer ist groß, gering die Zahl der verurteilten Täter“. Von den für die Zwangssterilisation Verantwortlichen kam niemand vor Gericht, galt dies doch nicht als Nazigesetz, weil es ähnliches auch in anderen Staaten gab.

Aus der Geschichte lernen wir: Menschenwürde und Lebensrecht können und dürfen niemandem abgesprochen werden; der ehemalige Bundespräsident Johannes Rau am 18. Mai 2001 mit Blick auf die historischen Belastungen aus der NS-Zeit: „Wer einmal anfängt, menschliches Leben zu instrumentalisieren, wer anfängt, zwischen lebenswert und lebensunwert zu unterscheiden, der ist in Wirklichkeit auf einer Bahn ohne Halt.“ Und das war bereits lange vor 1933 der Fall.

Der Nationalsozialismus setzte in der ihm eigenen Konsequenz die im ausgehenden 19. Jahrhundert begründete biologische Wertbestimmung des Menschen in der ihm eigenen Ausprägung um, eine Wertbestimmung, die allein von der Zumessung der von den Machthabern verordneten Idee der Gemeinschaftlichkeit bestimmt wird. Jede humane Rechtsidee wird verletzt

und das Individuum zu einer technischen Funktion degradiert. Bischof Graf v. Galen vor über 60 Jahren: „Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben, unproduktive Menschen zu töten... dann ist ... der Mord an allen unproduktiven Menschen ... freigegeben.“ Aus dem zuvor Gesagten gilt es die fortwährenden Lehren zu ziehen sowohl auf der politischen Ebene, dokumentiert im sozialen Rechtsstaat, als auch auf der Ebene des kollektiven Verhaltens. An uns liegt es zu verstehen, was Menschlichkeit ist, weicher zu werden, weniger Abwehr zu brauchen und weniger die Neigung zu projizieren.

Anschrift des Verfassers:

Christian Harig
Verein Psychiatrie-Erfahrener
Rückertstr. 17
30169 Hannover

Gedenkstunde und Kranzniederlegung am Mahnmal in Wunstorf

von Andreas Spengler

Am Nachmittag des 3. Juli 2007 gedachten Vertreter des Landeskrankenhauses Wunstorf, des Vereins der Psychiatrie-Erfahrenen, der Stadt Hannover, der Kirchen und anderer öffentlicher Institutionen unter Beteiligung vieler Patienten, Angehöriger und interessierter Bürger im Park des Hauses vor der Krankenhauskirche an dem dort im Jahr 2000 errichteten Mahnmal mit Ansprachen, Musik und Kranzniederlegung der von hier im Jahre 1939 bis 1940 von den Nationalsozialisten deportierten und später ermordeten Patientinnen und Patienten. Der Kantor der jüdischen Gemeinde in Hannover sang einen Psalm im Gedenken an die hier zusammengezogenen und nach Brandenburg deportierten jüdischen Kranken.



Foto: W. Hoffmann, Wunstorf
(Bildrechte beim LKH Wunstorf)

Grußworte sprachen Bürgermeister Axel Eberhardt und der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Andreas Spengler. Diakon Hornbruch von der Krankenhauseelsorge schloss die Feierstunde mit einem Gebet ab. In einer anschließenden Vortragsveranstaltung gab Prof. Spengler einen umfassenden bebilderten Überblick über die gegen psychisch Kranke und Behinderte gerichtete Politik der Nationalsozialisten, über Zwangssterilisierungen, die Tötungsprogramme (darunter die sog. Kinderaktion, die sog. Judenaktion und die T4-Aktion) ihre Geschichte, Ideologie, Organisation und über Zeitdokumente. Gezeigt wurden auch die Bilder von Tätern und Opfern.

Eine ausführliche Diskussion widmete sich der Frage, was von den Lehren der Vergangenheit für die Situation heute bleibt, wie ethische Grundfragen in der Palliativmedizin und passiven Sterbegleitung, aber auch bei der Grenzüberschreitung gelöst werden sollen, die als aktive Sterbehilfe, u. a. in Belgien und Holland als Tötung von Patienten durch Ärzte gesellschaftliche

Akzeptanz und rechtliche Billigung findet. Es ging um die Fragen, ob eine verabsolutierte individuelle Freiheit das Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Sterben einschließen kann und ob und wie Ärzte dabei mitwirken dürfen.

Die gesellschaftlichen Zusammenhänge eines verabsolutierten Ökonomismus deuten sich heute durch Rationierung, Abschiebung in Heime und Unterversorgung z.B. Demenzkranker konkret an. Es darf nicht hingenommen werden, dass sogenannte Sterbehilfevereine ihr suggestives Angebot auch an psychisch Kranke richten und dass Ärzte auch psychisch Kranke, deren Leiden nicht mehr erträglich erscheint, getötet werden wie in Belgien.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Andreas Spengler
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf
Südstr. 25
31515 Wunstorf

„Artparade“ und Ausstellung Kunst und Psychiatrie

von Lothar Schlieckau

Im Rahmen der Psychiatrie-Woche 2007 wurde im Raschplatz Pavillon im Workshop Hannover e. V. die Ausstellung „Artparade - Kunst und Psychiatrie“ vom 3. bis 6. Juli veranstaltet.

Zur Eröffnung gab es ab 17.00 Uhr einen Umzug eben die „Art Parade“ von der Marktkirche zum Pavillon durch die Innenstadt von Hannover mit den beteiligten KünstlerInnen der AuE-Kreativschule, der Tagesstätte Künstlerhaus AuE, der offenen Malwerkstatt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen, der Kunstwerkstatt des Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf und der Gruppe Soziale Selbsthilfe e. V. Hannover. Auf einer Ausstellungsfläche von 160 m² zeigten die Künstler und Patienten der Einrichtungen Gemälde, Zeichnungen, Installationen und Masken.

Nachfolgend sind die Eindrücke von der Artparade und der Ausstellung von den beteiligten Einrichtungen in Wort und Bild dokumentiert, sowie die Eröffnungsrede zur Ausstellung:

von Frau Miriam Wobbe, Gruppe Soziale Selbsthilfe e.V.

Bereits vor der Ankündigung der Artparade hat sich die Fotogruppe der „Gruppe Soziale Selbsthilfe“ dazu entschieden eine längere Einheit zu dem Thema „Masken“ zu machen.

Das Thema „Masken“ wurde von den Teilnehmern aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln gesehen. Zum einen ist eine Maske eine Gesichtsbedeckung, die es möglich macht, sich vor etwas zu schützen oder dahinter zu verbergen. Zum Anderen ist es eine Möglichkeit in eine andere Rolle zu schlüpfen oder aber auch eine Möglichkeit nicht sein Gesicht zeigen zu müssen.

Als das Thema „Masken“ auch das Motto der Parade werden sollte, entschied die Gruppe einstimmig, die Möglichkeit zur Ausstellung der Masken und den Fotos, die dazu entstehen sollten, unbedingt wahrzunehmen.

In einer ersten Phase, der Herstellung, wurden die Masken von jedem Teilnehmer individuell gestaltet, mit Modelliermasse oder ein eigener Abdruck des Gesichtes hergestellt. In der zweiten Phase wurden die Masken über mehrere Wochen an verschiedenen Orten fotografiert und in Szene gesetzt. Die Plätze wurden jeweils von den Teilnehmern individuell ausgewählt.

Der Titel der Ausstellung „Lasst Eure Masken fallen“ entstand während der Erstellung der Fotobücher und soll als Ermutigung für andere Menschen verstanden werden. In der Nachbearbeitung kam heraus, dass das Projekt allen sehr viel Spaß gemacht hat und dies in einiger Zeit noch mal über einen noch längeren Zeitraum wiederholt werden soll.

von Sabrina Gebhard, AuE Kreativschule:

Gelungene Ausstellung in guter Atmosphäre im Workshop. Allerdings wenig Interesse von außen, Publikum ohne Psychiatriebezug war nicht oder kaum da. Also eine Aktion, Parade und Ausstellung von und für Betroffene. Ob das Sinn der Psychiatrie-Woche war, weiß ich nicht. Was ich nicht gut fand, das lange und zögerliche diskutieren, ob die Parade bei diesem Wetter stattfinden soll oder nicht.

von Frau Wandrey, Tagesstätte Künstlerhaus AuE:

Anlässlich der Psychiatrie-Woche arbeiteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagesstätte Künstlerhaus AuE zum Thema „Das Eigene und das Fremde“. In der Kunstgruppe entstand ein 10 m langer Bilderzug auf Leinwand, der als wandernde Ausstellung während der Artparade der Psychiatrie-Woche von den Teilnehmern durch die Innenstadt getragen wurde.

Zielpunkt war der Pavillon, wo der Bilderzug noch drei Tage lang zu sehen war. In der Kunsttherapiegruppe gestalteten die Teilnehmer Masken mit dazugehörigen Papierbildern, die sowohl während des Umzugs getragen wurden als auch anschließend in der Ausstellung zu sehen waren. Für die Teilnehmer war die Erfahrung dieser lebendigen und bewegten Präsentation ihrer Arbeit sehr bereichernd.

von Anette Dittmer, Kunstwerkstatt des NLKH Wunstorf:

Die Kunstwerkstatt ist mit zwei Arbeitsschwerpunkten im Hause etabliert. Ein Arbeitsbereich umfasst das Angebot von zeitlich befristeten kunstpädagogisch begleiteten Projekten, die die Realisierung von Kunst-Objekten durch Laien (hier Patienten) zum Ziel haben.

Die Patienten haben in diesem Bereich die Möglichkeit, mit Mitteln der bildenden Kunst die eigene individuelle Kreativität zu entwickeln und neue Kommunikations- und Ausdrucksformen zu entdecken.

Einen weiteren Arbeitsbereich bildet das kontinuierliche Angebot der Kunsttherapie im Haus. Im Rahmen eines medizinischen und therapeutischen Behandlungskonzeptes besteht für stationäre und ambulante Patienten der Allgemein- und Gerontopsychiatrie die Möglichkeit, das Angebot der Kunsttherapie zu nutzen.

Es werden Einzel- wie auch Gruppentherapien angeboten. Die Angebote dienen der Persönlichkeitsstabilisierung und der Bearbeitung und Bewältigung der akuten Problemlage, individuell abgestimmt auf die Einzelsituation des Patienten. Dies geschieht in Kooperation mit der jeweils zuständigen Station oder der Institutsambulanz.

Die Ausstellung zeigt Skulpturen aus einem Mosaikprojekt (Leitung Frau Anne Brömme und Frau Usch Jacobi) und Arbeiten aus einer Kunsttherapiegruppe (Leitung: Frau Anette Dittmer)

Bilder und Kommentare zum Umzug und Ausstellung:



„Der Umzug hat mir sehr viel Spaß gemacht, die Passanten schienen interessiert und begeistert, fragt sich nur ob auch was hängen geblieben ist?“



„Schade ist immer noch das bei solchen Veranstaltungen immer nur die „Szene“ da ist und keine Außenstehenden.“



„Der Drache und die Masken waren beeindruckend!“

„Mich hat gestört, dass sowohl der Umzug als auch die Veranstaltung insbesondere unser Konzert, mit nicht einem Satz in der Presse erwähnt worden ist!“



„Das Konzert hat mir sehr viel Spaß gemacht und die Stimmung an dem Abend war einmalig!“



„Der Ort „Pavillon“ hat Respekt vor der Kunst und der Musik gezeigt.“

„Die Kombination von Kunst und Musik war stimmig und hat gepasst.“

Eröffnungsrede Kunstausstellung

von Elisabeth Wellendorf

Ich bin gefragt worden, diese Ausstellung zu eröffnen. Teilnehmer sind Menschen mit psychischen Problemen.

4 verschiedene Einrichtungen haben sich zusammengetan, denen eines gemeinsam ist: Sie möchten diesen Menschen mit den Mitteln der Kunst, sei es die Malerei, die Musik, das Schreiben oder das Theater, eine Ausdrucksmöglichkeit erschließen, die sie aus der Vereinsamung und Verstummung herausholt und ihnen zu neuer Integration verhelfen möchte. Es geht nicht darum Berufskünstler heranzubilden, wohl aber darum, verschüttete Potentiale aufzustöbern und den Menschen auch den Weg zur Selbstbegegnung zu eröffnen und im gestalterischen Tun das Bewusstsein für die persönliche Identität zu stärken.

Die Therapeutinnen sind alle auch Künstler und eigentlich müsste eine oder einer von ihnen jetzt an meiner Stelle stehen, aber nun stehe ich hier.

Sie könnten mich fragen: Was befugt mich dazu? Ich kenne die Einrichtungen nicht, in denen die Schöpfer dieser Bilder und Objekte leben. Und ich kenne die Maler und Malerinnen nicht, die sie gemacht haben.

Wie kann ich dann etwas zu ihren Bildern sagen?

Vielleicht gibt es 3 Brücken als Zugang:

Die erste ist: ich bin auch Malerin.

Die zweite ist: ich habe 8 Jahre in der Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover gearbeitet.

Die dritte ist: die Patienten, mit denen ich damals gearbeitet habe, waren auch meine Lehrer.

Von daher gibt es also durchaus eine tiefe Verbindung. Was mir hier fehlt ist, dass ich die Schöpfer dieser Bilder nicht kenne, dass ich nicht weiß, was sie denken und fühlen und wie ihre Bilder entstanden sind.

Als ich sie gestern Abend angeschaut habe, mussten sie ganz allein mit mir sprechen, das taten sie auch, aber ich weiß aus Erfahrung, dass ich noch viel mehr erfahren kann, wenn ich ihre Entstehung und ihre Geschichte hätte miterleben können.

Als ich mit den Patienten in der MHH gemalt habe, konnten viele sich nicht ausdrücken, weil die Medikamente oft wie eine Zwangsjacke für die Phantasie wirkten, aber in einigen war das schöpferische Potential so stark, dass ungewöhnliche Bilder und Plastiken entstanden, dass ich diese würdigen konnte, geschah nicht übergangslos.

Wenn ich zum Beispiel Bruno bei den Entstehungen seiner Gestaltungen zuschaute, bemerkte ich in mir lauter kleine und große Schrecken in dem Sinne: „So doch nicht! - nein, nicht diese Farbe!“ oder: „das solltest du nicht übermalen, es ist doch gelungen!“

Natürlich sagte ich das nicht, aber ich spürte es wie kleine Messerstiche in meinen ästhetischen „Festvorstellungen“. Mit der Zeit wich dieses Gefühl der Verspannung einer wachsenden

Neugier. Je länger ich ihnen zuschaute und je tiefer ich in ihre Art zu denken und wahrzunehmen eintauchte, desto mehr veränderte sich auch mein Denken und Wahrnehmen. Seltsamerweise habe ich nie den Augenblick des Übergangs bemerkt. Wenn es mir bewusst wurde, dass mein Denken und Fühlen sich verändert hatte, als sei ich auch „verrückt“, weggerückt aus den „normalen“ logischen Denkabfolgen, erfüllte mich ein Gefühl der Freiheit und ein geradezu übermütiges Bedürfnis, alles auf den Kopf zu stellen.

Ich bin den Menschen sehr dankbar, die mich diese Erfahrung machen ließen, die mein Leben geprägt hat, und doch weiß ich, dass es einen Unterschied zwischen uns gab: Ich konnte zwischen den Grenzen hin- und hergehen, sie waren oft Eingespernte in ihrer ungewählten Freiheit oder Ausgespernte aus den Konventionen, die mir das Zusammenleben erleichterten. Ein Beispiel:

Bruno war schon lange in der Tagesklinik. Wenn ihn Wahnvorstellungen und Ängste überfallen hatten, hatte er Tiere verstümmelt und getötet. Sie waren ihm als das eigentlich Böse erschienen und konsequenter Weise hatte er sich gegen sie gewehrt. Wenn er aus seiner Psychose auftauchte, war er todunglücklich, denn er liebte Tiere eigentlich und konnte nicht ertragen, wenn ihnen ein Leid geschah. Aus Pappmaché und Draht formte er Katzen, Hunde, Pferde und Vögel und bemalte sie bunt. Es waren schöne und ungewöhnliche Gestalten. Er schenkte mir einige davon, andere schenkte er den Bürgern der Stadt, indem er sie auf Plätze stellte. Andere wiederum verbrannte er in der Öffentlichkeit als Sühneopfer für die Tiere. Oft hatte er wochenlang an ihnen gearbeitet. Das alles drückte seine Liebe und Verbundenheit mit Menschen und Tieren aus und seine geradezu überschäumende Schöpferkraft.

Er malte Portraits auf Brötchentüten oder bekrizelte 100 Postkarten während eines Kinobe-suchs. Immer waren einige Exponate von künstlerischem Rang dabei, andere gingen bis an die Grenze von Schmierereien. Er unterschied nicht, wertete nicht, das Tun an sich, das sich Ausdrücken war für ihn das Bedeutsame. Solange er gestaltete, war er nicht sprachlos, lebte er, bis er dann wieder in jene schrecklichen Zustände rutschte, für die er keine Sprache mehr fand.

Der tiefere Sinn oder die schöpferische Potenz, die in Wahnvorstellungen verborgen ist, erschloss sich mir leicht. Die symbolische Ebene seines Ausdrucks war mir nah. Das andere, die Grenzerfahrung, wo das absolut Zerstörerische begann und mich bedrohte, war ebenso wichtig für meine Wahrnehmung, gerade, weil es mir fremd war und wie so manche Menschen auch, ängstigte es mich. Die Erfahrung, dass Menschen nebeneinander sitzen können und dabei doch in unterschiedlichen Welten leben, ist mir nie wieder so erschreckend deutlich geworden wie damals, zugleich aber auch das andere, die Erfahrung von Synchronizität: ich denke etwas und die andere Person spricht meine Gedanken aus, auch das habe ich nie so häufig erlebt, wie bei meiner Arbeit in der Tagesklinik.

Wo aber fängt die Kunst an? Werden vielleicht manche Besucher fragen.

Ich fühle mich in meiner Doppelrolle, als freischaffende Künstlerin und Kunsttherapeutin, zerrissen. Wir sind uns darüber im Klaren, dass zwischen einer nur kreativen und einer künstlerischen Leistung ein Unterschied besteht. Kreativ kann jeder Mensch auf verschiedene Weise sein, aber nur wenige vermögen für die Allgemeinheit wichtige Entdeckungen zu machen oder Kunstwerke zu schaffen. In der Psychose kann man häufig eine Eruption der Kreativität beobachten, die unter bestimmten Voraussetzungen zu Kunst führen kann.

Dazu gehört einmal eine spezifische, individuelle Begabung, aber auch eine bestimmte Offenheit in der Gesellschaft für diese Ausdrucksform. In den 50er Jahren war es der französische Maler Dubuffet, der die Konzeption der „l'art brut“ entwickelte. Dubuffet versteht darunter: „Eine von äußeren Einflüssen unabhängige, von jeder vorgegebenen Technik freie, an kein bestimmtes Material gebundene Kunst unvoreingenommener Autodidakten.“

Seine große Sammlung, die er der Stadt Lausanne gestiftet hat und die seit 1976 bei der „Collection de l'art brut“ in einem außergewöhnlichen Museum zu sehen ist, umfasst eine Vielzahl hervorragender Werke künstlerisch unausgebildeter, psychiatrischer Patienten. Für Dubuffet spielt die Herkunft dieser Werke, sowie die psychische Verfassung ihrer Schöpfer keine Rolle, für ihn ist nur die künstlerische Qualität maßgebend. Was aber ist die künstlerische Qualität?

Inge Jádi, Kuratorin der Prinzhornsammlung in Heidelberg drückte das so aus: „Denn die Spur eines Kunstwerkes ist nie das Eigentliche, sondern immer eine kreative Verhüllung. Doch zugleich lässt sie, wenn diese Verhüllung einer eigensinnigen Welt entspringt, die Notwendigkeit des gestalterischen Tuns überzeugend und manchmal überwältigend spüren.“

Solche Kunst wendet sich primär nicht an den Betrachter. Sie entspringt nicht dem Überfluss, sondern dem lebensbedrohlichen Verlust an Welt. In dieser Notsituation, die das Übliche infrage stellt, wird der Mensch, der überleben will, gezwungen, zum Schöpfer zu werden von etwas Neuem.“

Solche Schöpfungen vermögen uns ins Herz zu treffen. Wenn wir uns öffnen, werden wir es an der Wirkung erkennen.

Alle Exponate dieser Ausstellung sind Bilder psychiatrieeffahrener Menschen, aber sie sind sehr unterschiedlich. Da gibt es Menschen, die psychotische Episoden durchlebt haben, aber nach gewisser Zeit geheilt werden konnten; solche, die immer mal wieder Rückfälle erleben und solche, deren Krankheit in eine Chronifizierung mündete. Alle diese Menschen haben unterschiedliche Identitäten entwickelt.

Bei allen bleibt das „Erleben der Psychose integraler Bestandteil ihrer Person. Allen gemeinsam ist die biographische Katastrophe des seelischen Zusammenbruchs mit der Notwendigkeit des schöpferischen Neubeginns“ dem durchaus nicht alle nachkommen können (Jádi).

Es gibt Bilder, wo man das Gefühl hat, dass die Gestaltungskräfte des Malers im Feuerofen der Not des Chaos umgeschmolzen wurden zu ganz einmaligen, unabhängigen Ausdrucksformen, die den Betrachter, wenn er zu einer entsprechenden Resonanz in der Tiefe seines Selbst offen ist, treffen und bewegen können. „In ihnen zeigt sich das Leid auf kunstimmanente Weise in hochsensiblen Neuschöpfungen voll eigenen Sinns“ (Jádi). Sie sind so selten, wie in der sonstigen Kunst auch.

Ein großer Teil der Bilder ist zum Thema verschiedenartigen Leids gestaltet worden. Manchmal ist die Not zu spüren, den richtigen Ausdruck für das innere Erleben zu finden. Manchmal reicht offenbar der Abstand nicht, um der Überflutung Herr zu werden und man greift auf vertraute Muster zurück. Es gibt Bilder, die sind wie Schreie, wie Klagen. Eine andere Gruppe von Leiderfahrenen geht mit gezielten Appellen und Agitationen vor. Moral ist latent oder offen im Spiel. Sie sind nicht nur ein Sprachrohr für sich, sondern auch für die Anderen. Alle tun, wozu sie

imstande sind, und hinter allem steckt das Bedürfnis, etwas von sich zu zeigen, in der Hoffnung, wahrgenommen zu werden oder sich selber zu definieren in ihren Bildern. Wir verdanken es Menschen wie Prinzhorn und Morgenthaler, dass unsere Aufmerksamkeit auf die Gestaltungen von psychiatrischen Patienten gelenkt wurde.

Prinzhorn, ein geborener Westfale, hatte in Wien Kunstgeschichte studiert. Im Anschluss daran studierte er Medizin und wandte sich der Psychiatrie zu. 1918 kam er nach Heidelberg und stellte dort eine erste umfassende Sammlung von Bildern psychiatrischer Patienten zusammen.

1922 erschien sein grundlegendes Werk: „Bildnerei der Geisteskranken“. Er fand überraschende Parallelen zu den Bildwerken von Kindern und von denen sog. primitiver Kulturen. Die interessanteste Ähnlichkeit aber entdeckte er zu Bildern der zeitgenössischen expressionistischen Kunst. Schon 1921 war das Buch von W. Morgenthaler: „Ein Geisteskranker als Künstler“ erschienen.

Es ist die Geschichte von Adolf Wölfli, der wegen seiner Psychose dauerhaft eingesperrt war in einer Anstalt bei Bern und dort in ununterbrochener künstlerischer Arbeit ein riesiges graphisches und schriftstellerisches Werk schuf, was sogar auf der 2. Dokumenta ausgestellt wurde. Rainer Maria Rilke schrieb nach der Lektüre von Morgenthalers Buch begeistert: „Der Fall Wölfli wird uns helfen, einmal über die Ursprünge des Produktiven neue Aufschlüsse zu gewinnen“.

Prinzhorn hinterließ in Heidelberg eine riesige Sammlung, die in den letzten Jahrzehnten geordnet und bearbeitet wurde. Inge Jádi hat Kontakt zu Sammlungen verschiedenster Länder hergestellt und den Dialog auf weiten Fuß gestellt.

Es ist kein Zufall, dass Künstler wie Klee, Kokoschka, Nolde, Dix und Schwitters mit Bildern psychiatrischer Patienten zusammen als „Entartete Kunst“ ausgestellt und verfemt wurden, beunruhigten sie doch alle durch das, was Dubuffet über die *l'art brut* gesagt hatte: „Sie waren von äußeren Einflüssen unabhängig, frei von jeder gelehrten Technik, an kein bestimmtes Material gebunden, eine Kunst ohne kulturelle Verbrämung“, das beunruhigte die Nazis zutiefst. Sie antworteten mit Vernichtung.

1965 erscheint die Monographie des manisch-depressiven Johannes Hauser von seinem Arzt Leo Navratil. Die Zustandsgebundenheit von Hausers Bildern wird von Navratil, der Letzteren seit 20 Jahren behandelte, genau beschrieben und zeigt die tiefe Korrespondenz von Arzt und Patient in einer sehr authentischen Form. Die Bedeutung der Beziehung und Ausprägung eines ständigen bildnerischen Dialogs, spielt eine immer größere Rolle, wie es in sehr eindrucksvoller Weise der größte schweizer Psychiater Gaetano Benedetti in seinen Büchern beschreibt.

Eine neue Form der Therapie bildet sich: die Kunsttherapie in ihren unterschiedlichen Ausformungen. Mal kommt sie mehr von der Kunst, mal mehr von der Psychotherapie, aber immer geht es darum, trotz aller Zerstörung, dem Menschen zu helfen wieder an sein schöpferisches Potential zu kommen und es geht um noch etwas: Wir leben in einem Zeitalter der Globalisierung, Völker und Nationen vernetzen sich.

An unseren Umwltkatastrophen können wir erleben, wie alles miteinander verbunden ist, dass im Makrokosmos dieselben Gesetze gelten wie im Mikrokosmos usw.

In gewisser Weise ist jeder Mensch wie ein kleiner Kosmos mit Gleichheiten und Ungleichheiten. Welche Erweiterung für jeden von uns wäre es, wenn wir neugierig aufeinander wären?

Wenn wir uns in unsere unterschiedlichen Erfahrungswelten einladen würden? Ich glaube, diese Ausstellung ist so etwas. Lassen Sie uns offen sein, damit wir berührt werden können, und unsere Welten miteinander teilen.

Anschrift der Verfasserin:

Elisabeth Wellendorf
Kantplatz 1
30625 Hannover

Zusammenstellung des Gesamtbeitrages Artparade:

Lothar Schlieckau
Region Hannover
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Weinstr. 2
30171 Hannover

MITTWOCH, 4. JULI

Bevölkerungsbefragung durch Studenten der Evangelischen Fachhochschule Hannover im Rahmen der Psychiatriewoche

10.00 – 12.00 Uhr

Hemmingen: „Umgang mit psychisch Kranken in der NS-Zeit in Niedersachsen“

Vortrag und Diskussion mit SchülerInnen der KGS Hemmingen (geschlossene Veranstaltung)

11.00 – 14.00 Uhr

Hannover Brauerei Herrenhausen, Herrenhäuser Str. 83

„Two beers or not two beers – Zieloffene Suchtarbeit“

Veranstalter: SuPA GmbH

GK Quest Akademie GmbH

14.00 – 16.00 Uhr

Hannover, Justizvollzugsanstalt, Schulenburger Landstr. 145

„Suchtkranke im Justizvollzug“

Fachgruppe Legale Suchtmittel

15.00 – 16.30 Uhr

Hannover, Landgericht, Volgersweg 65

„Psychisch kranke und suchtkranke Straftäter zwischen Integration und Sicherung“

Diskussion mit Vertretern der Justiz, Maßregelvollzugskliniken und Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund

Fachgruppe Forensik

14.00 – 18.00 Uhr

Tag der offenen Tür in Einrichtungen

Barsinghausen, Altenhofstr.17,

Kontaktstelle, Der Steg e.V.

15.00 – 18.00 Uhr

Langenhagen, Klinik für Psychiatrie

Psychotherapie, Rohdehof 3

„Sommerfest“

15.00 – 17.00 Uhr

Hannover, Gleisdreieck, Borriestraße

„Wir machen draußen Sport“

Dr. Wilkening Pflegeheime, Kirchengemeinde Timotheus

16.00 – 18.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr.36,

Hannover, Filmtitel: „Elling“

20.00 – 22.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr.36

Hannover, Filmtitel: „A Beautiful Mind“

Suchtkranke im Justizvollzug

Sitzung der Fachgruppe „Legale Sucht“ in der JVA Hannover, Schulenburg Landstr. 145, Hannover

von Beatrix Friedrich Werner

Thema der Sitzung:

Wie kann eine Zusammenarbeit zwischen der JVA und den Angeboten „außerhalb“ (Selbsthilfe, Sozialpsychiatrie, Suchtfachstellen, Übergangseinrichtungen) gelingen?

Was ist dafür notwendig und hilfreich?

Die JVA berichtet über ihre Arbeit. Derzeit sind ca. 850 Menschen in der JVA Hannover inhaftiert. Davon sind ca. 25% als alkoholabhängig oder -gefährdet einzuschätzen, 50% davon abhängig/Missbrauch von illegalen Drogen. Zur Suchtberatung und Vermittlung sowie für Behandlungsangebote aus der beigefügten Behandlungsübersicht stehen 3,5 Stellen zur Verfügung.

Deutlich wurde zu Anfang, dass die Kürzung durch das Sozialministerium externe Suchtberater in der JVA zu beschäftigen, einen Mangel darstellt. Die Fallpauschalregelung sei von der Step nicht angenommen worden, das bedaure die JVA. Dies wurde von Seiten der Step anders gesehen. Die Step hätte die Arbeit auch mit dieser Finanzierungsregelung aufrecht erhalten.

Die JVA machte deutlich, dass die Insassen sehr wohl über die Hilfebedarfe in der Region vertraut wären, trotzdem sei von Seite der JVA gewünscht, dass Vorstellung von Seiten der Anbieter im Hilfesystem schon während der Haft wie z.B. Übergangseinrichtungen, Suchtberatungsstellen, etc. erfolgen sollen, um persönliche Kontakte herzustellen.

Eine Intensivierung der Zusammenarbeit sei grundsätzlich wünschenswert um den Inhaftierten bei Entlassung Möglichkeiten der Perspektiven zu eröffnen.

Auch die Möglichkeiten von Hilfeforen zur Vorbereitung von Maßnahmen der Hilfe zur Teilhabe nach SGB schon während des Aufenthaltes in der JVA wurden eingehend diskutiert. Diese Hilfen wurden von Seiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen sehr deutlich als Instrument der Begleitung nach Inhaftierung und als Brücke und Perspektivangebot für die Inhaftierten nach Entlassung gesehen.

Diese Begleitung solle schon während der Inhaftierung durch die Hilfeplanung eingesetzt werden um eine durch die Haft entstandene Abstinenz zu sichern. Zudem kann bei fehlender sozialer und beruflicher Perspektive Unterstützung und Begleitung für die Umsetzung von zuvor vereinbarten Zielen angeboten werden. Damit kann bei Rückfällen, Krisen und zu erwartenden Schwierigkeiten und Problemen nach Haftentlassung in vereinfachter Weise Hilfe angeboten und die Integration und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbessert werden.

Infoveranstaltungen verschiedener Anbieter sollen in der JVA stattfinden, um persönliche Kontakte herzustellen und die Vernetzung mit dem Hilfesystem zu verbessern.

Eine Mitarbeiterin der JVA wird im Arbeitskreis Legale Sucht zukünftig mitarbeiten. Zudem ist Dr. Wittfoot als zuständiger Psychiater über eine mögliche Aufnahme der JVA oder der entsprechenden Abteilung in den Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie im Gespräch mit Dr. Sueße vom Fachbereich Gesundheit.

Die Selbsthilfe, hier AA, weist darauf hin, dass sich die Bedingungen für die Gruppen-Meetings verschlechtert haben. Es ist zu zeitlichen Reduktionen gekommen.

Anschrift der Verfasserin:

Beatrix Friedrich Werner
Fachstellen für Sucht und Suchtprävention
Burgdorf, Laatzen, Springe
Diakonieverband Hann.-Land
Schillerslager Str. 8
31303 Burgdorf

Psychisch Kranke und Straftäter im Strafvollzug

von Andreas Tänzer und Reinhold Maibaum

Die auf Initiative der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ zu Stande gekommene Podiumsdiskussion beim Landgericht Hannover zum Thema „Psychisch kranke und suchtkranke Straftäter zwischen Integration und Sicherung“ war überraschenderweise eine der bestbesuchtesten Veranstaltungen im Rahmen der Psychiatrie-Woche der Region Hannover.

Das Podium war mit Vertretern von Justiz (Richter, Staatsanwaltschaft, Bewährungshilfe), rechtlichen Betreuern, Rechtsanwälten, Maßregelvollzugseinrichtungen, Psychiatrischen Versorgungskliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten der Region und Trägern von komplementären Einrichtungen und ambulanten Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund umfassend besetzt.

In seinem Einführungsreferat spannte Chefarzt Tänzer aus Wunstorf den Bogen über die Problematik der Situation Betroffener vor der Einweisung in den Maßregelvollzug, den Verlauf in der Maßregelbehandlung, bis zur zentralen Frage, wie eine Rückkehr und Reintegration der Betroffenen in die Gesellschaft gelingen kann, während gleichzeitig sich die begleitenden gesetzlichen Bestimmungen verschärfen und der gesellschaftliche Anspruch auf Schutz vor gefährlichen Tätern weiter wächst.

Zur plastischeren Anschauung zitierte er ein Bild des Göttinger Strafvollstreckungsrichter Koller, der den Maßregelvollzug mit einer Presswurst verglichen hat, in die vorne immer mehr hinein gesteckt wird, während am anderen Ende (fast) nichts herauskommt.

Geleitet vom Psychiatriekoordinator Herrn Schlieckau entwickelte sich im Anschluss eine sehr lebhaft Diskussion zwischen den Podiumsteilnehmern und den interessierten Zuhörern, unter denen sich erfreulicherweise auch eine Reihe Betroffener befanden.

Zur Sprache kamen insbesondere die veränderten Rahmenbedingungen der allgemeinen Versorgungspsychiatrie, deren stationären Angebote infolge Kostendruck und Bettenabbau durch immer kürzere Behandlungszeiten und Drehtüreffekte geprägt sind, während die ambulanten Netze gleichzeitig gerade die chronisch und schwer psychisch Kranken oft nicht ausreichend auffangen können. Bald entstand Einigkeit, dass es zwischen den kurzen Kriseninterventionen in den Allgemeinpsychiatrien und den meist jahrelangen Aufenthalten im Maßregelvollzug an angemessenen mittelfristigen Alternativen mangelt.

Auch wenn Justiz und Maßregelkliniken sich nicht den formalen und gesellschaftlichen Ansprüchen entziehen können, zeichnete sich im Diskussionsverlauf ab, dass sich neue Chancen gerade dann eröffnen lassen, wenn im Einzelfall durch eine bessere Vernetzung zwischen allen Beteiligten individuelle Lösungen gefunden werden können. Gerade die neu geschaffenen Forensischen Institutsambulanzen können entscheidend dazu beitragen, kürzere Aufenthalte im Maßregelvollzug und gleichzeitig eine stark verbesserte Sicherheit in der Nachsorge zu ermöglichen.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass ein verbesserter Transfer von Informationen und Know How gegenüber den Trägern und MitarbeiterInnen komplementärer Einrichtungen Vorbehalte bei der Betreuung von ehemaligen Maßregelpatienten abbauen helfen kann. Ermutigende diesbezügliche Erfahrungsberichte konnten von den Einrichtungen beigesteuert werden, die bereits über praktische Erfahrungen mit dieser Klientel verfügen.

Am Ende bestand Einigkeit über weitere Informationsbedarfe und -wünsche bei allen Beteiligten. Es gibt Hoffnung, dass die Region Hannover auch auf diesem Spezialgebiet eine Vorreiterrolle übernehmen kann und die hier begonnene Kommunikation nachhaltige Impulse für einen umfassenden weiteren Diskussionsprozess zur Wiedereingliederung ehemaliger Patienten des Maßregelvollzuges setzen konnte.

Anschrift der Verfasser:

Andreas Tänzer und Reinhold Maibaum
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
des Landeskrankenhauses Wunstorf
Südstr. 25
31515 Wunstorf

Tag der offenen Tür in Einrichtungen

„Der Steg“

von Edda Heimann

Im Rahmen der Psychiatrie-Woche haben wir vom 02. – 07.07.2007 mehrere Collagen zum Thema Psychiatrie, Krisendienst und Der Steg in der Stadtparkassen Barsinghausen aufgehängt.

Am Mittwoch, 04.07.2007 haben wir einen Tag der offenen Tür veranstaltet. Es kamen einige Kommunalpolitiker, interessierte Bürger und natürlich Mitglieder des Stegs.

Unsere Veranstaltung fand von 14:00 Uhr bis ca. 20:00 Uhr statt.
Wir hatten regen Zulauf.

Am Donnerstag, den 05.07.2007, haben wir einen ökumenischen Gottesdienst in der St.-Barbara-Kirche mit Pfarrer Müller und Pastor Feldkamp organisiert.

Der Steg hat dort ein Rollenspiel mit betroffenen Mitgliedern über psychiatrische Ängste und deren Überwindung aufgeführt. Die Geschichte dazu hat ein Mitglied des Stegs geschrieben und mit den Vorführenden einstudiert.

Leider war die Kirche nicht so gut besucht. Das war sehr schade.



Der Steg ist für viele Menschen die einzige Rettung

Selbsthilfegruppe informiert über ihre Arbeit

VON VÖLKER GERTEL

BARSINGHAUSEN. Für viele Menschen, die dem Halt in der Gesellschaft verloren haben, ist die Selbsthilfegruppe Der Steg oft die einzige Rettung: „Leute, die zu uns kommen, haben oft noch Schwelgenängste – doch sobald sie hier sind, fühlen sie sich leb und nett aufgefangen“, sagte Gruppenleiterin Margarete Morscheck gestern bei einem Tag der offenen Tür in Kontaktstelle, Altenhofstraße 17.

Die Selbsthilfegruppe Psychiatrierfahomer und ihrer Angehörigen – kurz Der Steg – nahm die Psychiatrische Woche in der Region gestern zum Anlass, um zu informieren: „Montags bieten wir jetzt sogar gemeinschaftliches Kochen und Essen an – ein Gruppentreffen, das sehr gut angenommen wird“, sagte Morscheck. Im t

äglichen Wechsel gebe es viele Gruppenangebote: „Noch wichtiger als manches Thema wie Basteln und Stricken ist, dass die Leute reden können, dass sie sich familiär aufgehoben fühlen und nicht verunsichern“, erläuterte Morscheck.

Immer wieder gelinge es, Menschen in die Selbstständigkeit zurückzuführen: „So etwas geht ans Herz“, sagte Morscheck. Die Stärke des Stegs, der mit 121 Mitgliedern die größte Selbsthilfegruppe in der Region ist, sei ständige Erreichbarkeit, sagte Vorsitzende Edda Heimann. Sogar nachts und am Wochenende gebe es immer Ansprechpartner. Die Kontaktstelle ist unter Telefon (051 05) 51 50 52 zu erreichen. Bei einem ökumenischen Gottesdienst in der katholischen St.-Barbara-Kirche führen Mitglieder des Stegs heute ein Rollenspiel auf. Beginn ist um 19 Uhr.

Die Selbsthilfegruppe Der Steg ist auf Spenden angewiesen (von links): Margarete Morscheck, Ilse Saile, Edda Heimann und Max Matthiesen. Gertel

Deister Leine Zeitung

Anschrift der Verfasserin:
Edda Heimann
Der Steg
Altenhofstr. 17
30890 Barsinghausen

Wir machen draußen Sport

von Vera Koch

In der Arbeitsgruppe der Dr. med. E. A. Wilkening Pflegeheime zur Vorbereitung der Psychiatrie-Woche wurde schnell klar, dass wir eine Aktivität anbieten wollten, die außerhalb der Wolfstraße 36 stattfinden sollte.

Daher beteiligten wir uns auch mit einem Angebot für „draußen“, dem Außensport mit Gemeindegliedern und Anderen in der Borriestraße. Bei einem kleinen Boccia- beziehungsweise Gartenbowlingwettkampf wollten BewohnerInnen und MitarbeiterInnen der Dr. Wilkening Pflegeheime, sowie die Gemeinmediakonin Katrin Eckhoff und Jugendliche der Timotheusgemeinde miteinander ins Gespräch kommen. Weitere Mitstreiter für unseren „Draußensport“ waren herzlich willkommen.

Mit viel Spaß wetteiferten am 04.07.2007 die alten und jungen TeilnehmerInnen mit einander. Mitmachen wollten auch die Damen, die zum Kaffeetrinken im Gemeindehaus waren. Leider wurde dies durch den plötzlich einsetzenden Regen verhindert. Der guten Laune hat dies aber nicht geschadet, die Begegnung wurde kurzerhand in das Gemeindehaus verlegt, wo mehrere kleine Wettkämpfe am „Krökeltisch“ ausgetragen wurden.

Unser kleines Bewohnerkino zeigte in dieser Woche vom 02. bis 06. Juli 2007 Filme aus dem Bereich der Psychiatrie. Zum Beispiel: „Aviator“, „Elling“, und „A Beautiful Mind“. Die Vorstellungen liefen jeweils nachmittags um 16.00 Uhr und abends um 20.00 Uhr. Auf Grund der Ankündigungen im Rahmen der Psychiatrie-Woche sind nur wenige Gäste ins Haus gekommen. Die Abendvorstellungen wurden eher angenommen. Zwischen 2 bis 5 BesucherInnen pro Filmvorführung haben sich gemeinsam mit den BewohnernInnen die Filme angesehen.

Der Tag der offenen Tür stand bei uns unter dem Motto „Garten-Kunst“. Farbenfroh ging es dabei im Garten in der Wolfstraße 36 zu. Unter leuchtend bunten Sonnenschirmen und zwischen bunten Sitzgruppen fanden Begegnungen mit der Kunst statt. Verteilt in der wunderschönen Gartenanlage warteten unter anderem die „Roten Hirsche“ von Moritz Götze, einem freischaffenden Maler aus Halle, und die „Frauen De Formation“ von Tina Schwichtenberg, einer Berliner Künstlerin, auf ihre Bewunderer. Diverse andere sehenswerte Arbeiten, auch von Künstlern aus den Pflegeheimen, ergänzten die Ausstellung. Eine Mitmach-Künstlerecke regte zu eigenem künstlerischen Tun an. Schöne bunte Stühle entstanden an diesem Nachmittag. Die BewohnerInnen genossen ihr kleines Sommerfest mit an „Garten-Kunst“ interessierten Gästen.

Anschrift der Verfasserin:

Vera Koch
Pflegeheime Dr. med. E.- A. Wilkening
Wolfstr. 36
30519 Hannover

DONNERSTAG, 5. JULI

Bevölkerungsbefragung durch Studenten der Evangelischen Fachhochschule Hannover im Rahmen der Psychiatriewoche

08.30 – 10.00 Uhr

Hannover, Hildesheimer Str. 20, Haus der Region, Raum 602
Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG): Öffentliche Sitzung
„Geschichte, Gegenwart und Zukunft der Arbeit des AKG“
Uwe Blanke, Sprecher des Arbeitskreises

10.30 – 12.00 Uhr

Hannover, Industrie Club Hannover e. V., Schiffgraben 36
Podiumsdiskussion: „Arbeit für psychisch Kranke!“
Mit Thomas Heidorn, Jobcenter Region Hannover,
Betriebsrat VW Hannover, Annette Theißing, beta-REHA und
Christian Harig, Verein Psychiatrie-Erfahrener
Regionaler Fachbeirat Psychiatrie und Fachgruppe Arbeit
und Rehabilitation

14.00 – 17.00 Uhr

Tag der offenen Tür in Einrichtungen

1. Hannover, Wolfstr. 36: Dr. Wilkening Pflegeheime, „Garten-Kunst“
2. Hannover, Goethestr.23 :Tagesstätte Balance,
„Fingerfood und alkoholfreie Cocktails“
3. Garbsen/Berenbostel, Dorfstr. 29: Tagesstätte Balance, „Sommerfest“
4. Hannover, Empelder Str. 96: Tagesstätte Balance
„Sommertraum mit alkoholfreiem Cocktail und Gegrilltem“
5. Hannover Carl-Neuberg-Str. 1, Abteilung Klinische Psychiatrie
und Psychotherapie der MHH, Informationsnachmittag zum
Thema „Demenz/Gerontopsychiatrie“
6. Wunstorf, Südstr. 1, Landeskrankenhaus:
„Aktionen auf verschiedenen Stationen“

14.00 – 16.00 Uhr

Hannover, Volgersweg 1, Amtsgericht Hannover
„Sozialticket als Beitrag zur Entkriminalisierung psychisch
kranker Wohnungsloser“ Diskussion mit Vertreter/innen der Justiz,
Verkehrsbetriebe und befürwortenden Initiativen aus Hannover
und Berlin Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit

16.00 – 18.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr. 36,
Hannover, Filmtitel: „A Beautiful Mind“

18.00 – 19.30 Uhr

Barsinghausen, Kirchdorfer Str. 2
Kirche St. Barbara „Ökumenischer Gottesdienst“
ev. u. kath. Kirchengemeinde, der Steg e.V.

18.00 – 20.00 Uhr

Hannover, Voltmerstr.40, Kulturtreff Hainholz
Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) und Arbeitsgemeinschaft
Angehöriger psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB)
stellen sich an einem ungewöhnlichen Ort vor

20.00 – 22.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr. 36,
Filmtitel: „Allein“

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover

Entstehung, Entwicklung, Perspektiven

von Uwe Blanke

Ausgangspunkt: Die Psychiatrie-Enquête

Anlass für die erste Psychiatrie-Woche in der Region Hannover ist das 10-jährige Bestehen des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SPV) in der Region. Der SPV ist in der Region eng verbunden mit dem Entstehen und der Entwicklung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG), der seine Wurzeln wiederum in der Modellphase der Psychiatriereform in den 70er Jahren hat.

Der „Bericht zur Lage der Psychiatrie“ an den Deutschen Bundestag beschrieb die Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik 1975 als „elend und menschenunwürdig“(1). Das Thema wurde auf höchster politischer Ebene wahr- und ernstgenommen. Kernforderungen der Enquête-Kommission waren u. a.:

- Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen
- Gemeindenahe Versorgung
- Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser
- Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte
- Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie
- Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Modellverbund der Bundesregierung und Gemeindepsychiatriegespräch in Hannover

Der politische Entscheidungsprozess führte zur Förderung von Modellverbänden zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen. Als „Projekt: Hannover“ wurde der Modellverbund „Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt“ aufgebaut. Die Erfahrungen aus diesem Projekt wurden 1983 in der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit veröffentlicht (2) und das „Gemeindepsychiatriegespräch“ als Beispiel gelungener Koordination im Rahmen „indirekt patientenbezogener Tätigkeiten“ besonders hervorgehoben:

- Das Gemeindepsychiatriegespräch tagte einmal im Monat
- Die Einladung erging an:
 - die 4 Psychiatrischen Kliniken im Raum Hannover
 - das Gesundheitsamt/die 5 Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen
 - die Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige
 - das Drogenberatungszentrum
 - das Landessozialamt
 - den Gesundheitsausschuss der Stadt Hannover
 - und ggfs. Gäste zu bestimmten Themen
- Die Federführung lag beim Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie der MHH

- Die Aufgaben des Gemeindepsychiatriegesprächs waren:
 - Definition und Abgrenzung der Arbeitsbereiche
 - Festlegung der Sektorgrenzen, d.h. der Einzugsbereich der Psychiatrischen Kliniken
 - Diskussion sektorübergreifender Versorgungskonzeptionen
 - Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen
 - Versuch auf die politische Entscheidungsbildung Einfluss zu nehmen
 - Anstoß zur Bildung von Arbeitsgruppen

Nächster Meilenstein waren die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich vom 11. November 1988 (3). Im Kapitel C.5. wird der Gemeindepsychiatrische Verbund als Fundament allgemeinpsychiatrischer Versorgung definiert. Empfohlen wurde:

- Der Aufbau eines Verbundes funktionsgerechter Einrichtungen Raum der jeweiligen Gebietskörperschaft mit
 - aufsuchend ambulanten Diensten
 - Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion
 - und Tagesstätten
- Die Weiterentwicklung bestehender Angebote
- Die Einrichtung von entsprechenden neuen Angeboten
- Die Einrichtung einer Koordinationsstelle in der jeweiligen Gebietskörperschaft

Die daraus entstandene bundesweite Diskussion wurde 1990 im Rahmen einer Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE dokumentiert (4).

Auf dem Weg vom Freizeitheim ins Neue Rathaus: Psychiatrie und Politik

Bis Ende 1992 tagte das Gemeindepsychiatriegespräch unter dem neuen Namen „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ im Freizeitheim Lister Turm. Ab Januar 1993 fanden die Sitzungen im Gobelinsaal des Neuen Rathauses der Landeshauptstadt Hannover statt. Die Psychiatrie war nun auch in Hannover symbolisch im politischen Raum angekommen.

Ebenfalls 1993 wurden die Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen veröffentlicht (5). Das Konzept „Sozialpsychiatrischer Verbund“ sollte demnach in einem 3-Phasen-Modell auf Landesebene, auf Bezirksebene, auf kommunaler Ebene, auf der Ebene der Freien Träger und auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung flächendeckend umgesetzt werden.

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Verbund

Folgerichtig diskutierte der AKG am 24.05.1994 Überlegungen zur künftigen Struktur und Leitung der eigenen Arbeit. Der AKG betonte auf diesem Hintergrund das in den davor liegenden 20 Jahren gewachsene Selbstverständnis:

„...Die Tendenz geht eindeutig dahin, dass ein Weiterbestehen des Arbeitskreises als ein offenes Diskussionsforum gewünscht wird, in welchem Informationsaustausch, persönlicher Kontakt, die Möglichkeit Ideen in einem frühen Stadium vorzutragen und auszutauschen, das frühe Erkennen von Entwicklungen und Defiziten, dann aber auch das Kennenlernen der sozial-

psychiatrischen Perspektive psychiatrischen Tuns durch neue Teilnehmer von besonderem Wert sind.... Eine Tendenz zu stärkerer Strukturierung und höherer administrativer bzw. politischer Verbindlichkeit des Arbeitskreises ergibt sich aus den Diskussionsbeiträgen nicht.“

(Protokoll vom 02.06.1994)

Als weiterer politischer Meilenstein ist die Weiterentwicklung des zweiten Teils des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke im Jahr 1997 zu nennen.

Nds.PsychKG vom 30. Mai 1978	NpsychKG vom 16. Juni 1997
Zweiter Teil Hilfen	Zweiter Teil Hilfen
§ 3 Zweck und Art der Hilfen	§ 4 Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften
§ 4 Träger der Hilfen, Zusammenarbeit	§ 5 Verpflichtung zu Hilfen
§ 5 Mitteilung von Feststellungen	§ 6 Zweck und Art der Hilfen
	§ 7 Sozialpsychiatrischer Dienst
	§ 8 Sozialpsychiatrischer Verbund
	§ 9 Sozialpsychiatrischer Plan
	§ 10 Zusammenarbeit, Übertragung von Aufgaben
	§ 11 Mitteilung von Feststellungen, Behandlungsermächtigung

In § 6 NpsychKG wird das Postulat der Gemeindenähe und in § 8 werden die Rahmenbedingungen für die neu zu schaffenden SPV definiert.

§ 6 Abs. 7 - Die Hilfen sind gemeindenah zu leisten, so dass die betroffene Person soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben darauf hinzuwirken, dass Einrichtungen... in Anspruch genommen werden können.

§ 8 (Sozialpsychiatrischer Verbund) Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. Im Sozialpsychiatrischen Verbund sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 Abs. 1 vertreten sein. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt dessen laufende Geschäfte.

Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen, um die Versorgung nach Maßgabe des § 6 Abs. 7 sicherzustellen. Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber zu informieren.

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie wird ein Gremium des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Am 15.07.1997 schlug der damalige Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie dessen Umbenennung in „Sozialpsychiatrischer Verbund“ vor. Das Gremium hat sich bis heute entschlossen bei seinem traditionellen Namen zu bleiben. Gleichwohl bildete der AKG am 04.12.1997 den Rahmen für die Gründungsversammlung des SPV in der Landeshauptstadt Hannover und wurde in der Folge ein Gremium des nun entstandenen komplexeren SPV. Die Teilnehmerliste der Gründungsversammlung des SPV wurde von 25 Personen die 20 Einrichtungen vertraten, unterschrieben.

Die Landeshauptstadt Hannover und der Landkreis Hannover nahmen im SPV bereits ab dem 21.07.1998 die Zusammenführung zur Region Hannover vorweg und bildeten einen gemeinsamen Verbund, der sich inzwischen in der folgenden Struktur etabliert hat.

- Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)
- Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)
- Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)
- Fachgruppen (FG)

Die politische Entwicklung fand wiederum im Wechsel des Tagungsortes seinen Niederschlag. Ab dem 03.01.2002 tagte der AKG im Gebäude der Region in der Arnswaldtstraße. Im landesweiten Vergleich zeigt sich, dass die Ausgestaltung der SPV eine große Heterogenität in Bezug auf Qualität und Quantität der Arbeit aufweist. Dem versucht der Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen mit Empfehlungen für die Arbeit im SPV (z.B. 20.09.2002) entgegenzuwirken, um vergleichbare Standards zu schaffen.

Der AKG als Delegiertenversammlung der Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen in der Region Hannover

Seit der Einführung des Gemeindepsychiatriegesprächs vor mehr als 30 Jahren hat sich ein eindrucksvoller Wandel in der Teilnehmerstruktur des AKG vollzogen. In der Gründungsphase gingen die Initiative und die Themenvorgaben im wesentlichen von den Psychiatrischen Kliniken aus. Politische Weichenstellungen wurden vorbereitet und zum Teil erfolgreich realisiert. Heute stellen die Kliniken zahlenmäßig nur noch einen kleinen Teil der vertretenen Einrichtungen im Verbund. Im Januar 2007 wies die Liste der Einrichtungen und Angebotsformen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover (6) ca. 60 Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen, mit 27 verschiedenen Angebotsformen und ca. 200 Angeboten auf. Die Teilnehmerliste des AKG spiegelt dies mit 81 Stimmberechtigten, 18 Nichtstimmberechtigten und 21 Gästen mit beratender Stimme, d.h. mit insgesamt 120 Mitgliedern wieder.

Zu den nach wie vor relevanten Themen aus der Gründungszeit zeigen sich in den letzten 10 Jahren im AKG folgende neu hinzugekommene Themenhorizonte:

- Dokumentation und Sozialpsychiatrischer Plan
- Information zu aktuellen Entwicklungen – Neue Gesetzeslagen etc.
- Qualitätsdiskussion (z.B. Betreutes Wohnen, Psychiatrische Kliniken)
- Vorstellung neuer Anbieter/neuer Angebote

Perspektiven

Faktisch nehmen an den Sitzungen des AKG je nach verhandelter Themenstellung im Durchschnitt ca. 40 Personen teil. Diese hohe Konstanz spricht für eine Weiterführung im bisherigen Rahmen als einem Gremium des offenen, wenig normierten fachlichen Austausches im gegenseitigen Respekt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Uwe Blanke
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Klinische Psychiatrie und
Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Podiumsdiskussion „Arbeit für psychisch Kranke!“

Einführung

von Thorsten Sueße

Als gemeinsame Veranstaltung des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie und der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ fand am 5. Juli 2007 in den Räumlichkeiten des Industrie Clubs Hannover zu dem o. g. Thema eine gut besuchte Podiumsdiskussion statt.

Teilnehmer auf dem Podium waren:

- Herr Christian Harig, Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover und Mitglied des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie
- Frau Annette Theißing, Leiterin „beta-REHA“ und Sprecherin der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“
- Herr Peter Waldburg, stellvertretender Geschäftsführer der JobCenter Region Hannover
- Herr Christian Gawlik, Vorsitzender Gesamtpersonalrat Region Hannover

Moderation:

- Herr Dr. Thorsten Sueße, Leiter Team Gemeindepsychiatrie Region Hannover und Mitglied des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie

In den Statements der Podiumsteilnehmer (die teilweise auf den nächsten Seiten nachzulesen sind) und der anschließenden Diskussion mit dem Auditorium ging es unter anderem um

- die zentrale selbstwertstabilisierende Rolle von Arbeit
- Wege zur Entstigmatisierung durch fundierte Informationen über psychische Erkrankungen für (potentielle) Arbeitgeber
- Verbesserung der Akzeptanz psychisch kranker Arbeitnehmer im Kollegenkreis
- spezielle Ansprechpartner in JobCentern für psychisch Kranke (Spezialistensprechstunden)

- Erfassung der Bedarfslage psychisch kranker Arbeitssuchender
- frühe Einbindung psychisch erkrankter junger Menschen in arbeitsfördernde Maßnahmen
- individuell gestufte Arbeitszeiten
- Bedarf Psychiatrie-Erfahrener an Psychoedukation für situatives Verhalten im Erwerbsleben

Auf dem sog. „Markt der Möglichkeiten“ im Foyer des Tagungsraumes waren folgende Anbieter von Leistungen zur Rehabilitation psychisch Kranker mit Informationsständen vertreten:

Berufsbildungswerk Arbeit und Leben GmbH Annastift e.V.	Wülfelerstr. 60 30539 Hannover-Bemerode Tel.: 0511/8603-0
beta-REHA	Annette Theißing Calenbergerstr. 34 30169 Hannover Tel.: 0511/349250 Fax: 0511/3492524 E-Mail: theissing@beta89.de Internet: www.beta89.de
beta-Zuverdienst	Michael Sandau Rohdehof 3 30853 Langenhagen Tel.: 0511/7300530 oder 7300537
Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft gemeinnützige GmbH	Sabine Schwass Leiterin des Bildungszentrums REHA Verden-Nienburg-Hannover-Celle-Hameln-Göttingen Höfestr. 19-21 30163 Hannover Tel.: 0511/96167-96 Mobil: 0176/10099179 Fax.: 0511/96167-70 E-Mail: sabine.schwass@bnw.de Internet: www.bnw.de
Ergotherapeutische Ambulanz	Klinikum Region Hannover GmbH Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Giesela Wille Rohdehof 3 30853 Langenhagen Tel.: 0511/7300552 Fax: 0511/7300549 E-Mail: giesela.wille@krh.eu
EX + JOB Soziale Dienstleistungen e.V.	Gerhard Häberle Leiter der Rehabilitationsabteilung Tel.: 05031/95530 (Zentrale) Fax: 05031 955310 E-Mail: gerhard.haeberle@exundjob.de Internet: www.exundjob.de

Hannoversche Werkstätten gem. GmbH	Martin Brinkmann Lathusenstr. 20 30625 Hannover Tel.: 0511/5305-400 E-Mail: martin.brinkmann@hw-hannover.de
Integrationsfachdienst Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V.	J. Kusterer Tel.: 0511/21978-139 und -282 Fax: 0511/21978-150 E-Mail: joerg.kusterer@awo-hannover.de und ifd@awo-hannover.de Internet: www.awo-hannover.de
LVA Hannover/Auskunfts- und Beratungsstelle Laatzen	Martin Lieber Tel.: 0511/8291035 E-Mail: martin.lieber@drv-bsh.de Karsten Göhring Tel.: 0511/8291016 E-Mail: karsten.göhring@drv-bsh.de
Praxis für Ergotherapie Dipl.-Päd. Ingeborg Vonholt	Arnswaldtstr. 31 30159 Hannover Tel.: 0511/306340 Fax: 0511/306381 E-Mail: ergo-vonholt@ergo-vonholt.de Internet: www.ergo-vonholt.de
Z.A.R.T. - Praxis für Ergotherapie GmbH	Alemannstr. 17 30165 Hannover Tel.: 0511/3881193 Fax: 0511/38811959 Email: dialog@zart-hannover.de Ansprechpartner: Ingo Onasch-Gehrmann Tel.: 0511/3881193 Fax: 0511/38811959 E-Mail: onasch-gehrmann@zart-hannover.de
Pestalozzi-Stiftung Werkstatt für behinderte Menschen	Martin Mahlau Pädagogischer Werkstattleiter Tel.: 05139/990-227 Fax: 05139/990-228 E-Mail: mmahlau@pestalozzi-stiftung.de

Die Angaben zu den obigen Ausstellern sind von Frau Theißing zusammengestellt worden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Thorsten Sueße
Region Hannover
Team Gemeindepsychiatrie
Weinstr. 2
30171 Hannover

3 Stellungnahmen:

1. Stellungnahme

von Annette Theißing

Persönliche Vorstellung als Leiterin beta-REHA und Sprecherin Fachgruppe Arbeit+Reha

Mein Beitrag hier als Sprecherin der Fachgruppe Arbeit+Reha.

Mein Anliegen: Rehabilitationsmöglichkeiten in den Vordergrund zu stellen.

Motto dieser Veranstaltung:

„Arbeit für psychisch Kranke!“

Arbeit und sinnvolle Beschäftigung sind im besonderen Maße wichtig für psychisch kranke Menschen. Sinnstiftend, strukturierend, ermöglicht gesellschaftliche Integration. Das ist richtig, das weiß man schon lange, das ist auch wissenschaftlich gut belegt. Jeder der länger ohne Beschäftigung war, kann das bestätigen.

Aber ich zäume das Pferd heute von der anderen Seite auf:

**Nicht nur Arbeit ist wichtig für die psychisch Kranken.
Psychiatrie ist wichtig für die Arbeitswelt!**

Was hat die Arbeitswelt davon, mit Psychiatrie in Verbindung zu treten?

- Psychische Erkrankungen verursachen Kosten
- Nicht oder zu spät behandelte psychische Erkrankungen verursachen noch mehr Kosten
- 10% der Fehltagel gehen heute auf psychische Erkrankungen zurück
- Anzahl der Krankheitsfälle im psychischen Bereich ist um 70% gestiegen
- Psychische Erkrankungen kommen in allen betrieblichen Hierarchieebenen vor
- Die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung zu leiden ist relativ hoch

Im krassen Gegensatz zu der weiten Verbreitung von psychischen Erkrankungen stehen nach wie vor die Vorbehalte und Unsicherheiten im Umgang mit psychischen Erkrankungen und die Ängste von Betroffenen, stigmatisiert zu werden, wenn ihre psychische Erkrankung bekannt wird.

Entstigmatisierung ist wichtig.

Information und Unterstützung von Betroffenen und von Betrieben ist wichtig.

Menschen mit psychischen Erkrankung bringen oft ein erhebliches Potential mit, oft sehr hohe Motivation, gute fachlichen Qualifikationen. Mitarbeit ist ein gesellschaftlicher Gewinn,

- wenn sie passend eingesetzt sind.
 - wenn Unterstützung für Betroffene und für Arbeitgeber und Kollegen gewährleistet ist
- Diese Unterstützung kann Psychiatrie für die Arbeitswelt bieten!

**Schnittstelle von Psychiatrie und Arbeitswelt bildet die Rehabilitation.
Diese Brückenfunktion von Rehabilitation soll in den Mittelpunkt.**

Wie wirken sich psychische Erkrankungen in der Arbeit aus?

Sehr, sehr unterschiedlich:

- Kleine Einschränkungen:
Konzentrationsstörungen, Unsicherheiten im kollegialen Umgang
- Große Einschränkungen:
Stressbelastbarkeit im Umgang mit Zeitdruck, Blockaden im Umgang mit Vorgesetzten oder Kollegen
- Phasen von Einschränkungen
Phasen von voller Leistungsfähigkeit und Einbrüchen können sich abwechseln
- Auch: Ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit
- Nicht immer realistisch in Selbsteinschätzung
Einschränkungen werden manchmal nicht realistisch gesehen.
Aber auch: eigene Fähigkeiten werden unterschätzt
Psychoedukation im Erwerbsleben gute Idee

Psychische Erkrankungen sollte man nicht über einen Kamm scheren!

Deswegen: Man braucht Vielfalt in Angeboten und individuelle Lösungen.

Hypothese:

In Hannover gibt es viel. Individuelle Lösungen wären vielfach möglich. Es ist teilweise vielleicht etwas unübersichtlich. Aber. Breitgefächerte Möglichkeiten. Verweis auf Markt der Möglichkeiten. Hier können Sie sich anschließend informieren.

Es gibt in Hannover:

- Unterstützung direkt vor Ort im Betrieb
bei Problemen am bestehenden Arbeitsplatz: zum Beispiel der Integrationsfachdienst, die ambulanten Ergotherapien, die Rehabilitationseinrichtungen RPK.
- Medizinische Rehabilitation
wenn Arbeitsfähigkeit wieder aufgebaut werden muss:
zum Beispiel ambulante Ergotherapie, RPK
- Integrationsmaßnahmen
wenn neuer Arbeitsplatz oder neue berufliche Orientierung notwendig ist
(zum Beispiel IBIS, BNW, BFW, IFD)
- Beschützte Ausbildungs- und Arbeitsplätze,
wenn es notwendig ist, die Arbeitsbedingungen im hohen Maß auf
Arbeitnehmer einzustellen (zum Beispiel die WfbMs, Zuverdienstbetriebe beta89,
BBW Annastift)

**Es ist viel möglich. Man muss es miteinander vernetzen und flexibel handhaben.
Schnittstellen sind für psychisch kranke Menschen besonders gefährlich.**

Was sind Problembereiche:

Hier drei Bereiche herausgreifen:

- Schnittstelle ALG II und Grundsicherung
Diese neue Schnittstelle hat neben positiven Aspekten viele Fallstricke, hier nur einer:
Rehabilitationsgedanke ist noch nicht ausreichend verankert in dem System Abgrenzung von ALG II und Grundsicherung
Gutachterliche Feststellung zur Erwerbsfähigkeit über oder unter 3 Std. reicht nicht. Rehaperspektive muss immer mitgedacht werden:

Wie kann Teilhabe an Gesellschaft und Arbeit wieder ermöglicht werden?

Wo kann Rehabilitation für den Betroffenen organisiert werden?

Diese Fragen sind auch im Bereich der Grundsicherung zu stellen. Positiv: Jobcenter beteiligen sich an Fachgruppe Arbeit + Reha im sozialpsychiatrischen Verbund. Jobcenter haben jetzt ausreichend Routine, um sich diesen Fragen stellen zu können

Verspätung in Rehaangeboten. Sowohl Betroffene als auch Kollegen halten zu lange aus. Rehabilitation kommt oft erst nach mehreren gescheiterten Arbeitsversuchen ins Spiel. Folge der Angst vor Stigmatisierung? Folge von zu hohen Hürden der Rehaangebote? Psychoedukation im Erwerbsleben einzuführen ist eine gute Idee von Herrn Harig. Hierüber Diskussion

Information muss noch mehr in Betriebe
manche Leistungsträger (KV, AfA) drängen vorschnell auf Rente statt Reha.

- Fehlende Arbeitsplätze bei gutem Rehabilitationsergebnis
Ca. ¼ beendet die berufliche Rehabilitation „fit“ und ohne direkte Vermittlung. Arbeitsverdichtung lässt viele klar strukturierte Arbeitsplätze wegfallen, die für die Integration psychisch Kranker wichtig wären. Auf der anderen Seite schafft die Arbeitsdichte oft eine enorme gesundheitliche Belastung für die, die im Erwerbsleben stehen und ein hohes Risiko, selbst psychisch zu erkranken.

Hier wird viel gesellschaftliches Potential verheizt.

Ich komme zum Schluss:

Ohne blauäugig zu sein: heute ist vieles möglich. Wichtig: Flexibilität ermöglichen. Vernetzung fördern. Schnittstellen abfedern über gute Kooperation. Trägerübergreifendes Denken fördern statt Abgrenzen und Kosten verschieben. Dies ist ein Ziel der Fachgruppe Arbeit+Reha. Diese Veranstaltung kann hierzu sicher beitragen.

Anschrift der Verfasserin:

Annette Theißing
beta-REHA-Nachsorge
Calenberger Str. 34
30169 Hannover

2. Stellungnahme

von Christian Harig

Psychiatrieerfahrene Menschen sind häufig vom 1. Arbeitsmarkt und erfolgreicher beruflicher Rehabilitation ausgeschlossen.

Einige Tatsachen sollen dies verdeutlichen:

- Nur etwa 10 % aller chronisch psychisch erkrankten Menschen sind auf dem 1. Arbeitsmarkt tätig.
- Die Ergebnisse beruflicher Rehabilitation psychiatriebetroffener Menschen sind ernüchternd. In den Jahren 1998 – 2000 wird nur jeder vierte Psychiatriebetroffene, der erfolgreich eine berufliche Rehabilitation absolviert hat, in den 1. Arbeitsmarkt eingegliedert.
- Erfahrungen zeigen, daß etliche Psychiatrie-Erfahrene nicht als rehabilitationsfähig gelten, obgleich ihr Wille dazu vorhanden ist.
- Die Abbrecherzahlen von Psychiatrie-Erfahrenen bei Maßnahmen beruflicher Rehabilitation sind beträchtlich.

Hintergrund dieser Fakten sind Barrieren, die in der Struktur von Arbeitsmarkt und Rehabilitation liegen und der Bewältigung psychischer Erkrankung häufig hinderlich sind. Auch wenn immer der einzelne Mensch Ausgangspunkt der Betrachtung sein sollte, so kann idealtypisch von drei Krankheitsverläufen ausgegangen werden:

- Eine psychische Krise, danach wieder normal belastbar
- Mehrere psychische Krisen, dazwischen normal belastbar
- Auch zwischen den Krisen Schwankungen in der Belastbarkeit

Die Belastbarkeit ist nicht selten reduziert. Streß wird des Öfteren so verarbeitet, daß als normal geltende Regeln insbesondere im Arbeitsleben verletzt werden und unter anderem soziale Ängste, Depressionen, Aggressionen und Wahnvorstellungen auftreten. Potentielle wie tatsächliche Ressourcen arbeitsbezogener Art werden dann häufig von den Psychiatrie-Erfahrenen nicht mehr als solche wahrgenommen, sowohl von den Betroffenen selbst als auch von der Umwelt.

Aus dem zuvor Gesagten folgt für Psychiatrie-Erfahrene auf dem Arbeitsmarkt, in der beruflichen Rehabilitation sowie auf dem Weg dorthin, dass personenzentrierte, betroffenengerechte Arbeitsplätze und Rehabilitationsmaßnahmen von Nöten sind. Dies bedeutet und erfordert:

- Flexible, auch stundenweise Arbeitszeiten zum Auffangen gesundheitlicher Schwankungen
- Absicherung von Arbeitsplätzen und Rehabilitationsmaßnahmen bei kurz- und langfristigen Krankheiten z.B. durch befristete Vertretungen/Leiharbeitnehmer
- Teilzeitrehabilitation und Teilzeitqualifikation durch modularisierte Umschulungen und Ausbildungen
- Teilzeitarbeitsplätze
- Zuverdienstarbeitsplätze
- Insbesondere junge Menschen müssen die Chance erhalten, trotz psychischer Erkrankung einen Beruf zu erlernen.

Viele Psychiatrie-Erfahrene benötigen in besonderer Weise Kontinuität, um krankheitsbezogene Schwankungen auffangen zu können. Wohnortnahe Arbeitsplätze und Rehabilitationsmaßnahmen sind erforderlich, um das soziale Umfeld zu erhalten. Arbeitsassistenzen und betriebliche Ansprechpartner in einer Hand können sie begleiten und als Lotse durch Arbeit und berufliche Rehabilitation führen über die einzelne Maßnahme hinaus. Berufsbegleitende Dienste müssen für jeden psychisch kranken Menschen tätig werden, auch für jene ohne Schwerbehindertenausweis, wie dies auch von der Aktion Psychisch Kranke gefordert wird. Sie hält das Insistieren auf einen derartigen Ausweis für kontraindiziert, wird dies doch von etlichen Betroffenen als zusätzlich stigmatisierend begriffen.

Eine besondere Aufgabe Berufsbegleitender Dienste läge in der Entwicklung arbeitsbezogener Einzelfall – wie gruppenbezogener Psychoedukation für Betroffene und Beratung in der Psychiatrie professionell Tätiger. Dies ist besonders wichtig, weil rehabilitative Hilfen bereits während einer Krise beginnen müssen, sollen sie erfolgreich sein. Ihnen soll ein Krankheitsmodell zugrunde liegen, das vom abweichenden Verhalten des Betroffenen ausgeht, dies ins Verhältnis zu seiner Umwelt setzt und die Dynamik zwischenmenschlicher Beziehungen in den Mittelpunkt der Hilfen rückt. Darüber können Arbeitsfähigkeit, Hilfe zur Selbsthilfe und die Entwicklung bisher ungenutzter Ressourcen gefördert werden.

So können Wegweisungen mit fataler Wirkung vermieden werden. Allzu oft werden psychiatrieerfahrene Menschen nicht für rehabilitationsfähig gehalten und ihre Wünsche als illusionär gebrandmarkt, die auf sich gestellt, erstaunliche Erfolge erzielen, das Ansehen in der Psychiatrie Tätiger aber nicht gerade steigern. In diesem Zusammenhang ist neben einer multiprofessionellen Orientierung der Hilfsangebote, insbesondere berufspädagogischer, ärztlicher und psychosozialer Art, die Schaffung einer nutzerorientierten Qualitätsentwicklung zu der bestehenden Anbieterkontrolle gemäß der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von besonderer Bedeutung.

Soweit möglich gilt der Grundsatz der Normalität, d.h. die Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt sowie die betriebliche Rehabilitation haben Vorrang. Im Betrieb sind Betroffene „ernsthaften“ Aufträgen und Arbeitsbedingungen ausgesetzt und können sich als „normale“ Kollegen in einem alltäglichen sozialen Umfeld fühlen. Werden die für psychisch kranke Menschen in besonderer Weise geltenden Barrieren personenzentriert berücksichtigt und nicht stigmatisierende Umgangsweisen in den Mittelpunkt gestellt, dürfte ihre Integration sowie ihr Verbleib auf dem 1. Arbeitsmarkt größer sein als durch unterschiedlichste Formen außerbetrieblicher Rehabilitation. Finanzielle und fachliche Anreize an Beschäftigungsbetriebe könnten den Erfolg noch steigern, u.a. auch die finanzielle Förderung von befristeten Aushilfen für den psychisch erkrankten Mitarbeiter.

Auch psychiatrieerfahrene Menschen benötigen stärkere Arbeitsanreize als bisher. Dies gilt auch für Empfänger von Grundsicherung, die hinzuverdienen wollen und darüber möglicherweise auf den 1. Arbeitsmarkt gelangen könnten. So würde Arbeit auch für Kreise von Menschen die Bedeutung gewinnen können, die sie in ihren vielfältigen Aspekten in unserer Gesellschaft ganz überwiegend noch hat. Isolation und Erkrankung durch Beschäftigungslosigkeit sowie perspektivloses Hopping in unterschiedlichen psychiatrischen Bereichen könnten abnehmen wie letztlich auch soziale Kosten.

Indem für psychisch kranke Menschen in besonderer Weise geltende Barrieren auf dem Arbeitsmarkt und in der Rehabilitation abgebaut werden, können ihre Ressourcen individuell wie gesellschaftlich genutzt werden. Bisher sind die Barrieren einer erfolgreichen Integration in Arbeitsmarkt und Rehabilitation für die überwältigende Mehrheit von ihnen unüberwindlich. Sie gilt es abzubauen, soll ihr faktischer Ausschluss aus der Arbeitswelt fallen und das Grundgesetz auch für sie gültig werden. In diesem Sinne kann ich der Leitfrage des ehemaligen Vorstandsvorsitzenden der Bundesagentur für Arbeit auf der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke in Berlin 2002 nur zustimmen: „Wie können wir noch besser werden, wie können psychisch kranke Menschen noch besser integriert werden?“

Anschrift des Verfassers:

Christian Harig
Verein Psychiatrie-Erfahrener
Rückertstr. 17
30169 Hannover

3. Stellungnahme

von Christian Gawlik

Für die Region Hannover gibt es z. Zt. keinen Auftrag oder eine Verpflichtung, psychisch kranke Menschen im Sinne einer Quotierung einzustellen. Im Moment ist auch nicht erkennbar, dass sich hieran etwas ändert.

NeueinsteigerInnen bzw. Neueinstellungen mit einem bekannten psychischen Krankheitsgrund bilden nicht zuletzt auch wegen der generell schwierigen Arbeitsmarktsituation die absolute Ausnahme im öffentlichen Dienst.

Die Erfahrungen beschränken sich daher im wesentlichen auf Problemstellungen bei bestehenden Arbeitsverhältnissen. Für die Personalvertretung stellt sich zur Zeit in erster Linie der Erhalt des Arbeitsplatzes als Herausforderung dar.

Unerlässlich hierbei ist die Zusammenarbeit und Vernetzung im innerbetrieblichen Bereich vor allem mit dem Gesamtvertrauensmann der schwerbehinderten Menschen und der Betriebssozialarbeit. Im externen Bereich sind in erster Linie das Integrationsamt, die LVA'en und andere Kostenträger zu nennen.

Eine erhebliche Bedeutung kommt der innerbetrieblichen Akzeptanz und Toleranz zu. Zur Zeit ist generell m. E. leider noch nicht das erforderliche allgemeine Wissen vorhanden, um den Menschen mit psychiatrischem Krankheitsbild die Möglichkeit zu geben, mit ihrer Situation auch im Arbeitsumfeld adäquat umzugehen. Wie bei nahezu allen Erkrankungen ist die Möglichkeit, frühzeitig ein Problem bzw. die Umstände ansprechen zu können, von elementarer Bedeutung für eine früh- und somit rechtzeitige Intervention – auf beiden Seiten. Insbesondere auch die sogenannten „Entscheider“ müssen viel mehr in die Lage versetzt werden, situationsangemessen und angstfrei sowohl zum Wohle der Person als auch des jeweiligen Arbeitsauftrages handeln zu können.

Die Verminderung der Verunsicherung der Vorgesetzten und/oder der einstellenden Personen zu verringern ist ein kleiner Beitrag, der mit Unterstützung der Personalvertretung geleistet werden kann. Hier gilt es u. a. die Entscheidungskompetenz entscheidend zu stärken und damit auch den Mut zu entwickeln, zur Zeit vielleicht noch nur schwer nachvollziehbare Entscheidungen zu treffen.

Alles, was dazu beiträgt, die Betroffenen zu stärken, und die Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern, ist besonders auch für die Personalvertretungen, eine große Herausforderung.

Anschrift des Verfassers:

Christian Gawlik
Gesamtpersonalrat der Region Hannover
Hildesheimer Str. 20
30169 Hannover

Tag der offenen Tür in verschiedenen Einrichtungen

Ambulant betreutes Wohnen (ABW)

von Sebastian Roeser

Am Mittwoch, den 04.07.2007 im Rahmen des Sommerfestes der Klinik Langenhagen von 15.00 – 18.00 Uhr haben sich sechs Anbieter (Balance, beta 89, HWA, AWO, Pro Casa und Heu-berg GmbH) von ABW-Maßnahmen zusammen an einem Stand präsentiert.

Vor Ort wurde Festbesuchern über einfache Fragebögen (z.B. „wie lange dauert eine Fachleistungsstunde?“; „was ist ABW überhaupt?“) das Angebot des ABW nähergebracht. Bei richtiger Beantwortung der Fragen wurden über ein Glücksrad kleine Preise vergeben.

Obwohl es zeitweise in Strömen regnete, wurde die Aktion als Erfolg gewertet, der in irgend-einer Form fortgesetzt werden wird.

Tagesstätte Balance Berenbostel

Im Rahmen der Psychiatrie-Woche entschied sich unser Team, Tagesstätte und Kontaktstelle Garbsen-Berenbostel / Balance e.V., am Tag der offenen Tür teilzunehmen und ein Sommerfest zu gestalten. Um auf unser Fest hinzuweisen, druckten und versendeten wir noch zahlreiche eigene Einladungen.

Wir dekorierten mit Blumen, Palmen und afrikanischen Tieren, um so – drinnen wie draußen – eine sommerliche Atmosphäre zu schaffen.

Es gab Kaffee, Kuchen und Gegrilltes. Angeboten wurde ein Krökelturnier und es bestand die Möglichkeit, Ergotherapieartikel zu erstellen.

Absolutes Highlight waren die Präsentationen der Klienten aus der Tagesstätte und Kontaktstelle. Sie zeigten Ausschnitte aus ihrer Teilnahme am Singen und Standardtanzen. Das Singen erfolgte mit so viel Esprit, Ausdruck und schauspielerischem Einsatz, dass später noch eine Zugabe erfolgte. Drei Paare zeigten ihr erlerntes Können beim Vortanzen von Discofox und Cha-Cha-Cha. Sie erhielten kräftigen Applaus und anerkennende Worte.

Besucht wurde das Sommerfest von ca. 60 Personen. Neben derzeitigen Teilnehmern auch viele Ehemalige, Angehörige, Klienten des betreuten Wohnens und eine große Gruppe vom Pari Café, der Kontakt- und Beratungsstelle in Nienburg.

Interessierte, die im Rahmen der Psychiatrie-Woche gekommen sind, haben wir unter den Besuchern nicht ausfindig machen können. Dies hat sicherlich u.a. daran gelegen, dass die Offenen-Tür-Angebote parallel stattgefunden haben.

Es war ein schwung- und stimmungsvoller Tag – dennoch!

Das Team aus der Tagesstätte Garbsen-Berenbostel
Dorfstr. 29, 30827 Garbsen

Tagesstätte Balance in Hannover-Badenstedt

Ein Sommertraum in der Psychiatrie-Woche

Der „Tag der offenen Tür“ in den verschiedenen (sozial-) psychiatrischen Einrichtungen kündigte sich dadurch an, dass nette Einladungen hin- und her- versendet wurden – viele allerdings für denselben Tag und dieselbe Uhrzeit (wie im Programm vorgesehen). Einrichtungsübergreifende Besuche waren dadurch eher nicht möglich.

Also konzentrierten wir uns auf unseren Stadtteil, legten Einladungen beim Bäcker, in Cafés und im Kulturzentrum aus. Außerdem haben wir natürlich unsere lieben Gäste vom Tanzcafé (findet ca. alle zwei Monate samstags statt) eingeladen, sowie die Ansässigen des Fuchswerkegeländes.

Wir bereiteten uns auf einen schönen Tag in unserer Tagesstätte vor, unabhängig davon, wieviel Gäste nun erscheinen würden. Unser Motto: Ein Sommertraum in der Balance mit Grillerei, alkoholfreier Bowle und der Möglichkeit, ein Balance-Diplom abzulegen (ein klitzekleiner Geschicklichkeitsparcour).

Und es wurde ein Sommertraum, denn die Sonne strahlte aus allen Knopflöchern, wir konnten unsere gerade fertig gestaltete Terrasse genießen, das Essen schmeckte und alle waren guter Dinge! Letztendlich hatten wir dann doch auch viele liebe Gäste (zum Glück ist auf unsere Tanzcafé-Stammgäste Verlass!). Auch Kollegen und Klienten des Betreuten Wohnens und einige

ehemalige Teilnehmer haben uns besucht. So war es zwar schade aber nicht so tragisch, dass die Resonanz aus dem Stadtteil eher gering war.

WIR hatten einen traumhaften Sommertag!

Tagesstätte Balance Badenstedt,
Empelder Str. 96, 30455 Hannover

Tagesstätte Balance Goethestraße

Im Vorfeld der Veranstaltung wurde die sehr unglückliche Terminvorgabe – alle offenen Tür Angebote zum selben Zeitpunkt – gerügt. Wir haben daher unsere Erwartungen bezüglich der Resonanz von Interessenten deutlich nach unten geschraubt.

An besonderen Angeboten haben wir uns für

- Alkoholfreie Cocktails
- Fingerfood
- Diverse Ergotherapeutische Angebote zum Mitmachen, z. B. Filzen

entschieden.

Entgegen unserer pessimistischen Grundannahme haben sich doch einige neue Gesichter, zusätzlich zu alten Bekannten, gezeigt. Generell lag das Interesse beim Angebot der Tagesstätte und Kontaktstelle. Frei nach dem Motto – was macht ihr da eigentlich –. Einige neue Besucher haben nach kurzer Zeit die Einrichtung wieder verlassen. Andere zeigten sich ausgesprochen neugierig und sehr interessiert.

Zum gelungenen Abschluss hat der Besuch einiger alter Bekannten und Freunde beigetragen, die den Anlass für einen Besuch genutzt haben, so dass Cocktails und Fingerfood auch noch dankbare Abnehmer gefunden haben.

Das Team der Tagesstätte Balance in Hannover Goethestraße,
Goethestr. 23, 30169 Hannover

Anschrift des Verfassers:

Sebastian Roeser
Balance Wohnen gGmbH
Hermann-Löns-Str. 2A
30827 Garbsen

Gerontopsychiatrie in der MHH

von Ute Hauser

Die Teilnehmer/innen wurden in der insgesamt zweistündigen Veranstaltung über die gerontopsychiatrische Versorgung innerhalb der Medizinischen Hochschule Hannover informiert und ihnen stationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt.

In einem zweiten Teil konnten sich die Teilnehmer/innen im Rahmen von Kurzvorträgen über die häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen (demenzielle Erkrankungen, depressive Erkrankungen und suizidale Krisen) informieren und hatten im Anschluss Gelegenheit, ihre Fragen von unseren Mitarbeitern beantworten zu lassen. Zudem erhielten die Teilnehmer Gelegenheit, sich über Testverfahren für demenzielle und depressive Erkrankungen zu informieren und sich selber testen zu lassen. Im Anschluss fand eine Klinikführung statt.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Ute Hauser
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf stellt sich vor

von Andreas Spengler

Der Tag der offenen Tür wurde bei schönem Sonnenschein zu einem bunten und belebten Sommerfest, das unter reger Beteiligung von Patientinnen und Patienten, aber auch viel Anteilnahme der Bevölkerung im Park des Landeskrankenhauses stattfand. Dieser war mit seiner Blumenpracht schön herausgeschmückt.

Frau Oberärztin Sabine Kirschnick-Tänzer eröffnete mit Pflegedirektor Dieter Salewski und dem Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Andreas Spengler den Nachmittag. Zum Programm gehörten Patientenchor unter Leitung von Frau Ute Ernst, ein Info-Punkt, offene Türen auf bestimmten Stationen und in der Physikalischen Therapie, der Alterssprechstunde der Institutsambulanz oder im Bildungszentrum Pflege. Unter Leitung von Albrecht von Blanckenburg präsentierten Patienten unter dem Titel „Eiszeit“ ihre offene Band, unter Kurt Engler schloss sich ein schöner Blues auf der Mundharmonika an.

Es gab einen von Herrn Jörg Werfelmann organisierten Sozialen Flohmarkt, ein Projekt „In Bewegung“ der Physikalischen Therapie (Herr Steffen Mohnike). Auf dem Gelände präsentierte sich aus der Gruppe Art Tremondo ein „Wildes Früchtchen“ (Brombeere: Stefanie Gaetjens). Heide Schaumann (Gesang) und Marcel Holtz (Gitarre) stellten die erste musikalische Kooperation Langenhagen und Wunstorf auf dem Gebiet Rock und Pop vor.

Weitere Musiker schlossen sich mit Rockballaden an (Martin Dittrich, Matthias Brenneke).

Unter Leitung von Jose Carmona konnten an Steinen Rosetten gemeißelt werden. Die Fun-Girls brachten unter Leitung von Sabine Solasse Kunststücke auf Einrad und Laufkugel, und zu guter Letzt zog Ninian Neues von der Internationalen Vereinigung der Zauberkünstler aus der Kiste. Für die Bewirtung war gut gesorgt, und das Fest hinterließ einen sehr lebendigen und frohen Eindruck. Die örtliche Presse reagierte wie gewohnt sehr freundlich. Im Rückblick ist allen Mitwirkenden sehr herzlich zu danken.

Leine-Zeitung

Neustadt-Wunstorf, 3.7.2007

Landeskrankenhaus öffnet seine Türen

Sozialpsychiatrische Woche: Am Donnerstag viele Aktionen

Wunstorf. In der Psychiatriewoche des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover bietet das Wunstorfer Landeskrankenhaus (LKH) am Donnerstag, 5. Juli, von 14 bis 17 Uhr einen Tag der offenen Tür an.

An einem Informationspunkt werden Fragen von Besuchern zur Arbeit des LKH und der Angehörigenarbeit beantwortet. Offene Türen gibt es in der Physikalischen Therapie, der Kunstwerkstatt, der Ambulanz der Gerontopsychiatrie und dem Bildungszentrum Pflege.

Das Open-Band-Projekt „Eiszeit“ mit Patienten der Musiktherapie ist ab 14.30 Uhr zu sehen. Blues, Rock und Pop wird von verschiedenen Künstlern angeboten. Die Fun-Girls aus Klein Heidorn zeigen ab 16 Uhr Kunststücke auf dem Einrad und der Laufkugel. Ab 16.30 Uhr wird Neues von der internationalen Vereinigung der Zauberkünstler präsentiert.

Das Landeskrankenhaus ist heute und morgen auch an Aktionen in Hannover beteiligt. ue



Bildrechte: Weitze, Leine-Zeitung

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Andreas Spengler
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf
Südstr. 25
31515 Wunstorf

Strafanzeige oder Sozialticket?

von Frank Mehnert

Auf der Veranstaltung "Sozialticket und Entkriminalisierung psychisch kranker Wohnungsloser" im Amtsgericht Hannover, 14.00 – 16.00 Uhr, Raum 3014, waren sich alle Anwesenden - trotz unterschiedlicher Blickwinkel – einig, dass das Sozialticket notwendig ist, um die Mobilität, ein Grundrecht Armer und Kranker zu erhalten!

Dem stimmten Udo Ivanek (Pressesprecher der Üstra), Frank Steeger (Arbeitslosenzentrum Berlin), Richter Dr. Michael Siebrecht (Pressesprecher des Amtsgerichts Hannover), Uwe Reichert-Boers und Frank Mehnert (Sprecher der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“), Gerda Eckard, Kirchlicher Dienst der Arbeitswelt, Andreas Sonnenberg (Vertreter der Wohnungsloseneinrichtungen in Hannover) und alle anwesenden Zuhörer der Veranstaltung zu.

2500 Wohnungslose leben laut ZBS (Herr Schöne) in Hannover. Viele erhalten nur ein Taschengeld in Höhe von 92.40 €, und leiden aufgrund des Straßenlebens, den Seelentröstern (Alkohol/Drogen) an einer Anhäufung von Krankheiten, die medizinisch versorgt werden müssen und häufig tägliche Fahrten (Ergotherapie/Methadon) erfordern, die sich viele nicht leisten können, so dass Krankheiten verschleppt oder gar nicht behandelt werden, mit harten Konsequenzen. Die Finanzierung der Krankenkassen wurde aufgehoben – eine Milchmädchenrechnung, denn in wenigen Jahren werden die Krankenkassen, die Folgekosten tragen müssen, die durch Prävention wesentlich geringer ausgefallen wären.

Wie in der Politik, werden Ausgaben nicht langfristig bemessen, sonst wären die angeblichen Ersparnisse betriebswirtschaftlich in 5, 10 oder 15 Jahren unsinnige Kosten, denn nicht Krankheit soll finanziert werden, sondern die kostensenkende Gesundheit oder die Verhinderung der Verschlechterung.

Anderen fällt es aus Armut immer schwerer an der lebensnotwendigen Mobilität teilzunehmen. Ein Grundrecht für alle, das uns Freiheit garantiert oder die freie Wahl der Schule, des Arztes und vieles mehr! Von 1992 bis 2006 stieg der Anteil verurteilter „Schwarzfahrer“ um 500 %. Besonders nach Einführung von Hartz IV verdoppelte sich die Verurteilungen potenziert in nur 3 Jahren. Zufälle sind dies nicht, sondern Ergebnisse verfehlter Sozialpolitik, die das eigene Versagen nicht eingestehen kann!

Unter Jugendlichen verzweifelte sich das strafbare Delikt!

Kein Wunder, wenn man bedenkt, das immer mehr Kinder in den Armutsbereich gedrängt werden. Armut und Kinder sind mittlerweile Geschwister, die trotz aller Erklärungen die Armut in vielen Familien sichtbar machen, die auch äußerlich immer sichtbarer wird anhand schiefer Zähne, unterlassener Zahnbehandlungen oder der Teilnahme an Schulsuppenküchen, damit wenigstens die Grundernährung gesunden Maßstäben genügen kann.

Auch dicke Kinder sind überproportional Kinder die arm sind und sich durch Essen befriedigen. Die Bewegungsarmut ist nur eine weitere Komponente, die durch zu hohe Fahrtkosten massiv eingeschränkt wird – bis zur Einschränkung der Schulwahl, weil Fahrtkosten für viele nicht mehr finanzierbar sind. Also vergrößert sich der Kreis der Menschen von Monat zu Monat, der sich keinerlei Fahrkarten leisten kann!

Damit das Grundrecht der Mobilität erhalten bleibt, wurden u. a. in Berlin und Braunschweig Sozialtickets eingeführt, die in beiden Städten unerwartet – die Presse schreibt lieber über Paris Hilton als dass sie Lösungen diskutiert – rege angenommen werden.

In Berlin wurden 130 000 Sozialtickets erworben! Also wird es weniger Schwarzfahrer geben, weniger unnötige Verwaltungsakte wegen Mahnungen und Gerichtsverhandlungen! D.h. es wird weniger Prozesse gegen Schwarzfahrer geben, Verwaltungsapparate sparen für Erfassungen und Mahnungen Geld ein und Richter können sich auf die notorischen Schwarzfahrer konzentrieren, die das Schwarzfahren als ein Art Sport ansehen und damit die Gemeinschaft der Kartenbenutzer schädigen und ebenso das Personal der Öffis, weil die Einnahmen für Vergünstigungen und notwendige Lohnerhöhungen fehlen.

Anschrift des Verfassers:

Frank Mehnert
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Institutsambulanz II
Königstr. 6
30175 Hannover

Bericht zum ökumenischen Gottesdienst in Barsinghausen

von Sabine Krumpholz



Der Gottesdienst wurde in der katholischen St. Barbara Kirche in Barsinghausen gefeiert. Es handelt sich um eine der äußerst selten anzutreffenden Rundkirchen – der Altar befindet sich in der Mitte der Kirche.

Wir bereiteten den Gottesdienst in mehreren Treffen zusammen mit Pfarrer Müller und Pastor Feldkamp und Mitgliedern des Vereins „Der Steg – Selbsthilfegruppe Psychiatrieerfahrener und ihrer Angehörigen in Barsinghausen e. V.“ vor.

Herzstück des Gottesdienstes war ein von Mitgliedern des „Stegs“ frei erarbeitetes und dargestelltes Theaterstück, welches sich sehr anschaulich auf Nöte und Möglichkeiten von seelisch kranken Menschen im Alltagsleben bezog. Nach Lesungen, Liedern und einer Predigt hatten die Gottesdienstbesucher Gelegenheit, sich im Rahmen einer Kerzenmeditation einzeln zu artikulieren und zum Schluss den Einzelsegen durch Pastor Feldkamp und Pfarrer Müller zu empfangen.

Anschrift der Verfasserin:

Sabine Krumpholz
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg/Empelde
Hansastr. 38
30952 Ronnenberg

Der Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) und die Arbeitsgemeinschaft Angehöriger psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) stellen sich an einem ungewöhnlichen Ort vor

von Christian Harig

Ort der Veranstaltung war der Kulturtreff Hainholz, da er symbolhaft für das Streben Psychiatrie-Erfahrener nach Integration in die Gemeinde steht und hier Discos und Jahreshauptversammlungen des VPE stattfinden. Erschienen waren ca. 20 Menschen, nur wenige von ihnen aus dem Bereich der in der Psychiatrie professionell Tätigen.

Im Mittelpunkt der Selbstdarstellung des VPE standen weniger seine Aktivitäten in seiner Kontaktstelle, sondern vielmehr seine Bemühungen, sich in die Gesellschaft zu integrieren. In diesem Zusammenhang waren auch eingeladen die KooperationspartnerInnen außerhalb des psychiatrischen Bereichs: Die Bezirksbürgermeisterin Hannover-Mitte, der Behindertenbeauftragte und die Behindertenorganisation der SPD „Selbst aktiv“, die entschuldigt fehlten. Erschienen waren Vertreter des Kulturtreffs Hainholz, von Kibis, der Evangelische Erwachsenenbildung und der Bürgerinitiative „Gartenhaus“, die von gemeinsamen Aktivitäten berichteten.

Die Vertreterin des Kulturtreffs Hainholz hob neben den bereits genannten Veranstaltungen hervor, dass sich einzelne aktive des VPE's am Geschehen im Kulturtreff beteiligten und stellte das Programm des Treffs dar. Im Vortrag von Kibis stand im Vordergrund, dass VPE und AANB sich seit Jahren am Selbsthilfetag beteiligen und auch mit eigenen Veranstaltungen am Jubiläum von Kibis teilgenommen haben. Seit 6 Jahren besteht die Kooperation zwischen dem VPE und der Evangelischen Erwachsenenbildung. Themen sind:

- Arbeitswünsche und Arbeitswirklichkeit – Möglichkeiten und Grenzen eigenen Handelns
- Was ist (schon) normal?
- Hauptsache gesund? Krank sein gehört zum Leben
- Gesundheitsförderung und christliche Ethik
- Freiwilliges, ehrenamtliches Engagement in Selbsthilfegruppen
- Der kleine Unterschied und seine Folgen... – Folgen für die eigene Lebensgestaltung und das Miteinander von Frauen und Männern

Am längsten ist die Zusammenarbeit zwischen dem VPE und dem Gartenhaus. Hier kam es bereits zu etlichen gemeinsamen geselligen Veranstaltungen. Inzwischen sind einzelne Mitglieder des VPE sowohl im VPE als auch im Gartenhaus aktiv. Die Vertreterin der AANB sprach kurz die beratende Tätigkeit insbesondere im Umgang mit ihren psychisch kranken Angehörigen an.

Anschrift des Verfassers:

Christian Harig
Verein Psychiatrie-Erfahrener
Rückertstr. 17
30169 Hannover

FREITAG, 6. JULI

09.30 – 13.30 Uhr

Langenhagen, Rohdehof 3/Walsroder Straße
Festhalle Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KfPP)

Veranstaltung:

„Psychiatrie regional – Verantwortung durch Gemeinsinn“

- Erwin Jordan, Sozialdezernent Region Hannover
„Begrüßung und Einleitung“
- Prof. Dr. Gunter Kruse, KfPP Langenhagen
„(Wo) Steht die Hannoversche Sozialpsychiatrie???“
- Dr. Thorsten Sueße, Team Gemeindepsychiatrie Region Hannover
„Neue Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover“

10.45 Uhr - 11.45 Uhr Pause mit Kaffee und Kuchen

- Prof. Dr. Michael Eink, Ev. Fachhochschule Hannover
„Des Bürgers Meinung“ – Auswertung einer aktuellen Umfrage
- Christian Harig, VPE
„Warum aus Betroffenenicht die Arbeit einer Beschwerdestelle Sinn macht“
- Rose-Marie Seelhorst, Seelhorst-Stiftung
- Lothar Schlieckau, Psychiatriekoordinator Region Hannover
„10 Jahre Psychosozialer/Psychiatrischer Krisendienst Region Hannover“
- Dr. Eberhard Höfer, Vorsitzender Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Niedersachsen
„Personenbezogen, gemeindenah und Wettbewerb“

14.00 – 17.00 Uhr

Tag der offenen Tür in den Einrichtungen

Mellendorf, Kaltenweider Str. 45
Einrichtung für psychisch Genesende Haus Schwanenwiek
„Innenansichten – Psychose und Chance“

16.00 – 18.00 Uhr

Bewohnerkino, Dr. Wilkening Pflegeheime, Wolfstr. 36,
Hannover, Filmtitel: „Allein“

18.30 – 23.00 Uhr

Langenhagen, Rohdehof 3/Walsroder Straße
Festhalle Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Festveranstaltung 10-Jahre Psychosozialer/Psychiatrischer Krisendienst und Abschlussfest der Psychiatriewoche

mit Live-Musik mit der Gruppe Lembeck, Kulturaktion mit Art Tremonde (bekannt vom Kleinen Fest Herrenhausen) und Disko

Freitag, 6. Juli

Psychiatrie regional – Verantwortung durch Gemeinsinn Festhalle Langenhagen

(Wo) Steht die Hannoversche Sozialpsychiatrie????

von Gunther Kruse

Sehr geehrter Herr Jordan, sehr geehrter Herr Türk, lieber Herr Schlieckau, lieber Herr Sueße, unbescheiden wie ich bin, muss ich Herrn Schlieckau, der offenbar auf die Idee kam, mich zu fragen, ob ich im Rahmen der Psychiatrie-Woche und dann noch in unserer eigenen Festhalle am Abschlussstag einen Vortrag halten möchte, bescheinigen, dass er mit mir genau die richtige Wahl getroffen hat, denn, ich war praktisch an der Geburtsstunde des Gemeindep psychiatrischen Gesprächs beteiligt, was daran lag, dass Prof. A. Finzen, der eigentlich Wunstorf hätte vertreten müssen, der Meinung war, dass ich in diesem illustren Kreis, weil ich nicht eigens aus Wunstorf anreisen müsste, der richtige Vertreter des Landeskrankenhauses sei.

So begab es sich 1975, dass Klein-Kruse mit 26 Jahren in der Beratungsstelle Walderseestraße in einem kleinen Zimmerlein an einem Tisch sitzen durfte mit Prof. Kisker, Wulf, Dr. König und Dr. Wohlrab, Herrn Beste, Herrn Cornelsen und Dr. Stöckmann, dem damaligen Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Den gab es immerhin in dieser Zeit schon in Hannover, das von Basaglia als Brasilia der deutschen Psychiatrie vermutlich im positiven Sinne beschrieben worden war.

In diesem Kleinstkreis wurden bahnbrechende Dinge besprochen, an die ich mich im Einzelnen nicht mehr erinnern kann, auf jeden Fall hatte man den Eindruck, dass das, was hier ausgeheckt wurde, unmittelbar und tatsächlich in Ergebnisse umgesetzt wurde, ein Vorgehen, was man heute heutzutage wohl als ergebnisorientiert und nicht ideologiedurchwabert beschreiben würde.

Wenn man sich also fragt, steht diese Hannoversche Sozialpsychiatrie und wenn ja wo, ist festzuhalten, dass aus diesem Kleinstkreis ein repräsentativer Großkreis als Gemeindep psychiatrisches Gespräch und schließlich fast ein wenig stadthallenreif der Sozialpsychiatrische Verbund wurde, dessen, verzeihen Sie mir diese Worte, umsetzerische Durchschlagskraft im umgekehrten Verhältnis zur Anzahl der Teilnehmer mir zu stehen scheint. Das soll aber auch zugleich die erste und die vorletzte zynische Bemerkung auf der Geburtstagsfeier des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover sein.

Immerhin 10 Jahre ist er alt der Verbund, hat viele Unterarbeitsgruppen und wenn man an allen Treffen teilnahme, ganz abgesehen von den Hilfeplankonferenzen, an denen man auch noch teilnehmen könnte, bliebe wenig Zeit für das, was wir eigentlich zu tun haben. Merkwürdigerweise kommt dies aber auch nicht zu kurz, sodass definitiv nicht von einer Sitzungs-Sozialpsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund geredet werden kann.

Diesen Sozialpsychiatrischen Verbund verdanken wir der Neufassung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahme vom 16.06.1997, ein Gesetz, was insgesamt 40 Paragraphen beinhaltet, davon immerhin sieben, in denen es um gerade noch Hilfe zu nennende

Maßnahmen geht, während der Rest die paragraphenmäßige Grundlage für Schutzmaßnahmen darstellt. Das Gesetz strotzt vor tendenzieller Gutmenschenhaftigkeit, wenn im Paragraphen 8 gefordert wird, dass im Sozialpsychiatrischen Verbund alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 Abs. 1, hier heißt es: „Hilfen sind insbesondere die medizinische, psychologische oder pädagogische Beratung, Behandlung und Betreuung der betroffenen Personen“, vertreten sein sollen, dass er zudem für die Zusammenarbeit der Anbieter zu sorgen hat und dass darüber hinaus die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten zu diesem Zweck zusammenarbeiten sollen.

Darüber hinaus sollen die Hilfen gemeindenah geleistet werden, so dass die betroffene Person, soweit wie möglich, in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann. Es heißt also vielfach sollte, sorgt für, hat zu unterrichten, aber dass der Verbund im Sinne eines demokratischen Entscheidungsgremiums etwas zu sagen hätte, ergibt sich aus dem Gesetzestext nicht. Der kategorische Imperativ lautet, dass man lieb miteinander im Dienste der, wie es immer heißt, Betroffenen, umgehen soll.

Jetzt kommt der Zeitpunkt, auf den ich ewig gewartet habe. Ich kann heute, ohne dass mir jemand ins Wort fallen wird, die Sinnfrage stellen, keine Angst, nicht generell, sondern nur bezogen auf die HPK, die ursprünglich wohl mal gedacht waren zur Steuerung der Enthospitalisierung einer bestimmten, hiesigen Klinik, um beispielsweise Selbstbedienung zu unterbinden, dann aber aus falsch empfundener Gerechtigkeit Gültigkeit erlangten für alle Kliniken und nun mit nicht unigantischem Personalaufwand genau das beschließen, was sowieso unumgänglich ist, aber vorher, aus organisatorischen Gründen, die Betroffenen noch einige Tage auf Kassenkosten in den Kliniken absitzen müssen.

Um vom Unpraktischen schnell zum Philosophischen zu gelangen, will ich diese prekäre Situation abfedern mit VOLTAIRE, den Herr Machleidt in seiner Hommage an E. Wulff (SPI2/2007, S. 2ff) eingeführt hat, indem er ihm zuschrieb, das das Denken uns/ihn von der Plage zu handeln erlöse, während Voltaire eigentlich kritisch meinte, dass uns das Handeln von der Plage zu denken erlöse.

Wie Sie wissen, bin ich ein Mann des Kompromisses, in der Psychiatrie sollte man beides tun können, oder, um mit Prof. Kitzig zu sprechen, man könne ruhig einmal Hand anlegen, statt auflegen.

Hannover ist die Keimzelle, da wird mir hier im Saale keiner widersprechen, einer ernst genommenen sozialpsychiatrischen Versorgung auf der Grundlage eines Sektorisierungsprinzips, das von manchen wiederum abgöttischer verfolgt wurde als der Inhalt des Strafgesetzbuches. Andere wiederum kümmern sich gar nicht darum, denn wenn die Betten leer sind, das hat inzwischen auch jeder Assistenzarzt begriffen, ist das Sektorprinzip für diesen Moment außer Kraft gesetzt.

Wenn nun die von mir gestellte Frage, **ob** die Hannoversche Sozialpsychiatrie steht und wenn ja **wo** zu beantworten ist, müssen wir zunächst einmal vor Augen führen, wie der bundesdeutsche Stand ist. Als hätte ich ihn darum gebeten, hat Günther Wienberg pünktlich zur Zusage meines heutigen Vortrags einen Aufsatz verfasst, der da lautet: „Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderung und Perspektiven“ und in Heft 1/08 der SPI veröffentlicht wird.

Da ich ein fauler Hund bin, werde ich Ihnen jetzt seine Feststellungen und Thesen exemplarisch vor Augen führen:

1. Die Psychiatriereform ist eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten gesellschaftlichen Reformprojekte in der Bundesrepublik Deutschland. Dies gilt auch m. E. insbesondere für Hannover.
2. Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung und ihrer Nutzerinnen und Nutzer ist in weiten Bereichen nicht mehr als eine Uminstitutionalisierung. Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern auch bzw. insbesondere für Hannover, wo es gelungen ist, die Patienten, je nach ihrem Zustand, innerhalb des Konzerns zirkulieren zu lassen.
3. Die psychiatrische Versorgung in Deutschland ist nach wie vor gekennzeichnet durch mangelhafte Steuerung, gekoppelt mit problematischen Anreizeffekten: Das Geld fließt primär in institutionelle Strukturen und zugunsten weniger schwer erkrankter Menschen. Das dürfte auch für Hannover gelten. Bundesweit, da müssen wir dann entsprechende Prozentsätze für uns berechnen, muss man feststellen, dass 6000 niedergelassenen Psychiatern 18.000 Psychotherapeuten gegenüber stehen, die pro Behandlungsfall 400 Euro im Quartal erhalten, während die schwierigen Fälle mit 46 Euro dem niedergelassenen Psychiater einen Hungerlohn darbieten. Davon abgesehen gibt es durch die Übernahme der weniger schwer kranken Psychiatriefälle in die Psychosomatik in Ermangelung, ureigener psychosomatischer Fälle, eine Entkopplung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsauftrags mit der Folge der Negativierung der Klientel psychiatrischer Kliniken und der dadurch entstehenden Aspekte der Verschlechterung des Rufes mit der Angst, dass das so werden wird, wie ich es 1975 noch erlebte, das die Vollziehung psychiatrischer stationärer Behandlungen auf freiwilliger Basis nicht zu erreichen war, sondern fast immer einherging mit Zwangseinweisungen.
4. Die Lebenswirklichkeit vieler Menschen mit (chronischen) psychischen Beeinträchtigungen heute ist gekennzeichnet durch soziale Exklusion, Armut und psychisches Kranksein sind eng verschwistert. Das wissen wir schon lange, das gilt auch für Hannover.
5. Gesellschaftliche Wandlungsprozesse tragen dazu bei, dass Integration oder Inklusion für Menschen mit einer schweren psychischen Beeinträchtigung immer schwerer zu erreichen ist. Hier spielt das Schlagwort „Entbettung“ oder auf englisch „disembedding“ eine Rolle, ich wollte Ihnen diesen Begriff nicht vorenthalten. Es geht nicht um Entlassung, sondern um Entbettung im weitesten Sinne des Wortes.
6. Bedarf und Nachfrage nach Behandlungs- und Unterstützungsleistung bei psychischen Störungen werden tendenziell weiter zunehmen, die von der Gesellschaft bereitgestellten Ressourcen dagegen werden nicht in gleichem Maße wachsen.
7. Der nächste und bisher radikalste Schritt der Psychiatriereform steht an: Notwendig ist eine konsequente Umsteuerung in Richtung auf ambulante, integrierte und durchlässige Behandlungs- und Unterstützungsleistung. In diesem Zentrum muss deshalb die ambulante, komplexe psychiatrische Krankenhausbehandlung stehen mit fließenden Übergängen zur tagesklinischen und stationären Behandlungen. Die Behandlung wird dann von der ambulanten Perspektive aus gesteuert, und die stationäre und teilstationäre Therapie wird zur zeitlich begrenzten Phase in einem integrierten Gesamtbehandlungsprozess. Die Klinik wird dann zum Zentrum für ambulante komplexe Behandlungen und verfügt zusätzlich über Behandlungs- und Schutzräume für den Tag oder die Nacht. Über Pauschalvergütungen oder regionale Budgets ist schon anderenorts genügend geredet worden.

8. Gesellschaftliche Teilhabe/Inklusion ist nicht ohne die aktive Solidarität der Zivilgesellschaft und die Eigenverantwortung der betreffenden Menschen zu verwirklichen. Das ist in Deutschland so, das ist in Hannover so. Die Idee die dahinter steckt, dass man offenbar nicht genügend Geld hat, um professionell einzuschreiten, soll kompensiert werden dadurch, dass die Leute immer mehr Freizeit haben und in dieser Freizeit, statt höherer Sozialbeiträge, gewissermaßen Zeit abknapsen um in der Bürgergesellschaft (Regus 2006) wieder aktiv zu werden, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten, wozu sie befähigt, motiviert, unterstützt und begleitet werden müssen.

Nun soll Kisker noch einmal zu Wort kommen:

„Die Deplacierung tausender von Chronikern in wildwüchsige „Heime“ auf der Folie eines Kreuzzuges gegen die Großkrankenhäuser, die Überlastung der Angehörigen durch früh entlassene, ambulante, nicht zureichend unterstützte Patienten; die Schulduweisung durch familiogenerisch verbohnte Therapeuten; die Überstreckung therapeutisch-gemeinschaftlicher Arbeitsprinzipien mit Berufsrollendiffusion, Anonymisierung von „Team“- Entscheidungen, Tabuisierung der Einzelverantwortung und dem Dogma, das Arbeitszufriedenheit der Therapeuten und emotionelle Verschwisterung optimale Therapie der Patienten garantieren; die Erblindung für Patienten mit suizidaler Bilanzierung durch rehabilitative Überforderung und für überversorgte, mit dem neuen sozialpsychiatrischen „Hospitalismus-Syndrom“ appellativer Ansprüchlichkeit; die Fehlprogrammierung von Politikern über vermeintliche Gemeinsamkeiten biologischer Behandlungsverfahren und die präventive Allmacht „gesunder“ Kommunikationen und Institutionen für einen „gesunden Geist“, das Abdriften in den schwerelosen Raum primär-präventiven Agierens und unverbindlicher Umtriebe mit psycho-sozialen Minoritäten“.

Damit sozialpsychiatrische Arbeit sinnvoll und mit Aussicht auf Erfolg geleistet werden kann, bedarf es bestimmter Zielvorgaben.

Diese haben sich auszurichten an den notwendigen Behandlungsinstitutionen, die gemeinde-nah und dezentral aufzubauen und vorzuhalten sind. Sie müssen eine umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und nicht nur ausgewählter Krankheitsgruppen sicherstellen und dem Streben nach Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken Rechnung tragen. Die Koordination aller Versorgungs- und Selbsthilfeeinrichtungen gehört ebenfalls in diesen Katalog.

Soziale Komponenten bei Entstehung, Verlaufsgestaltung und Auswirkungen seelischer Erkrankungen aufgreifen, ihnen ggf. entgegenwirken oder nutzvoll auf sie zurückgreifen zu können, erfordert ein psychosoziales Netz, eine therapeutische Kette und eine Verknüpfung, dieser Hilfsangebote, einschließlich der Selbsthilfeinitiativen.

Wenn ich abschließend noch einmal darauf zurückkomme, wie ich selbst es in Hannover einschätze, so bin ich, nicht zuletzt, weil ich von Anfang an daran beteiligt war, recht stolz darauf, was hier von den Fachleuten und freundlicherweise auch kompetent unterstützt von den Politikern auf die Beine gestellt wurde. Wenngleich wir die zenitale Führungsposition verloren haben, weil uns alle das nachgemacht haben, was wir entworfen und umgesetzt haben (z. B. so unmögliche Dinge, dass eine Hochschule Sektorversorgung betreibt, mit der Folge, dass ihr die Leuchtturmfunktion in der Erforschung bestimmter Psychopharmaka vorenthalten blieb) und dass wir hier ohne einen 5-Jahres-Plan und Bedarfsplanung 1989 angefangen haben, betreutes Wohnen zu etablieren, ein grauenhaftes Vorgehen für Leute, die, bevor sie etwas tun, die Kostenzusage benötigen, im Alkohol- und Drogenbereich uns mit sämtlichen anderen Städten

messen können, Wallfahrten geschehen in Richtung SuPA GmbH (Stichwort betreutes Saufen). Tatsächlich ist es doch so, wann immer an irgendeiner Stelle es schwierig wurde, aus finanziellen Gründen etwas durchzusetzen, sich gerade in einem anderen Bereich etwas eröffnete, wo man vorreiterisch den Platz besetzen musste. Ich erinnere nur an die vielen Dinge, die von Fips, Ex und Job und Beta89 in diese Lücken hineinimplantiert wurden, dass flexibel und teilweise frei nach Schweyk zugunsten der psychisch Kranken Initiativen ergriffen wurden und auch die konkurrierende Situation der Kliniken untereinander, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Institutsambulanzen und aller anderen Versorger ja auch Leistungen heraufbeschworen haben, die nicht ohne weiteres zu haben gewesen wären.

Um deutlich zu machen, wo wir nach 30 Jahren Sozialpsychiatrie und 10 Jahre SPV stehen, will ich rein aus rhetorischen Gründen einmal all das aufzählen, was es vor wenigen Jahrzehnten, einem halben Psychiaterdasein, noch nicht gegeben hat:

Psychiatrische Kliniken gab es und Niedergelassene, ok, dann die bahnbrechenden SPDs mit Behandlungsermächtigung, dann Wohn- und Übergangsheime, Behindertenwerkstätten, fürsorgliche Freundeskreise der Kliniken und deren Patienten, Tageskliniken, Drogenstationen und Beratungsstellen, SHG-Förderung, Tagesstätten, Kontaktstätten, Kreativschulen, Reha-Konzerne wie FIPS, Ex und Job und nicht zuletzt Beta89 mit betreutem Wohnen und jetzt SuPA betreuten Trinkern, Krisendienst, PSD, PIAs, Ethnomedizinisches Zentrum, SoGehtz, Ambulante Ergotherapie an allen Ecken, transkulturelle Betreuung, dann aber auch RPK (Beta89), Zuverdienstfirmen, berufsbegleitender Dienst, Integrationsdienst, ambulante gerontopsychiatrische Pflege als integrierte Versorgung, ambulante psychiatrische Pflege, psychiatrische Pflegeheime, Demenz-WGs, der ganze blühende Selbsthilfebereich in allen erdenklichen Facetten, nicht nur VPE und Ang. Verband, und zum Schluss als Krönung die Ombudsstelle und die Besuchskommission nach PsychKG, mit der mich eine neuerdings besonders tiefgreifende und innige Beziehung verbindet.

Nach dieser Rede sprach mich Frau Dr. Wilkening darauf an, dass ich das „unterstützende Wohnen“ zu erwähnen versäumt hätte. Das sei nun mit dieser schriftlichen Korrektur nachgeholt.

Schwieriger wird es auf dem Gebiet, wo die Patienten krankheitsuneinsichtig sind, die Schutzfunktion der Psychiatrie überhand nimmt. Hier spielt sich eine bedauerliche Entwicklung ab, die ich in dem Aufsatz: „Forensik, die Psychiatrie der Zukunft“ auf die Spitze getrieben habe, weil wir genau auf diesem Gebiet der Problematik unterworfen sind, dass das Ansehen der Psychiatrie einer Negativierung unterworfen ist, weil die sogenannten leichten Fälle in Ermangelung echter psychosomatischer Behandlungspatienten in der Psychosomatik abgegriffen werden, die Justiz ein Übriges dazu tut, dass Patienten nur anbehandelt wieder entlassen werden und im Rahmen einer negativen Drehtürpsychiatrie mit ständig verschlechtertem Zustand erneut aufgenommen werden müssen, und dann auch noch der medizinische Dienst der Krankenkassen, dessen praktischer Wissensstand um die Behandlung psychisch Kranker mit der Dauer der Jahre nicht praktischen Tätigkeiten exponentiell abnimmt (das geht nicht nur diesen Kollegen so!!!) sein Übriges tut, die Verweildauer so zu verkürzen, dass der Aufenthalt nahezu sinnlos wird, teilweise sogar schädlich.

Nicht nur, weil heute hier Feiertag ist oder Herr Jordan mir zuhört, der jetzt denken könnte, da hat Kruse mir ja eine schöne Vorlage gegeben, im Sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz alles bestens zu finden und allfällige Ausgaben anderswo hin fließen zu lassen, muss ich feststellen, dass die hannoversche Sozialpsychiatrie nicht **nur steht**, sondern im Bundesvergleich selbst

wenn Peter Bastian immer von Gütersloh erzählt, **gut** da steht, wenn nicht sogar weiterhin an der Spitze, um die Frage nach dem „Wo“ zu beantworten.

Nun könnte jemand unter Ihnen sein, der meine Ausführungen für Schönfärberei hält. Dadurch lass ich mich von meinem Stolz über das Erreichte, den ich mit Ihnen heute teilen möchte, nicht abbringen, bei dem, was noch fehlt, können die Kritiker ja anpacken und weitere Verbesserungen auf den Weg bringen.

Abschließend sei in dieser schriftlichen Textvorlage meiner Hoffnung Ausdruck verliehen, dass mit dem politisch und menschlich gewünschten und betriebenen Kauf des LKH Wunstorf durch das KRH nicht zugleich der Ausverkauf der KfPP betrieben wird.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Gunther Kruse
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Rhodehof 5
30853 Langenhagen

Neue Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover

Zukunfts- und lösungsorientierter Einakter, aufgeführt am 6. Juli 2007 in Langenhagen

von Thorsten Sueße

Zeit der Handlung (angedeutet): 6. Juli 2010

Ort: Mit Gästen zufriedenstellend gefüllte Festhalle der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Langenhagen. Der Moderator Herr Türk kündigt den Vortrag des Leiters des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover an, der sich auf die Bühne hinter das Rednerpult begibt. Der Teamleiter händigt dem Moderator mehrere Folien für den Overheadprojektor aus, der Moderator projiziert die erste Folie mit einer Stichwortübersicht zu dem Vortrag an die Wand.

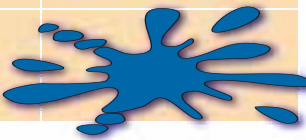
Teamleiter:

Meine sehr verehrten Damen und Herren. Da ich wusste, dass meine beiden Vorredner sich der Thematik der Veranstaltung aus einer übergeordneten und rückschauenden Sicht widmen werden, habe ich mich entschlossen, Ihnen etwas zu den neuen Herausforderungen in der *alltäglichen* Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover zu erzählen. Der Vortrag beschäftigt sich also mehr mit der Gegenwart.

(Der Teamleiter verweist kurz auf seine angeschlagene Stimme, die begründet ist in seiner lautstarken Begeisterung für die gestrige Fernsehübertragung des 1. Halbfinalspiels der Fußball-WM in Südafrika zwischen Deutschland und Italien, mit dem die siegreiche deutsche Mannschaft in das Finale am 11. Juli in Johannesburg einzieht.)

Teamleiter:

13 Jahre neues Niedersächsisches Psychisch-Kranken-Gesetz, ein ungewöhnliches Jubiläum, aber vielleicht eine Glückszahl ... Welche Herausforderungen haben sich in diesem 13. Jahr für den Sozialpsychiatrischen Dienst ergeben? (*Verweist auf das erste Stichwort seiner Folie:*)

Neue Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover <ul style="list-style-type: none"> • Hilfeforenzen („Säule C“) • Behandlungsermächtigung • Integrierte Versorgung • Gerontopsychiatrie • Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene • Krisenintervention • Asylbewerberheime • Leistungsdokumentation, Qualitätsmanagement 	Jahr	Anzahl
	2001	563
	2006	2300
	2010	

Folie 1

Folie 3 Durchgeführte Hilfeplanverfahren für seelisch Behinderte der Region Hannover

A	B	C
Krisenintervention bei nicht ausreichend versorgten psychisch Kranken	Versorgung von Patienten mit Behandlungserschwernissen	Mitwirkung bei der Planung passgenauer Hilfen für seelisch Behinderte
Unterstützung der Angehörigen in der Krisensituation	Beratung der Angehörigen und des sozialen Umfelds	Einbeziehung der Angehörigen bei der Hilfeplanung
Gremienarbeit zur Verbesserung der Bedingungen der Krisenintervention	Gremienarbeit zur Verbesserung der Versorgungssituation psychisch Kranker	Gremienarbeit zur Verbesserung der Versorgungssituation und der Hilfebedarfsermittlung

Folie 2 Die 3 Hauptsäulen der Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover

Hilfeforenzen („Säule C“)

Eine neue Herausforderung stellen die Hilfeforenzen dar. (*Lässt die nächste Folie auflegen.*) Der zweiten Folie können Sie die drei Hauptsäulen der Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover entnehmen. Bei Säule A handelt es sich um die Krisenintervention, bei Säule B um die Chronisch-Kranken-Versorgung, jeweils dreigeteilt in die Ebenen der Arbeit mit den Betroffenen, der Unterstützung der Angehörigen und der Mitwirkung in Gremien, um die Arbeitssituation der jeweiligen Säule zu verbessern. Schon seit 2001 ist als Säule C die Durchführung von Hilfeforenzen zur Ermittlung des Hilfebedarfs und Empfehlung an den Sozialhilfetragr dazugekommen. Die Herausforderung besteht nicht zuletzt in den steigenden Zahlen... (*lässt die dritte Folie mit der Anzahl durchgeführter Hilfeplanverfahren in den Jahren 2001, 2006 und 2010 auflegen, wobei er sich entschuldigt, dass die Zahlen des aktuellen Jahres 2010 leider durch ausgelaufene Tinte nicht mehr lesbar sind*).

Die Folie berücksichtigt alle durchgeführten Hilfeplanverfahren für seelisch Behinderte der Region Hannover ... das sind meistens Hilfekonferenzen für Erst- und Folgeanträge und weniger Entscheidungen nach Aktenlage. In den Anfangsjahren war der Stellenwert der Hilfekonferenzen im Sozialpsychiatrischen Dienst durchaus umstritten. Ich kann mich noch erinnern, dass in den Jahren 2006 und 2007 lebhaft darüber diskutiert wurde, ob sich der Sozialpsychiatrische Dienst dadurch zu einem Gutachterdienst des Sozialamtes „degradieren“ lässt, wodurch wertvolle Zeit für die eigentlichen Aufgaben verloren geht. Die Diskussion hat sich inzwischen dadurch entschärft, dass 2006 eine zentrale Steuerungsstelle für Eingliederungshilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Weinstraße eingerichtet worden ist, die sich hauptsächlich um die Bearbeitung der Erstanträge kümmert. Die Aufstockung des Personals der Steuerungsstelle im Jahr 2008 führte zu einer weiteren Entlastung der Beratungsstellen, die sich weiterhin schwerpunktmäßig um die Hilfeplanfortschreibungen kümmern. Ich halte die Hilfekonferenzen für eine der zentralen Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes, um die Steuerung von passgenauen Hilfen für psychisch Kranke fachgerecht mitzugestalten.

Die Einführung des Persönlichen Budgets vor zwei Jahren hat sich nicht – wie anfangs befürchtet – als nennenswertes Problem erwiesen, weil wir uns durch die längere Auseinandersetzung im Vorfeld mit dem neuen Hilfekonferenzformular schon intensiv damit beschäftigt hatten, den Hilfebedarf sehr konkret im Detail zu benennen, aus dem anschließend der Betrag des Persönlichen Budgets vom Sozialhilfeträger errechnet wird.

(Verweist auf das zweite Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Behandlungsermächtigung

Die ambulante Versorgung von psychisch kranken Patienten mit akuten Krisen oder bei denen Behandlungerschwernisse vorliegen sind Aufgabe des kassenärztlichen Systems. Diese Aufgaben werden allerdings vom kassenärztlichen System in der Region Hannover immer noch nicht ausreichend erledigt. Wenn sich ein Mitbürger auffällig verhält, bei dem gleichzeitig zumindest der Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung besteht, ist es die gesetzliche Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes dem nachzugehen, möglicherweise einen Hausbesuch zu machen, eine Diagnose zu stellen und den Hilfebedarf zu ermitteln. Häufig ist der Untersuchte tatsächlich psychisch krank, benötigt unter anderem eine ambulante pharmakologische Behandlung (mit der er einverstanden wäre) und kann aufgrund seiner Erkrankung nicht die Praxis des niedergelassenen Psychiaters aufsuchen. Der Psychiater des Sozialpsychiatrischen Dienstes vor Ort ist jetzt verpflichtet, seinen niedergelassenen Kollegen anzurufen, ihm Diagnose und Hilfebedarf des Patienten mitzuteilen und ihn zu bitten, die Behandlung durchzuführen, beispielsweise durch einen zeitnahen Hausbesuch, um dann auf Kassenrezept die notwendige Medikation zu verordnen. Damit endet zunächst formal der kommunale Auftrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Aus der Realität wissen wir aber, dass der niedergelassene Psychiater in der Regel natürlich nicht einen Hausbesuch durchführen und die notwendige Behandlung beginnen wird. Die unangemessene Leistungsvergütung für niedergelassene Psychiater hält diesen davon ab, seine Bestellpraxis zu verlassen und einen zeitnahen Hausbesuch zu machen, obwohl das zu seinen vertragsärztlichen Pflichten gehört. An dieser Stelle ist eine Behandlungsermächtigung für den Psychiater des Sozialpsychiatrischen Dienstes notwendig, damit er beispielsweise vor Ort das notwendige Kassenrezept für den Patienten ausstellen kann, um dadurch evtl. eine stationäre Einweisung zu verhindern. Die gerade für das Gebiet des ehemaligen Landkreises Hannover erforderliche Behandlungsermächtigung ist den Psychiatern des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Jahr 2009 endlich erteilt worden. Dem vorangegangen war ein langwieriger Rechtsstreit vor dem Sozialgericht Hannover ab 2007, in dem die Ärztin der

Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen erfolgreich gegen die Ablehnung ihres Antrags auf Behandlungsermächtigung durch die KVN geklagt hatte. Argumentativ hilfreich war in diesem Zusammenhang auch unser fachlicher Austausch mit der Vorsitzenden der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Dr. Goesmann. Dieser Austausch war auf der Eröffnungsveranstaltung der Psychiatrie-Woche 2007 initiiert worden, auf der Frau Dr. Goesmann ebenfalls auf die ambulanten psychiatrischen Versorgungsdefizite im kassenärztlichen System hingewiesen hatte. Die Herausforderung für die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des ehemaligen Landkreises besteht jetzt darin, sich den mit der Behandlungsermächtigung verbundenen Anforderungen zu stellen: Die ermächtigten Ärzte müssen sich beispielsweise noch mehr als bisher über moderne Medikamentenbehandlung auf dem Laufenden halten und auch darauf achten, dass sich die behandelten Patienten den notwendigen Blutwertkontrollen unterziehen.

(Verweist auf das dritte Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Integrierte Versorgung

Mehrere Verträge mit den wichtigsten Krankenkassen über eine flächendeckende integrierte Versorgung schwergradig psychisch Erkrankter in der Region Hannover stehen kurz vor dem Abschluss. Daran beteiligt sind von Anbieterseite niedergelassene Nervenärzte, Institutsambulanzen psychiatrischer Kliniken, die ermächtigten Fachärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und ambulante Pflegedienste.

Eine effektive persönliche Zusammenarbeit der regionalen Anbieter wird dadurch erleichtert, dass die psychiatrischen Kliniken ihre Behandlungsräume auf den ihnen durch das Sektorverzeichnis des Sozialpsychiatrischen Verbundes zugeordneten Sektor beschränken. Nachdem das Klinikum Wahrenndorff 2006 ohne vorherige Absprache mit der Langenhagener Klinik oder dem Sozialpsychiatrischen Verbund Tageskliniken für Sucht und Gerontopsychiatrie im Zuständigkeitsbereich der Regionsklinik Langenhagen eröffnet hatte, war damals die Befürchtung aufgekomen, dass das der Auftakt für weitere vergleichbare Schritte und damit der Ausstieg aus der „Sektorisierung“ sein könnte. Diese Befürchtung bewahrheitete sich aber glücklicherweise nicht, es kam seitdem zu keiner zusätzlichen Neueröffnung von Behandlungsräumen auf „sektorfremdem“ Gebiet. Auch der befürchtete Ausstieg der Psychiatrischen Abteilung der MHH aus der ambulanten Sektorversorgung durch den Wechsel des Lehrstuhlinhabers ab 2008 hatte sich nicht bewahrheitet, der sozialpsychiatrische Schwerpunkt und die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle der MHH in der Podbielskistraße sind erhalten geblieben.

(Verweist auf das vierte Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Gerontopsychiatrie

Der Abschluss diverser Verträge für integrierte gerontopsychiatrische Versorgung im Bereich des ehemaligen Landkreises hat dazu geführt, die Mehrarbeit der letzten Jahre für den Sozialpsychiatrischen Dienst wieder zurückzufahren. Um der stetigen Zunahme psychiatrischer Alterserkrankungen aufgrund der Bevölkerungsentwicklung gerecht zu werden, hatte die Region Hannover schon 2006 zur Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung Kooperationsmodelle gefördert zwischen ambulanten Pflegediensten, niedergelassenen Ärzten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Es hatten sich damals jedoch aus finanziellen Gründen – bis auf eine Ausnahme – keine niedergelassenen Ärzte als feste Kooperationspartner finden lassen (die kassenärztliche Vergütung für Hausbesuche oder für die Teilnahme an Qualitätszirkeln wurde von ihnen als zu gering und damit unattraktiv eingestuft). Deshalb wurde der Wunsch nach

fachärztlicher Diagnostik im Rahmen von Hausbesuchen zur Feststellung des Bedarfs für gerontopsychiatrische Pflege vermehrt an die Ärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen herangetragen, denen im ehemaligen Landkreis jedoch vor 2009 (aufgrund der noch nicht erteilten Behandlungsermächtigung) die Berechtigung zur Verordnung der notwendigen Pflegemaßnahmen fehlte. Im Rahmen der integrierten Versorgung, die Hausbesuche und den Austausch der Kooperationspartner untereinander besser vergütet, konnten dann ausreichend niedergelassene Ärzte für die gerontopsychiatrische Versorgung im ehemaligen Landkreis gefunden werden.

(Verweist auf das fünfte Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

... waren 2008 Schwerpunktthema des Sozialpsychiatrischen Plans (Kinder psychisch kranker Eltern, Schnittstellenprobleme KJHG – SGB XII bei der Eingliederung junger Erwachsener), außerdem widmete sich vor zwei Jahren das psychiatrische Filmfestival im Herbst 2008 in Hannover der Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Eine Schnittstelle bei der Prüfung der Gefährdung des Wohlergehens von Kindern psychisch kranker Eltern gibt es zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Jugendämtern. Für eine professionelle angemessene Vorgehensweise beider Dienststellen zum Wohl aller Beteiligten ist es wichtig, über Leitlinien der praktischen Zusammenarbeit zu verfügen, die von beiden Seiten akzeptiert werden. Der Prozess der Leitlinienerarbeitung ist inzwischen abgeschlossen. Ein erster Meilenstein war Anfang 2007 die Verabschiedung entsprechender Leitlinien zwischen dem Sozialpsychiatrischem Dienst der Region Hannover (SpDi) und dem Kommunalen Sozialdienst der Stadt Hannover (KSD). Es folgten von Mitte 2007 bis Ende 2008 Kooperationsgespräche zwischen dem SpDi und dem Fachbereich Jugend der Region Hannover, denen im Vorfeld durchaus mit Skepsis entgegengesehen worden war: So war die Befürchtung vonseiten sozialpsychiatrischer Mitarbeiter, sie könnten in die Rolle von „Erfüllungsgehilfen“ des Jugendamtes gedrängt werden und damit das Vertrauensverhältnis zu ihren Klienten gefährden, vonseiten des Fachbereichs Jugend ging die Befürchtung in die Richtung, dass eine gute Zusammenarbeit mit dem SpDi daran scheitern könnte, weil sich die Mitarbeiter „hinter ihrer Schweigepflicht verstecken“ und wichtige Informationen zurückhalten. Die Gespräche verliefen aber sehr konstruktiv und führten zu einer ähnlichen Leitlinienvereinbarung wie mit dem KSD. Ende 2009 wurden Leitlinien verabschiedet zwischen dem SpDi und den übrigen fünf Jugendämtern in der Region Hannover. Die tägliche Herausforderung besteht in der praktischen Umsetzung im Alltag. Für ein noch 2008 konfliktbesetztes Thema zwischen SpDi und dem Fachbereich Jugend der Stadt Hannover ist jetzt eine hilfreiche Absprache getroffen worden. Es geht darum, welche Eingliederungsmaßnahme für einen jungen Erwachsenen mit psychischen Problemen (nach KJHG oder SGB XII) angemessen ist. Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz sind personalintensiver und damit teurer in der Finanzierung. Der Fachbereich Jugend wird jetzt im Vorfeld der Entscheidungsfindung den SpDi hinzuziehen.

(Verweist auf das sechste Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Krisenintervention

Nach der bundesweiten Reform des Verfahrens zur Berechnung der Facharzdichte im Bereich Psychiatrie haben sich auf dem Gebiet des ehemaligen Landkreises Hannover einige psychiatrische Fachärzte neu niedergelassen, so dass der psychiatrische Hintergrunddienst der KV, der jahrelang nur für die Städte Hannover und Laatzen existierte, vor kurzem auf das komplette Regionsgebiet ausgedehnt werden konnte. Vonseiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes war

bereits Anfang 2008 ein Notfalldienst im ehemaligen Landkreis analog zur Stadt Hannover eingerichtet worden. Gut bewährt hat sich die Zusammenarbeit bei notwendigen Kriseninterventionen mit Tagesklinik und Institutsambulanz Linden, die dort Ende 2008 von der Regionalklinik Wunstorf eingerichtet worden sind.

(Eine ZuhörerIn bekundet in einem Zwischenruf, dass doch erst das Jahr 2007 wäre, worauf der Teamleiter darauf verweist, dass schon alles so gemeint sei wie es gesagt worden wäre. Mit Blick auf die Zeit kommt der Teamleiter zum siebten Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Asylbewerberheime

Die Betreuung psychisch kranker Ausländer in den Hannoverschen Asylbewerberheimen stellt weiterhin eine Herausforderung dar. Die favorisierte kontinuierliche Betreuung durch niedergelassene Psychiater oder psychiatrische Institutsambulanzen war nicht zu erreichen gewesen, so dass jetzt durch Schaffung personeller Ressourcen Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes regelmäßige Sprechstunden in den Asylbewerberheimen abhalten, um dort rechtzeitig schwergradigen psychischen Dekompensationen von Bewohnern entgegenzuwirken.

(Verweist auf das achte Stichwort der Folie mit der Themenübersicht:)

Leistungsdokumentation, Qualitätsmanagement

Der Einsatz eines über die Jahre gereiften elektronischen Dokumentationssystems hat es jetzt ermöglicht, dass ohne nennenswerten Mehraufwand Leistungen und Leistungsveränderungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder einzelner Beratungsstellen „auf Knopfdruck“ dokumentiert werden können. Die systematische Auswertung des Datenblattes C hat beispielsweise erste interessante Rückschlüsse darüber gegeben, ob und wie sich die umgesetzte Zielvereinbarung zur Verbesserung der Betreuungskontinuität psychotischer Männer unter 25 ausgewirkt hat; eine Zielvereinbarung, die 2007 noch sehr skeptisch und zögerlich umgesetzt worden war. Die qualitätsgerechte Überprüfung der eigenen Arbeit und ein einheitlicher fachlicher Qualitätsstandard in allen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen sind in den letzten Jahren zur Selbstverständlichkeit geworden ...

(Teilt mit, dass er die Fernsehübertragung des 2. Halbfinalspiels der Fußball-WM heute Abend nicht sehen wird, um stattdessen lieber an der Festveranstaltung „13 Jahre Krisendienst“ in der Festhalle der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Langenhangen teilzunehmen. Dankt für die Aufmerksamkeit, geht dann ab.)

Anschrift des Verfassers:

Dr. Thorsten Suaeße
Region Hannover
Team Gemeindepsychiatrie
Weinstr. 2
30171 Hannover

Des Bürgers Meinung – Auswertung einer aktuellen Umfrage

von Michael Eink

Wenn sich die Psychiatrie in der Öffentlichkeit präsentiert wie bei der Psychiatrie-Woche der Region Hannover 2007, kann dies immer auch als ein Versuch verstanden werden, mit den menschenverachtenden Anstaltstraditionen zu brechen, bei denen sich die Psychiatrie mit ihren Patienten bis zur Reform in den 70er Jahren hinter hohen Mauern versteckt hatte.

So verbreitet die offenen Formen psychiatrischer Hilfeangebote inzwischen auch sind, konnten aufwändige Formen von Öffentlichkeitsarbeit jedoch bisher nicht als selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeit etabliert werden. In vielen Einrichtungen gibt es allenfalls die jährliche Pflichtveranstaltung "Tag der offenen Tür", zu der oft nur wenige Bürger kommen. Weil sich in dieser Woche die Psychiatrie an die Öffentlichkeit wendet, will ich in meinem Beitrag der Frage nachgehen, wie denn das Verhältnis der Öffentlichkeit zur Psychiatrie ist.

Soviel glauben wir zu wissen: Psychisch Kranke werden in unserer Gesellschaft auch 30 Jahre nach der Psychiatrie-Reform weiterhin massiv ausgegrenzt und stigmatisiert (vgl. etwa Finzen 2001, Gaebel u. a. 2004, Baer 2004). Das Spektrum der Stereotype von psychisch Kranken haben Angermeyer und Kollegen in den 90er Jahren mit einer Repräsentativstudie zeigen können (vgl. Angermeyer u. a. 1992).

Abbildung 1:
Stereotype von psychisch Kranken: Vergleich zwischen neuen und alten Bundesländern

	Neue Bundesländer %	Alte Bundesländer %
Hilfsbedürftigkeit		
Hilfsbedürftig	88,2	79,3
Von anderen abhängig	72,2	70,1
Unselbstständig	56,4	57,8
Fremdartigkeit		
Fremdartig	41,8	48,1
Unheimlich	36,6	36,5
Unverständlich	34,0	34,1
Bedrohlichkeit		
Unberechenbar	54,8	44,3
Unbeherrscht	51,0	37,7

Gefährlich	29,5	21,0
Depraviertheit		
Unattraktiv	26,0	25,5
Ungepflegt	20,0	19,0
Verwahrlost	21,1	17,1
Genialität		
Phantasievoll	22,4	33,4
Hochintelligent	14,8	17,9
Genial	6,2	12,1
n	1011	1123

Demnach sieht mehr als die Hälfte der Bundesbürger psychisch Kranke als unselbstständig an, etwa jeder 2. als „unberechenbar“. 20-30 % der vermeintlich „aufgeklärten“ Bundesbürger stellen psychisch kranke Menschen gar unter Generalverdacht „gefährlich“ zu sein.

Wie schwierig die Überwindung von Vorurteilen (auch) im psychiatrischen Feld ist, zeigen die Befunde von Finzen u. a. (1996). In einem Workshop mit JournalistInnen haben sie deren Haltungen zu Schizophreniekranken erhoben und dabei lernen müssen, dass Multiplikatoren wie Journalisten auch Bürger mit Vorbehalten und Vorurteilen sind. Bei aller gebotenen Vorsicht wegen der kleinen Gruppe der Befragten (n=20) zeigen sich inhaltlich durchaus interessante Tendenzen, etwa dass Vorbehalte bei geringerer sozialer Distanz anwachsen. Als Nachbarn würden 70 % der befragten Journalisten einen Schizophrenen (nach eigener Aussage!) immerhin akzeptieren, allerdings nur noch 35 % als Schwiegersohn/-tochter, nur noch 5 % (einer von 20 Befragten) würde einen Schizophreniekranken als Babysitter akzeptieren.

Eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Vorurteilen und der Verfestigung tief sitzender Ängste nehmen in unserer Kultur offensichtlich die Medien ein (vgl. Eink 1999). Christian Pfeiffer vom Kriminologischen Institut des Landes hat auf der letzten Jahrestagung der DGSP in Potsdam eine eindrucksvolle Untersuchung vorgestellt, die diesen Zusammenhang anschaulich macht: Der zeitliche Umfang der täglichen Berichterstattung über „Ausländerkriminalität und Gewalt“ hat bei den privaten TV-Sendern so drastisch zugenommen, dass es nicht überrascht, dass die Mehrheit der Bevölkerung glaubt, die Rate von Gewaltkriminalität durch Ausländer steige an (obwohl sie empirisch belegt faktisch sinkt!).

Vorurteile werden von den Medien systematisch geschürt. Andererseits müssen wir psychiatrischen Fachleute uns auch an die eigene Nase fassen. Asmus Finzen hat völlig recht, wenn er in der „Sozialen Psychiatrie“ schreibt: „Allgemein heißt es, medizinische Lehrmeinungen von gestern sind die Vorurteile von heute... Es muss doch Gründe dafür geben, dass die psychisch Kranken über hundert Jahre in bewährten Festungen auf dem Lande untergebracht und

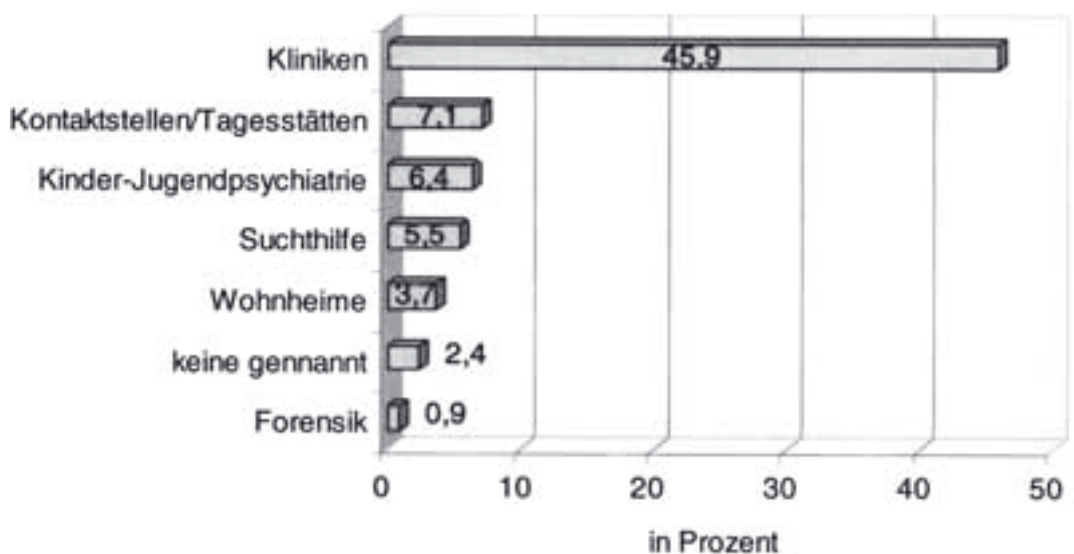
abgesondert wurden ... Unter solchen Voraussetzungen macht es keinen Sinn, uns über die Massenmedien zu erregen. Massenmedien sind keine pädagogischen Anstalten. Sie sind profitorientiert oder kundenorientiert oder beides“ (Finzen 2000, 6).

Auch wenn Medien keine „pädagogischen Anstalten“ sind, dürfen wir uns darüber ärgern, wie arg das Klischee des „gefährlichen Irren“ strapaziert wird. Darüberhinaus färben die Vorurteile gegen die Betroffenen auf uns professionelle Helferinnen und Helfer ab. In Krimis und Psychothrillern etwa wimmelt es von Psychiatern wie Hannibal Lecter („Das Schweigen der Lämmer“), die sich als Kannibale oder Serienmörder entpuppen. Wenn wir Psychiatrie-Profis auch nicht regelhaft von Wohnungsvermietern und Schwiegermüttern als „gefährlich“ eingestuft werden mögen, müssen wir aber zumindest damit rechnen, ausserhalb unseres Arbeitsfeldes misstrauisch als „wahrscheinlich komisch“ angesehen zu werden, nach dem Motto: „Wer mit Verrückten arbeitet, hat doch sicher irgendwie selbst einen an der Waffel“.

Wir wissen viel über Vorurteile und Stigmatisierung psychisch Kranker, aber wenig über Einstellungen in der Allgemeinbevölkerung gegenüber den psychiatrischen Hilfeeinrichtungen. Ich habe deshalb eine studentische Forschungsgruppe angehender SozialpädagogInnen beauftragt, eine Straßenbefragung am Kröpcke und am Hauptbahnhof Hannover durchzuführen. Die vier Studierenden (Anne Haisch, Börge Borchert, Dirk Müller und Marcus Nachtigall) haben einen halbstandardisierten Fragebogen entwickelt, mit dem sie insgesamt 547 Interviews durchführen konnten, bei denen die Haltung zu den psychiatrischen Hilfeeinrichtungen im Mittelpunkt stand. Einige der Befragungsergebnisse sollen hier vorgestellt werden.

Schon die Antwortverteilung auf die erste Frage („Kennen Sie psychiatrische Einrichtungen in Hannover?“) erscheint durchaus bemerkenswert: Etwa jede(r) zweite Hannoveraner(in) (47 %) kennt keine Einrichtung, hat demnach noch nie etwas von einer psychiatrischen Klinik, einem Wohnheim, einer Tagesstätte oder einer anderen Einrichtung gehört. Auch die gemeindepsychiatrische Ausrichtung unserer Angebote ist anscheinend vielen Bürgern noch nicht bekannt, wie die Antworten auf die zweite Frage offenbaren:

Abbildung 2:
Welche Einrichtungen kennen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

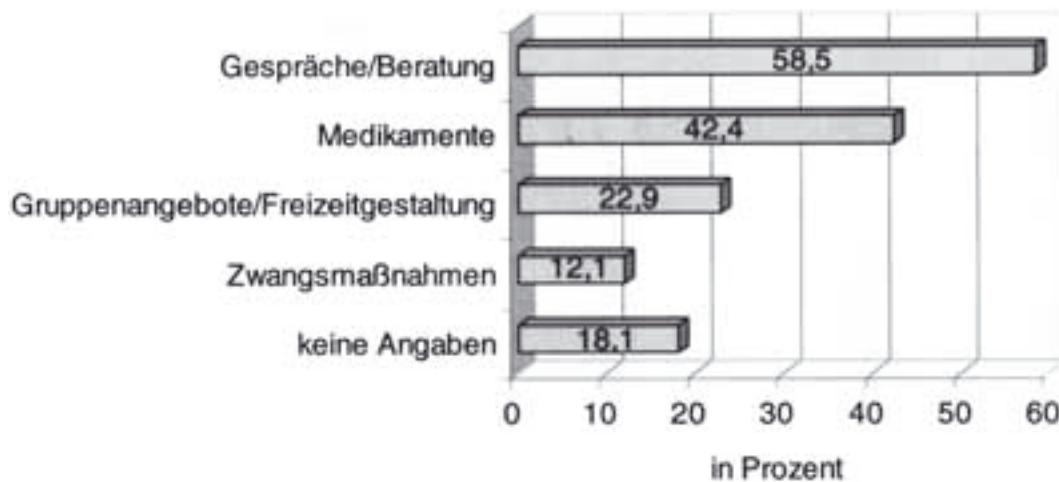


N=547

Im Bewußtsein der breiten Öffentlichkeit verankert sind am ehesten Kliniken, die oft in alter Diktion als „Anstalten“ benannt werden. Demgegenüber weisen nur 39 von 547 Befragten (7 %) auf Kontaktstellen oder Tagesstätten hin. Als positiv mag in diesem Kreis vielleicht bewertet werden, dass mit psychiatrischen Einrichtungen spontan lediglich 5 von 547 Personen (0,9 %) forensische Einrichtungen assoziieren.

Eine weitere Frage fokussiert die inhaltlichen Vorstellungen der BürgerInnen davon, was in den psychiatrischen Einrichtungen stattfindet.

Abbildung 3:
Was denken Sie, was in diesen Einrichtungen mit den psychisch Kranken gemacht wird?
(Mehrfachnennungen möglich)

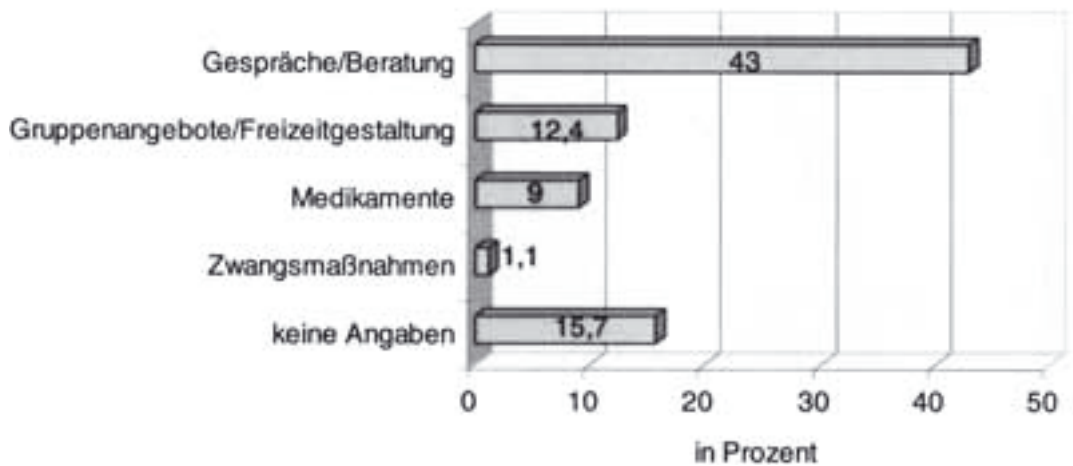


N=547

Wie bei den anderen Fragen auch, wurde offen gefragt ohne Antwortmöglichkeiten vorzugeben. Die Antwortverteilung ist fachlich betrachtet inhaltlich durchaus angemessen, Gespräche und Beratung haben ja tatsächlich wie auch Psychopharmaka einen zentralen Stellenwert in den psychiatrischen Einrichtungen. Die Erwartung, hier könnten alte „Schlangengrube“-Klischees zum Ausdruck kommen („die werden doch alle nur weggesperrt und abgespritzt“) bestätigt sich zumindest nicht als dominierende Antworttendenz.

Mit einer Projektionsfrage („Stellen Sie sich bitte vor, Sie selbst würden... betroffen sein.“) sollte die Phantasie angeregt werden, was in seelischen Krisen hilfreich sein könnte. Diese Frage wurde auch aus einem pädagogischen Impetus entwickelt, weil die kleine „Forscherguppe“ davon ausgeht, dass die Phantasie einer eigenen Betroffenheit für die Akzeptanz Psychiatrie-Erfahrener förderlich sein könnte.

Abbildung 4:
Stellen Sie sich vor, Sie selbst würden in einer Lebenskrise von seelischer Krankheit betroffen sein. Welche Wünsche hätten Sie dann an eine psychiatrische Hilfeeinrichtung? (Mehrfachnennungen möglich)



N=547

Im Vergleich mit den Vorstellungen der Befragten, wie die allgemeine Realität in psychiatrischen Einrichtungen aussieht (vgl. Abb. 3), werden hier für den Fall einer eigenen Betroffenheit deutlich seltener Zwangsmaßnahmen „gewünscht“. Interessanter als dieses naheliegende Ergebnis ist die Diskrepanz in Bezug auf Medikamente: Hatten noch 42 % die Vermutung geäußert, dass in psychiatrischen Einrichtungen Psychopharmaka gegeben werden (vgl. Abb. 3), „wählen“ diese Behandlungsform lediglich 9 % der Befragten für sich selbst.

Eine letzte Abbildung soll deutlich machen, dass „Des Bürgers Meinung“ z. T. hochdifferenzierte Ziele der Sozialpsychiatrie intuitiv abbildet. Die Mehrzahl der Antworten auf die offen formulierte Frage konnten wir Kategorien zuordnen, die wir zur Auswertung vorab gebildet hatten (vgl. Abb. 4). Allerdings wurden bei der Frage nach Wünschen im Fall einer eigenen Betroffenheit viele weitere Aspekte von Bürgern benannt, die hier noch in einer Aufstellung dokumentiert werden sollen:

Abbildung 4b:

Welche Wünsche hätten Sie bei eigener Betroffenheit an eine psychiatrische Hilfeeinrichtung? („unerwartete“ Antworten)

1	feministische Therapie	1
2	Maltherapie	1
3	Musiktherapie	1
4	Sport	1
5	gutes Essen	2
6	gemütliches Zimmer	5
7	Ausgang, offene Station	10
8	Zeit	11
9	individuelle Hilfe	18
10	wenig/keine Medikamente	32
11	Kontakt halten zu Familie und Freunden	52
12	Zuhören, ernst genommen & "normal" behandelt werden	55

N=547

Die Wünsche nach Freizügigkeit (Ausgang), intensive Zuwendung durch MitarbeiterInnen (Zeit) sind aus professioneller Sicht zweifellos ebenso nachvollziehbar und angemessen wie die hohe Priorität tragender sozialer Beziehungen und der Wunsch, in einer Krise ernst genommen und möglichst „normal“ behandelt zu werden. Dieses Spektrum der Wünsche Hannoveraner BürgerInnen (hier Angaben in Einzelnennungen statt in Prozent) offenbart eine überraschende Nähe zu den Zielen des psychiatrischen Reformprojektes, denen wir in den Niederungen der Alltagspraxis immer wieder versuchen zu entsprechen.

Die Bürgerbefragung der Fachhochschule im Rahmen der Psychiatrie-Woche der Region Hannover ist selbstverständlich auch selbst als Teil von psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit anzusehen, so haben die Studierenden nach jedem Interview mit einem Flyer für die Veranstaltungen geworfen. Neben einigen interessanten Ergebnissen, in denen inhaltlich differenzierte Haltungen der Allgemeinbevölkerung gegenüber psychiatrischen Einrichtungen zum Ausdruck kommen, macht der begrenzte Kenntnisstand der BürgerInnen zum Spektrum der bestehenden Einrichtungen nachdenklich. Wenn in unserer Region, deren psychiatrische Versorgung bundesweit als vergleichsweise vorbildlich gilt, jede(r) zweite Bürger(in) keine Einrichtung kennt und die anderen zumeist allenfalls „Anstalten“ kennen, liegt noch viel (Öffentlichkeits-) Arbeit vor uns!

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Michael Eink
Fachhochschule Hannover
Abteilung Soziale Arbeit
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover

Warum aus Betroffenen­sicht die Arbeit einer Beschwerdestelle Sinn macht?

von Christian Harig

Ich gliedere meinen Vortrag in fünf Bereiche:

1. Die besonderen Problemlagen psychiatriererfahrener Menschen
2. Möglichkeiten der Beschwerde
3. Qualitätsmerkmale unserer Beschwerdestelle
4. Exemplarische Darstellung von Beschwerdefällen
5. Ausblick

Zu 1. Die besonderen Problemlagen psychiatriererfahrener Menschen

Trotz, möglicherweise auch gerade wegen der bis heute völlig unzureichend aufgearbeiteten Verbrechen an psychisch kranken Menschen während der NS-Zeit, wie Zwangssterilisation und Massenmord, sind wir neben unserer Ersterkrankung, die häufig ohnehin schon belastend genug ist, einer zweiten ausgesetzt: der Stigmatisierung durch die Gesellschaft, die zusätzliche Barrieren schafft, sich zu entwickeln, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, Hilfen anzunehmen und sich zu integrieren. Die Schaffung von Barrierefreiheit und Entstigmatisierung von unten müssen zentrale Anliegen aller gesellschaftlichen Kräfte sein, soll der faktische Ausschluss psychisch kranker Menschen aus etlichen Lebensbereichen und die ihnen damit angetanene Gewalt gemildert werden. Psychiatrische Einrichtungen sind nur ein Bereich, der dazu beitragen kann, andere müssen hinzukommen.

Im Grünbuch der Europäischen Kommission wird das zuvor Gesagte ausgehend von der Definition psychischer Gesundheit durch die WHO eindrucksvoll bestätigt. Psychische Gesundheit gilt als Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Der psychische Zustand werde durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt: biologische, individuelle, familiäre, soziale, wirtschaftliche und Umfeldfaktoren. Das Stigma verschlimmere das persönliche Leiden und die soziale Ausgrenzung könne den Zugang zu Wohnraum und Beschäftigung verwehren. Die Angst, gebrandmarkt zu werden, halte Menschen davon ab, Hilfe zu suchen. Bekämpfung von Diskriminierung, Verhaltensänderungen in der Öffentlichkeit sowie bei Sozialpartnern, Behörden und Regierungen seien erforderlich.

Auch die Tatsache, dass die Psychiatrie-Woche in den Hannoverschen Zeitungen keine Erwähnung findet, wirkt stigmatisierend durch Unterlassung und Unausgewogenheit. Geht es um psychisch kranke Straftäter kann die Berichterstattung hingegen nicht ausführlich genug sein.

Das zuvor Gesagte ist ein gesamtgesellschaftliches Problem und macht nicht vor den Toren psychiatrischer Einrichtungen halt. Für psychisch kranke Menschen ist es daher noch immer schwer, ihre Rechte durchzusetzen. Der Verweis auf mangelnde Einsichtsfähigkeit oder gar der Hinweis darauf, daß die Ablehnung einer psychiatrischen Hilfe, die besondere Schwere der Erkrankung charakterisiere, ist oft typisch für den Umgang zwischen Behandlern und psychiatrischen Patienten. Auch Beschwerden von Angehörigen werden oft nicht ernst genommen, gelten sie manchen doch als Zeichen von Überbehütung oder gar krankheitsverursachend. So kann diese Art des Umgangs mit psychisch kranken Menschen und ihrem Umfeld eher krankheitsfördernd als der Gesundheit dienend wirken.

Zu 2. Möglichkeiten der Beschwerde

Beschwerdemöglichkeiten sind bereits für Otto Normalverbraucher wenig transparent. Die Schranken diese zu nutzen sind oft hoch, da angstbesetzt und nicht im Katalog des gesellschaftlichen Gehorsams enthalten. Aus den zuvor gesagten Gründen gilt dies für psychiatrieerfahrene Menschen in besonderer Weise. In Niedersachsen ist daher gemäß § 30 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke eine Besuchskommission installiert worden, die alle psychiatrischen Einrichtungen besucht und zur Aufgabe hat, für die Belange dieses Personenkreises einzutreten und in der Bevölkerung Verständnis für dessen Lage zu wecken. Seit 2002 sind in der für den ehemaligen Regierungsbezirk Hannover zuständigen Besuchskommission, in der ich seither mitarbeite, Professionelle, Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene tätig.

2004 schlug ich in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes die Schaffung einer Beschwerdestelle vor, nicht, weil sie sich außerhalb Niedersachsens zunehmend verbreitet und möglicherweise in Mode zu kommen scheint, sondern, weil sie die Lage der Schwächsten konkret verbessern kann, die in der Selbsthilfebewegung bisher nur wenig Rückhalt finden. Jeder aber weiß, die gegenwärtige Stärke kann schnell in Schwäche umschlagen, dann genau kann Unterstützung von außen erforderlich sein. Aufgrund entsprechend positiver Voten dieser Gremien entschied der Dezernent für Soziale Infrastruktur der Region Hannover, Herr Jordan, eine Beschwerdestelle einzurichten. Der sperrige Titel lautet: "Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen/ Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover". Bereits im Titel zeigt sich, dass eine Vernetzung aller Beschwerdemöglichkeiten angestrebt wird. Dies beinhaltet insbesondere auch die Zusammenarbeit von Besuchskommission und Beschwerdestelle, in meiner Doppelmitgliedschaft in Besuchskommission und Beschwerdestelle zusätzlich personalisiert. Die erste Sitzung fand am 15. Februar 2005 statt.

Die Aufgaben der Ombudsstelle liegen in der Annahme und Bearbeitung von Beschwerden und Anregungen. Sie berät und unterstützt die Beschwerdeführer und verweist zum Beispiel zur Rechtsberatung an Rechtsanwälte oder an die Schlichtungsstelle für Haftungsfragen der Ärztekammer. Sie hört beteiligte Institutionen, Dienste und Personen an, sie gibt wertende Stellungnahmen oder Anregungen ab. Sie hält wiederkehrende und/oder strukturell bedingte Beschwerden fest und trägt sie in die zuständigen Institutionen oder bringt sie in die politischen Gremien ein. Sie wendet sich an die Öffentlichkeit und achtet insbesondere auf die Zuständigkeit der Besuchskommission nach dem NPsychKG. Festgelegt ist, dass die Ombudsstelle nicht von sich aus tätig wird.

Anders als von mir vertreten heißt es in der Irren-Offensive Nr.11/2003 als Stellungnahme des Werner-Fuß-Zentrums zu der Planung von sog. „Vertrauens - und Beschwerdestellen Psychiatrie“ in jedem Bezirk: Wir verurteilen diese Planung aufs Schärfste, eine heimtückischere Knebelung der Betroffenen ist kaum denkbar.“ Ich halte dies für falsch, weil hier eine kleine Gruppe versucht, anderen ihre Haltung aufzuzwingen, indem sie andere herabsetzt. Gleichwohl verweisen sie in pointierter Form auf Missstände in der Psychiatrie, die unter dem Stichwort „Zwang und Gewalt“ zusammengefasst werden können. Auch in den Berichten des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen, in denen die Ergebnisse der Besuchskommissionen zusammengefasst sind, wird auf das Problem freiheitsentziehender Maßnahmen verwiesen.

Oft gibt es zwischen Menschen Gemeinsamkeiten in der allgemeinen Benennung eines Problems. Auf der Suche nach der Konkretisierung und der Lösung geht es aber u.a. je nach der individuellen Biographie und Lebenssituation weit auseinander. Gerade in der detaillierten Zusammenarbeit mit den BeschwerdeführerInnen stellen wir nur zu oft fest, wie sehr sich Menschen in Wahrnehmung und Wollen voneinander unterscheiden. In der Besuchskommission hingegen herrscht eine eher einrichtungsbezogene Sicht vor, die sinnvoller Weise durch die personenbezogene ergänzt wird. Mit der Arbeit in den genannten Gremien können wir darauf achten, dass Rechte eingehalten und individuelle Wünsche Psychiatriebetroffener gestärkt werden und einen detaillierteren Einblick in ihre Lage in psychiatrischen Einrichtungen gewinnen, verbunden mit konkreterem Einfluss. Manchmal entwickelt sich auch die Chance, einigen den Weg in die Selbsthilfebewegung zu eröffnen.

Zu 3. Qualitätsmerkmale unserer Beschwerdestelle

1. Einbettung in einen kooperativen Gesamtzusammenhang: Zwar kam der Anstoß für die Beschwerdestelle in Hannover von den Psychiatrie-Erfahrenen, er wurde aber vom Sozialpsychiatrischen Verbund und dem Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover wohlwollend aufgegriffen, der entschied, eine Beschwerdestelle einzurichten.
2. Perspektivenvielfalt der Mitarbeiter der Beschwerdestelle: Sie setzt sich aus 5 Mitgliedern sowie 2 beratenden Mitgliedern der Region Hannover zusammen. Mitglieder sind:
 - ein Vertreter des Vereins Psychiatrie-Erfahrener
 - eine Vertreterin der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker
 - eine Vertreterin aus den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen
 - ein freiwilliger Bürger mit rechtskundigem Hintergrund (ein Rechtsanwalt)
 - ein freiwilliger Bürger mit sozialem EngagementBeratende Mitglieder sind der Leiter des Teams Gemeindepsychiatrie (Sozialpsychiatrischer Dienst, ein Psychiater) und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover.
3. Orte, die die Unabhängigkeit der Beschwerdestelle symbolisieren: Gemäß Flyer ist die Beschwerdestelle zu erreichen über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes, den Verein Psychiatrie-Erfahrener und die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker. Die monatliche gemeinsame Sitzung findet im Haus der Region statt. Damit werden sowohl Unabhängigkeit als auch Gemeinwesenorientierung verdeutlicht.
4. Ausreichende Häufigkeit von Sprechstunden, Niedrigschwelligkeit, Selbstkontrolle: Über die in unseren Flyern angegebenen Anschriften samt Telefonnummern können Beschwerdeführer uns etwa 40 Stunden wöchentlich erreichen. Allein unser Verein hat täglich etwa 7 Stunden geöffnet. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst ist tagsüber besetzt. Die Niedrigschwelligkeit ist darüber gegeben, dass unterschiedliche Formen der Beschwerden möglich sind: telefonische, persönliche, schriftliche per Post über E-Mail. Unterschiedliche Ansprechpartner sind vorhanden und Hilfestellung beim Abfassen der Beschwerde kann geleistet werden. Neben den obligatorischen Sitzungen nehmen die Mitglieder auch Termine vor Ort wahr, um beispielsweise mit psychisch Erkrankten oder deren Angehörigen zu sprechen.
5. Selbstkontrolle erfolgt über die monatliche stattfindende Sitzung und das Bemühen immer zwei Mitglieder der Beschwerdestelle mit einer Beschwerde zu betrauen. Fortbildung und Supervision wird in erster Linie von mir wahrgenommen, da ich professionell tätig bin und

angesichts der Unterstützung von VPE-Mitgliedern in anderen Tätigkeitsfeldern meiner Arbeit Aktivitäten in entsprechende Bereiche verlagern kann.

6. Transparenz und formale Rahmenbedingungen. Diese werden gewährleistet über: eine Geschäftsordnung/Jahresberichte an den Sozialpsychiatrischen Verbund und den Gesundheitsausschuss der Region Hannover/übersichtliche Aktenführung/Protokolle/ein Formular Schweigepflichtserklärung und Informationsblätter, (neudeutsch Flyer genannt) und einen regelmäßigen Sitzungstermin.

Grundlage der Ombudsstelle ist die Geschäftsordnung. Sie beinhaltet:

- Zuständigkeit und Zusammensetzung
- Aufgaben und Datenschutz
- Kosten und Vertretung nach außen
- Sitzungen und Beschlüsse
- Berufungsdauer, Berichtswesen und Inkrafttreten

7. Die erforderlichen materiellen Ressourcen müssen gegeben sein: Die Mitglieder der Beschwerdestelle erhalten die notwendigen Aufwandsentschädigungen und die erforderliche Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Hinzu kommt die privilegierte Position unseres Vereins: Stadt und später Region unterstützen uns und übernehmen ab 2000 die finanzielle Förderung der Stelle unseres hauptamtlichen Mitarbeiters, die ich seitdem ausübe. Seit 1995 bestand die Stelle einer ABM-Kraft. Seit vielen Jahren erhält unser Verein, von Anfang an als täglich geöffnete offene Kontaktstelle mit Gruppenangebot und Interessenvertretung konzipiert, aus öffentlichen Mitteln die Ressourcen, die eine erfolgreiche Wahrnehmung unserer Aufgaben überhaupt erst möglich machen. Verein, Vorstand und Hauptamtlichkeit sind psychiatrienerfahren, damit dient der hier beschäftigte Arbeitnehmer den in der Selbsthilfe fußenden Betroffenen formal wie unmittelbar.

8. Öffentlichkeitsarbeit: Zur Außendarstellung wurde ein Faltblatt entwickelt. Es kommt in allen psychiatrischen Einrichtungen zum Einsatz. Folgende Aktivitäten wurden von uns direkt bzw. indirekt initiiert: Vorstellung der Mitglieder der Ombudsstelle vor dem Gesundheitsausschuss im Mai 2005 und eine Pressekonferenz im Mai 2005. Eingeladen waren Vertreter der regionalen Presse und Radiosender, z.B. Radio Flora und NDR-Radio. Die Resonanz war unterschiedlich. Die regionale Presse fehlte. Radio Flora und NDR-Radio sendeten ein mit mir, als Mitglied der Ombudsstelle und Dr. Sueße, dem Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, geführtes Interview.

Vorträge hielten wir z.B. in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen und vor dem zuständigen Gremium des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover sowie der Stadt Braunschweig. Den Landesfachbeirat Niedersachsen informierte ich, der ich auch Mitglied in diesem Gremium bin, über unsere Arbeit. Auch in Veröffentlichungen des Vereins der Psychiatrie-Erfahrenen wird auf die Ombudsstelle hingewiesen; ebenso während des bundesweiten psychiatrischen Filmfestivals „AusnahmeZustand“, das im Mai 2006 auch im Kommunalen Kino Hannover stattgefunden hatte. Außerdem ist die Ombudsstelle im bundesweiten Netzwerk der Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) eingebunden und auf der entsprechenden Webseite präsent.

Zu 4. Exemplarische Darstellung von Beschwerden

Im Tätigkeitszeitraum (bis einschließlich Dezember 2006) wurden von uns 34 Fälle bearbeitet. Es beschwerten sich 20 Frauen und 12 Männer, zwei Beschwerden waren anonym. Die Mehrheit der Beschwerden kam aus der Stadt Hannover. Die Beschwerdegründe teilten sich bei den 34 bearbeiteten Beschwerden in folgende Bereiche auf:

- acht beschäftigten sich mit der (Zwangs-)Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik
- fünf hatten ambulante ärztliche Diagnostik/Behandlung bzw. Gutachtertätigkeit zum Inhalt
- vier betrafen Angelegenheiten des Maßregelvollzuges während eines dortigen Aufenthaltes
- vier wandten sich gegen Betreuungsmaßnahmen in Heimen bzw. gegen die dortige Heimbetreuung
- vier betrafen Angelegenheiten der beruflichen Rehabilitation bzw. der Arbeitsvermittlung (ARGE)
- zwei betrafen Angelegenheiten in der rechtlichen Betreuung, wobei der Anteil derer, die eine rechtliche Betreuung hatten sehr viel höher war,
- zwei gingen um die Betreuung durch eine Sozialpsychiatrische Beratungsstelle
- vier Bereiche waren jeweils einmal betroffen; ambulant betreutes Wohnen, örtlicher Sozialhilfeträger, Hilfskonferenz und der Verein Psychiatrie-Erfahrener
- ein Beschwerdefall betraf nicht den Bereich der psychischen Erkrankung/seelischen Behinderung

Beispiel 1:

Der Aufenthalt im Heim und Perspektivlosigkeit förderten bei einem Beschwerdeführer immer wieder Aggressionen, die sich in Gewaltandrohungen gegenüber Teilen des Pflegepersonals und dem amtlich eingesetzten Betreuer widerspiegelten. Er hatte den Eindruck, dass sich keiner um ihn kümmerte und er auf Dauer „weggeschlossen“ werden sollte. Er glaubte an eine Absprache zwischen der Heimleitung und dem Betreuer. An ihm vorbei würden Vereinbarungen über seinen weiteren Aufenthalt im Heim getroffen; er fühlte sich nicht informiert. Eine Vertrauensbasis bestand nicht.

Um seine Situation zu verändern, beantragte er über die Heimleitung mehrmals den Wechsel seines Betreuers beim Gericht. Er versprach sich eine bessere und intensivere Betreuung. Insbesondere wollte er eine eigene Wohnung erhalten und frei über sein Geld verfügen. Da er keine Rückmeldungen auf seine Anträge erhielt und er überzeugt war, dass sie bewusst zurückgehalten wurden, schaltete er uns ein. Er bat uns, in seinem Namen einen Betreuerwechsel zu betreiben.

Um uns sachkundig zu machen, führten wir mit ihm in beidseitig offener Atmosphäre Gespräche vor Ort. Schnell entwickelte sich Vertrauen. Weiteres wurde vereinbart, wir erhielten eine schriftliche Vollmacht. Wir telefonierten mit dem zuständigen Richter, der uns bat, einen schriftlichen Antrag beim Amtsgericht auf Betreuerwechsel zu stellen. Dem Antrag legten wir ein Gesprächsprotokoll bei. Leider verzögerte sich die Bearbeitung, da die Zuständigkeiten beim Amtsgericht geklärt werden mussten, eine Rückmeldung über den Stand der Bearbeitung erhielten wir nicht. Nach mehrmaligem Nachfassen legten wir eine Beschwerde beim Präsidenten des Amtsgerichts ein. Nach ca. 6 Monaten wurde der Antrag bearbeitet. Zwischenzeitlich fragte uns der Beschwerdeführer immer wieder telefonisch nach dem Stand. Aufgrund der

Vertrauensbasis ließ er sich von uns beruhigen. Die Beschwerde ist abgeschlossen, da weitere Maßnahmen vom Amtsgericht in Zusammenarbeit mit der Betreuungsstelle eingeleitet wurden.

Beispiel 2:

Etliche Beschwerden erreichten uns von Beschwerdeführern, die teils nach Betreuungsrecht, teils nach NPsychKG, zwangsweise untergebracht waren. Einige wurden zusätzlich zwangsbehandelt. Neben uns schalteten sie einen Rechtsanwalt ein, um die Aufhebung ihrer Unterbringung durchzusetzen. Wir informierten sie über ihre rechtlichen Möglichkeiten und wurden gegenüber der Klinik hinsichtlich der Ausgangsregelung, des Besuches, der Sitzwache und der Perspektiven nach dem Klinikaufenthalt aktiv.

Des öfteren hatten Betreuer durch Kündigung der Wohnung Fakten geschaffen, die nur noch die Unterbringung im Heim als Perspektive erschienen ließen. Auch hier versuchten wir im Sinne der Beschwerdeführer Einfluss zu nehmen, damit sie weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben können. Gerade Menschen, die zwangsweise untergebracht sind, können von uns kaum betreut und beraten werden, da wir häufig zu spät ins Geschehen einbezogen werden, nicht regelmäßig dabei sind und keine rechtlichen Kompetenzen besitzen.

Beispiel 3:

Beschwerdeführer beklagten sich über die Begutachtung durch Ärzte. Sie fühlten sich als „psychisch krank“ abgestempelt und zu unrecht als nicht arbeitsfähig und nicht geschäftsfähig klassifiziert. Diese Stimmung wird noch verstärkt, wenn einem Beschwerdeführer die Begleitung durch einen Bekannten zur Begutachtung verwehrt wird.

In einem anderen Beispiel gelang es uns im Gespräch mit einer Mitarbeiterin der ARGE und der Beschwerdeführerin eine neue Arbeitserprobung zu erreichen. Einen anderen Beschwerdeführer begleiteten wir zum Rechtsanwalt und konnten dazu beitragen, dass der Rechtsstreit fortgesetzt wurde, obgleich die Beschwerdeführerin sich nicht für „psychisch krank“ hielt, dies aber Voraussetzung für den Erfolg ihres Rechtsstreites war.

Zu 5. Ausblick

Die Zusammenkünfte der Ombudsstelle, die Gespräche vor Ort mit Beschwerdeführern und die gemeinsame Kommunikation zeigen folgendes:

- Die Zusammensetzung der Ombudsstelle ist hilfreich. Unterschiedliche Erfahrungswerte und Interessenlagen führten bei der Bearbeitung und Beurteilung von Beschwerden zu konstruktiven Lösungen. Manches löste sich während unserer Begleitung. Jede Beschwerde wurde von uns individuell behandelt. Die unkomplizierten Informationswege und unsere hohe Flexibilität haben sich bewährt. Dadurch können Maßnahmen schnell getroffen und umgesetzt werden. Übergreifende Gremienarbeiten sind bei der Behandlung von Beschwerden sehr nützlich.
- Als schwierig haben sich bei der Bearbeitung von Beschwerden die zum Teil langen Abwicklungs- bzw. Entscheidungsprozesse herausgestellt. Das hängt zusammen mit Kompetenz- und/oder Zuständigkeitsfragen und Kapazitätsengpässen in Institutionen. Eine schnellere

Bearbeitung ist wünschenswert. Dadurch kann die Erwartung der Beschwerdeführer von uns erfüllt und gegenseitiges Vertrauen aufgebaut werden. Vielfach werden wir zu spät von Betroffenen involviert, ein Eingreifen unsererseits ist nicht mehr möglich.

- Trotz unseres Faltblattes und unserer Öffentlichkeitsarbeit ist ein zufriedenstellender Bekanntheitsgrad nicht erreicht worden. Gespräche zeigen, dass Betroffene zufällig von der Existenz der Ombudsstelle erfahren haben. Auch vielen Mitarbeitern in Betreuungs- oder Pflegeberufen sind wir nicht bekannt.
- Es dürfte erforderlich sein, Beschwerden struktureller Art, wie etwa Ausgangsregelungen und Sitzwachen bei Zwangsmaßnahmen, Kompetenzwirrwarr, Art der Begutachtungen und Umgang mit psychiatrienerfahrenen Menschen im Sozialpsychiatrischen Verbund, dessen Einrichtungen die Arbeit der Beschwerdestelle grundsätzlich unterstützen, lösungsorientiert und grundsätzlich zu erörtern und gegebenenfalls auch an überregionale Gremien weiterzuleiten.

Anschrift des Verfassers:

Christian Harig
Verein Psychiatrie-Erfahrener
Rückerstr. 17
30169 Hannover

Die Arbeit der Seelhorst-Stiftung

von Rose-Marie Seelhorst

Sehr geehrte Damen und Herren,
oft werde ich gefragt, wen die Seelhorst-Stiftung eigentlich unterstützt. Ich werde kurz schildern, wie es zur Gründung der Stiftung kam und wen sie finanziell unterstützen will.

Mein Mann errichtete die Seelhorst-Stiftung als gemeinnützige, selbstlos tätige Stiftung im März 1993 mit einem Anfangskapital von 50.400 DM. Anlass war die schwere psychische Erkrankung von mehreren Söhnen und die Erkenntnis, dass psychische Krankheit meist zu Verarmung und sozialem Abstieg führt. Wir wollten den Grundstein dafür legen, dass Menschen in dieser Not schnell und unbürokratisch geholfen wird.

Inzwischen ist das Kapital um ein Vielfaches angewachsen. Von den Erträgen und Spenden wird vielen psychisch kranken Menschen in finanzieller Notlage geholfen.

Seit dem Tod meines Mannes im Frühjahr des vorigen Jahres habe ich die Aufgaben der Vorsitzenden übernommen. Der Vorstand besteht zur Zeit aus vier Mitgliedern, zwei Angehörigen, einem Juristen und einem Bankfachmann. Die Mitglieder des Vorstandes werden vom Vorsitzenden auf jeweils sechs Jahre berufen.

In der Satzung heißt es zu der Frage, bei welchen Bedürfnissen die Stiftung nach ihren Möglichkeiten helfen soll:

„...dazu gehören neben der Sicherung der Lebensunterhalte und der Beschaffung und Sicherung von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, von Erholungs- und Freizeithilfen die Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen seelisch Erkrankter und ihrer Angehörigen.“

Es gibt heute im wesentlichen drei Aufgabenfelder für die Geschäftsführung:

1. Bearbeitung von Anträgen auf finanzielle Zuwendung von einzelnen psychisch Kranken und von Gruppen und Vereinen
2. Verwaltung der Zustifterkonten
3. Verwaltung von Projekten, etc.

Der Schwerpunkt der Aufgabe liegt bei der Bearbeitung von Anträgen auf finanzielle Zuwendung von einzelnen psychisch erkrankten Menschen und Vereinen. Da lautet erst einmal die Frage: Ist der Antragsteller im Sinne der Satzung antragsberechtigt, d. h. selbst psychisch erkrankt oder Angehöriger eines psychisch Erkrankten oder wird der Antrag von einem Bevollmächtigten eines psychiatrischen Hilfsvereines zu Gunsten einer Gruppe psychisch Erkrankter gestellt?

Dann interessiert der Inhalt des Antrags. Wofür wird Geld gebraucht und in welcher Höhe? Niemand darf unverhältnismäßig begünstigt werden.

Bisher verfügt die Stiftung für diese Ausgaben über verhältnismäßig geringe Mittel. Trotzdem kann laufend sehr vielen Antragstellern geholfen werden. Das zur Verfügung stehende Geld muss gut eingeteilt werden. Wir erhalten viele und oft sehr rührende Dankschreiben.

Wofür werden solche Anträge gestellt?

Z.B. für Einrichtungsgegenstände, gebrauchte Waschmaschine, gebrauchter Fernseher oder für Bekleidung, für Monatskarten bei der ÜSTRA oder einen Anteil an einer Urlaubsreise, Volkshochschulkurse, um sich weiter zu bilden und nicht von der Krankenkasse finanzierte Therapie, für Hilfe bei einem Umzug oder Anteil an Mietsicherheit, usw. usf, für Ferienfreizeiten von Gruppen, Druckkosten für einen neuen Flyer der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, usw. usf.

Die Anträge kommen aus ganz Deutschland. Es gibt keine lokale Begrenzung.

Das zweite wichtige Aufgabengebiet ist die Verwaltung der Zustifterkonten. Eine Reihe von Angehörigen haben Zustiftungen geleistet mit der Auflage, deren Erträge lebenslang einem psychisch erkrankten Familienmitgliedern oder auch mehreren zugute kommen zu lassen. Die Höhe der Zustiftungen ist weder nach unten noch nach oben begrenzt. Die Zustifterverträge werden notariell beglaubigt. Die Gelder werden mündelsicher angelegt. Die Stiftung erhält lediglich ein Achtelprozent des Zustiftungskapitals für ihre Auslagen. Das ist – wie jeder schnell nachrechnen kann – sehr wenig. Jeder Zustifter hat ein eigenes Depot, in dem die Wertpapiere verwahrt werden, und ein Sparkonto für die Erträge.

Erst nach dem Tod des Begünstigten kann die Stiftung über die Erträge aus einem Zustiftungskapital verfügen.

Die Seelhorst-Stiftung kann auch die Trägerschaft für ein Projekt übernehmen, z. B. tut sie dies zur Zeit wieder für ein Projekt der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule. Thema, bzw. Aufgabenstellung: „Erprobung qualitätsgesicherter Vorgehensweisen bei Unterbringungen“. Die Mittel für dieses Projekt wurden bei dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie beantragt und von diesem genehmigt. Die Seelhorst-Stiftung übernimmt gern die Trägerschaft für dieses Projekt, weil wir der Auffassung sind, dass die genannte Studie für unsere Kranken von großer Bedeutung ist.

Ganz besonders am Herzen liegt uns der Psychiatrische Krisendienst der Region Hannover, genau benannt „Psychosozialer/Psychiatrischer Krisendienst“, kurz PPKD, der heute Abend mit einer Festveranstaltung sein 10-jähriges Bestehen feiern wird. Die Seelhorst-Stiftung stellt seit 10 Jahren die Anträge für die Fortsetzung des Angebotes PPKD und verwaltet die genehmigten Mittel.

Der Krisendienst für Wochenenden und Feiertage wurde nach jahrelangem Drängen vor allem der Angehörigen psychisch Kranker zunächst probeweise und dann mit jährlicher Verlängerung anfangs durch die Stadt Hannover und den Landkreis und inzwischen durch die Region finanziert.

Als betroffene Angehörige stelle ich mit großer Dankbarkeit fest, dass die hohe Kompetenz und vor allem die menschliche Zuwendung der Mitarbeiter des Krisendienstes gegenüber Menschen in extremen Krisensituationen manch eine Eskalation verhindert hat und wenn eine Unterbringung angebracht war, dass diese dann durch die Begleitung der Mitarbeiter des Krisendienstes ruhiger und weniger traumatisierend verlief, als das ohne diese Begleitung möglich gewesen wäre. Ich wünschte, wir hätten solche Dienste im ganzen Land.

Für uns Angehörige und die psychisch Kranken in der Region Hannover ist es eine beruhigende Vorstellung, dass es diesen Dienst an Wochenenden und Feiertagen gibt. So beruhigend, dass manch eine Krise gar nicht erst richtig heiß wird. Schade, dass es nicht nachts, in allen Nächten einen Krisendienst gibt.

Vor allem zu Beginn einer psychischen Krankheit kommt es zu schweren Krisen im häuslichen Bereich. In so einer Situation können Beziehungen, die der Kranke dringend braucht, überstrapaziert werden.

Erfahrene Angehörige und Kranke kennen häufig die Telefonnummer des Krisendienstes. Aber neu Betroffene leider nicht. Deshalb müssen wir alle dafür sorgen, dass die Faltblätter des Krisendienstes verteilt werden, dass mehr Menschen als bisher wissen, dass es diesen Dienst gibt und wie und wann er zu erreichen ist. Da kann praktisch jeder helfen. Man braucht nur ein Bündel Faltblätter und Taschenkärtchen bei sich zu haben und sie an allen Stellen zu deponieren, an denen man vorbei kommt und sie vermisst.

Nun habe ich Ihnen ein bisschen von unserer Stiftung und ihrem Wirken berichtet. Jedes der geschilderten Aufgabenfelder wäre m. E. für sich die Errichtung einer Stiftung wert.

Die Satzung ist bewusst von meinem Mann so allgemein formuliert worden, dass durchaus weitere Aufgabenfelder vorstellbar sind. Die enge Verbindung zur Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker hat sich ebenso bewährt wie die persönlichen Kontakte, die ich durch meine Mitarbeit in Landesgremien wie Landesfachbeirat und Psychiatrieausschuss gewonnen habe. Der Fachmann spricht von „Vernetzung“.

Die Zustifter der Seelhorst-Stiftung kommen bisher aus der Reihe der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft. Sie haben auf Veranstaltungen und in persönlichen Gesprächen von dieser Möglichkeit, ihren psychisch erkrankten Familienmitgliedern finanzielle Hilfe zu leisten, erfahren. Diese Form der Hilfe sollte allerdings über die Grenze der Arbeitsgemeinschaft weiteren potentiellen Zustiftern bekannt gemacht werden. Viele Angehörige würden „ihrem“ kranken Familienmitglied gern solche finanzielle Unterstützung zuteil werden lassen, wenn sie davon nur wüssten. Also sprechen wir darüber. Selbstverständlich sind uns Zustiftungen ohne Auflagen immer und in jeder Höhe sehr willkommen. Wenn mehr Erträge zur Verfügung stünden, könnte psychisch Kranken noch besser geholfen werden. Da gibt es viel Bedarf. Auch solchen, an den wir uns bisher noch nicht gewagt haben.

Für Anregungen bin ich aufgeschlossen. Durch die Erfahrungen in der eigenen Familie und die enge Verbundenheit zur kommunalen Angehörigenarbeit ist bei uns gewährleistet, dass nicht aus ideologischen oder wirtschaftlichen Gründen an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei geplant wird.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse.

Anschrift der Verfasserin:

Rose-Marie Seelhorst
Seelhorst Stiftung
Uferplatz 5
30890 Barsinghausen

„Personenbezogen, gemeindenah und Wettbewerb“

von Eberhard Höfer

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
erst einmal ganz herzlichen Glückwunsch zu 10 Jahren „Sozialpsychiatrischer Verbund Hannover“ und herzlichen Glückwunsch für das gelungene Programm der Psychiatrie-Woche 2007 in Hannover. Ganz besonders hat mich der hohe Anteil kulturell-künstlerischer Darbietungen gefreut, die meines Erachtens in besonderer Weise geeignet sind, entstigmatisierend zu wirken, weil das Menschsein an sich in all seinen Facetten Ausdruck, Achtung und Beachtung findet. Über die sprachliche Vermittlung hinaus, teilt sich in der künstlerischen Darbietung etwas Grundsätzliches zum Menschsein mit, was sich sonst im Alltag entzieht.

Bei den Psychiatrietagen des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hildesheim im Jahr 2005 haben wir selbst die Erfahrung machen können, dass durch die Darbietungen der Projektgruppe

„Kunstwerts“ in den Bereichen Literatur, Musik, Theater und bildende Kunst eine wertschätzende Beziehung zwischen Kunstschaffenden – mit zum Teil Psychiatrieerfahrung – einerseits und einem breiten Publikum andererseits hergestellt werden konnte.

„Was ist gut?“

Meine Damen und Herren: „Was ist gut?“ – Das ist die Kernfrage aller ethischen und sittlichen Fragestellungen. Sie leitet sich aus der Kenntnis ab, dass menschliches Handeln und Verhalten auch anderen Menschen oder den Lebensbedingungen der Menschen schaden kann. Seit der Vertreibung aus dem Paradies und dem Verlust der paradiesischen Unbefangenheit kommen wir um die Beantwortung dieser Frage nicht mehr herum. Unsere Ureltern konnten es nicht lassen, die Frucht vom Baum der Erkenntnis zu essen, so dass wir neben der Mühsal des Erdenlebens ständig zwischen „Gut und Böse“ bzw. „Gut und Schlecht“ unterscheiden müssen. Dabei lässt sich die Frage „Was ist gut?“ nie ein für allemal beantworten. Sie ist vielmehr stets immer wieder neu zu aktualisieren und zu konkretisieren. „Ein mitleidsloser Mensch kann nicht gut sein“, sagte Arthur Schopenhauer einmal in diesem Zusammenhang.

Es ist auch die anmaßende Aufgabe des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen, dem ich zurzeit vorsitze, und der ihm zurarbeitenden Besuchskommissionen die Frage „Was ist gut?“ immer wieder zu stellen und zumindest vorübergehend zu beantworten.

Dass Menschen einer Gesellschaft, einer Gemeinschaft, aufeinander angewiesen sind, steht außer Zweifel. Wie aber können alle Menschen dieser Gemeinschaft, auch die Kranken und Behinderten, an den zur Verfügung stehenden Ressourcen gerecht teilhaben?

Der Anspruch unserer Sozialgesetzbücher ist in diesem Zusammenhang hoch! Sie sind eine wichtige Grundlage für die Beantwortung der Frage „Was ist gut?“ auch für solche Menschen, die – durch welche Umstände auch immer – benachteiligt sind. So lautet § 1 SGB I: „Das Recht des Sozialgesetzbuches soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen ... gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, ... den Erwerb des Lebensunterhaltes durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.“

§ 1 SGB IX betont die Selbstbestimmung von Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Dabei geht es im SGB IX um die Förderung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch für behinderte Menschen.

Neben dem grundsätzlichen Respekt vor Menschen sind dies die wesentlichen Grundsätze, die auch den Ausschuss und die hinzuarbeitenden Besuchskommissionen leiten bei der Beantwortung der Frage „Was ist gut?“.

Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland

10 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund Hannover und gleichzeitig 10 Jahre Novelle des Psychisch-Kranken-Gesetzes in Niedersachsen – lassen Sie mich etwas zurückblicken.

Meine Damen und Herren, die Zumutung psychischer Krankheit und seelischer Behinderung an die gängigen Vorstellungen normalen Menschseins, hatte dazu geführt, Menschen, die solche Störungen aufwiesen, an Orte abzuschicken, wo sie die Vorstellungen vom normalen Menschsein weniger irritieren konnten. Das hatte historisch Mitte des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts die Etablierung psychiatrischer Großanstalten zur Folge, die wegen ständiger Nachfrage immer wieder erweitert werden mussten.

Die Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland begann mit einem Eklat! Unter dem Thema „Die Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft“ sollten die sozialpsychiatrischen Ansätze von Kisker, Häfner und Kuhlentkampff auf dem Hamburger Psychiatriekongress 1970 diskutiert werden. Weil sich auch andere Berufs- und Gesellschaftsgruppen lebhaft zu Wort meldeten, verließen die etablierten Ordinarien unter Protest den Kongress. Die aufgeladene Emotionalität gab der Psychiatriereformbewegung die Kraft, über Jahrzehnte gegen alle hemmenden Interessen und Regularien durchzuhalten. Die Zielrichtung der Psychiatriereformbewegung heißt: Ambulant vor stationär!

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich von 1988 werden die Ergebnisse der sozialpsychiatrischen Versorgungsmodelle zusammengefasst, die nach Erscheinen der Psychiatrieenquête 1975 erprobt worden waren. Die zusammengefassten Leitlinien der Empfehlungen für eine zukünftige sozialpsychiatrische Versorgung waren:

- Gemeindenähe
- Personenzentrierung
- Enthospitalisierung
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Während im klinisch/stationären Bereich der Psychiatrie sogenannte „Komplexleistungen“ für Menschen mit psychischen Störungen angeboten werden konnten, fehlten entsprechende Leistungen ambulant.

Für den ambulanten Bereich beklagte die Expertenkommission 1988 einen Wirrwarr an Zuständigkeiten und einen Mangel an Verantwortlichkeiten auf allen Ebenen. Wahrscheinlich müsste die Expertenkommission auch heute noch genauso klagen. Dennoch, die Zersplitterung der Zuständigkeiten für den Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung sei das entscheidende Hindernis für den Aufbau eines bedarfsgerechten Systems. Für die damalige Expertenkommission war (kommunale) Steuerung angesagt.

Als Fundament allgemeinpsychiatrischer ambulanter Versorgung sah die Expertenkommission den „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ vor. Dieser sollte aus drei Komponenten bestehen:

- Aufsuchend ambulanter Dienst,
- Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion,
- Tagesstätte.

Niedersächsische Fachkommission Psychiatrie

Zur Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 berief die Landesregierung in Niedersachsen 1990/1991 eine Fachkommission Psychiatrie. Diese legte Ende 1992 der Landesregierung einen Bericht vor, der Anfang 1993 veröffentlicht wurde.

Die kleine Unterarbeitsgruppe der Fachkommission „Ambulante Versorgung“ beschäftigte sich dabei mit der schwierigen Frage: Wie kann das Prinzip der Komplexleistung auf den ambulanten Bereich übertragen werden? Wieviel Personal braucht man im ambulanten Bereich dafür? Auch der sogenannte IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) hatte ursprünglich die Absicht, den Personalbedarf im ambulanten Bereich ähnlich wie die PsychPV (Personalverordnung für die Psychiatrie) auch im ambulanten Bereich zu ermitteln. Dies geschah über die Feststellung von Hilfebedarfen.

Damals entstand u. a. die Vorstellung, dass die an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen Mitarbeiter für einen Mitarbeiterpool zur Verfügung stellen, der dann wiederum die ambulante Versorgung übernimmt. Letztlich kristallisierten sich zwei konkurrierende Konstrukt- oder Gestaltungsideen heraus:

Das ambulante sozialpsychiatrische **Zentrum** (psychiatrisches Ambulatorium war tabu), der **Verbund** als Zusammenschluss aller Hilfeanbieter für psychisch Kranke, indem die Hilfen konkret abgestimmt werden.

Mit Rücksicht auf die bestehenden Verhältnisse entschied sich die Arbeitsgruppe „Ambulante Versorgung der Fachkommission Psychiatrie“ für die Gestaltungsidee des Verbundes mit regionaler und verpflichtender Zuständigkeit. Verbindlichkeit und Verpflichtung waren damals wichtige Stichworte, sah man doch die Problematik der unzureichenden ambulanten Versorgung darin, dass es letztlich doch keine Verantwortlichkeiten und verbindliche Aufgabenübernahmen gab, wie es bereits die Expertenkommission der Bundesregierung beklagt hatte. In Abgrenzung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund, der in den Empfehlungen der Expertenkommission nur drei Komponenten vorsah, nannte die Fachkommission Psychiatrie in Niedersachsen die neue Struktur „Sozialpsychiatrischer Verbund“. Denn alle Angebote für psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen, auch die stationären Angebote, sollten neben den ambulanten Angeboten in diesem Verbund vertreten sein. Die Regelung verpflichtender Verbindlichkeiten und Verantwortungszuschreibungen scheiterte letztlich neben der kommunalen Organisationshoheit und an der selbstbewusst vorgetragenen Autonomie der Anbieter. Die dadurch entstandene Unklarheit darüber, was das Gebilde eines Sozialpsychiatrischen Verbundes denn eigentlich sei, setzte dennoch eine fruchtbare Dynamik frei, die sich daraus speiste, den Verbund trotz mangelnder Festlegung oder gerade wegen mangelnder Festlegung zu gestalten.

Ganz auf der Linie der Psychiatriereform betonte auch in Niedersachsen die Fachkommission Psychiatrie die kommunale Verantwortung im Rahmen der Daseinsvorsorge für die Bürger und damit auch die Verantwortung für die psychisch Kranken und seelisch behinderten Bürger. Wie bereits erwähnt, wurde aber die damit verbundene Steuerungs- und Sicherstellungsverpflichtung der Kommunen durch alle Interessensgruppen erheblich abgeschwächt.

Weil die Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung nur sehr schleppend voran kam, erarbeitete die Fachkommission Psychiatrie in Niedersachsen einen Vorschlag zur Novellierung des Psychisch-Kranken-Gesetzes. Wesentliche Teile des Erarbeiteten gingen 1997 später in die von den Regierungsfractionen eingebrachten Novelle des Niedersächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes ein. Diskutiert wurde immer wieder, ob die Ausformulierung eines so umfassenden Hilfeteils überhaupt Bestandteil eines Gesetzes sein soll. Ein Gesetz solle so knapp wie nötig formuliert werden, alles andere gehöre in Ausführungsbestimmungen. Die Erfahrungen mit dem Nds. PsychKG von 1978 unterstützten aber die Notwendigkeit von Ausformulierungen.

Nicht ganz ohne Stolz kann ich sagen, dass auch viele Hildesheimer Erfahrungen Berücksichtigung fanden.

Personenbezogen

Bei der uns ständig zu beschäftigenden Frage „Was ist gut?“, „Welche Hilfen sind gut?“ gelten grundsätzlich die Leitgedanken der Sozialgesetzbücher und der Psychiatriereform: Die Hilfen sollen personenbezogen bzw. personenzentriert sein, die Selbstbestimmung fördern und nicht institutionszentriert sein. Die Hilfen sollen sich an den Bedürfnissen der betroffenen Person orientieren und wertschätzend sein.

Der inzwischen leider verstorbene Psychotherapieforscher Klaus Grawe formulierte vier psychologische Grundbedürfnisse:

- Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (auch Autonomiebedürfnis).
- Das Streben nach Lustgewinn und Unlustvermeidung (das Streben nach Belohnung).
- Bindungsbedürfnis (Bedürfnis nach sozialer Sicherheit).
- Bedürfnis nach Selbsterhöhung und Selbstschutz (darunter auch das Bedürfnis für andere Menschen von Bedeutung zu sein, das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung).

Gemeindenah

Wenn die Hilfen gemeindenah sein sollen, wie es die Psychiatriereform immer wieder forderte, dann müssen die Hilfen für die Bedürftigen auch erreichbar sein, ohne dass sie gezwungen sind, ihre gewohnte Umgebung für längere Dauer verlassen zu müssen oder, ohne dass ihnen eine unzumutbare Wegezeit abverlangt wird.

Zur Erreichung ihrer Ziele betonte die Psychiatriereformbewegung immer wieder die Elemente der Steuerung und Planung.

Marktwirtschaft und Wettbewerb

Marktwirtschaftliche und ökonomische Gesichtspunkte mobilisieren inzwischen eine neue Dynamik! Nicht mehr Steuerung und Planung, sondern der Markt selbst soll die Versorgung regulieren. Der Fürsorgegedanke der Daseinsvorsorge von Staat und Wohlfahrtsverbänden wird durch die neue Marktorientierung überlagert, wenn nicht gar ersetzt. Diese neue Orientierung ist mit dem Glauben verbunden: Das Gute setzt sich am Markt durch!

Die Globalisierung der Märkte allgemein, die Wettbewerbsvorgaben der EU und in Niedersachsen nicht zuletzt der Verkauf der psychiatrischen Landeskrankenhäuser haben die Signale zur Öffnung des Wettbewerbs auch für die sozialpsychiatrische Versorgung gesetzt. In einigen Regionen hat es dazu geführt, dass Hilfeanbieter ihre Mitarbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden aufgekündigt oder reduziert haben, weil sie die Preisgabe von Betriebsgeheimnissen befürchteten und geschäftsschädigende Aussagen ihrer Mitarbeiter im Verbund verhindern wollten. Andere Hilfeanbieter arbeiten verstärkt im Verbund mit, weil sie sich dadurch einen Wettbewerbsvorteil versprechen.

Wir erleben zurzeit eine deutliche Expansion und Zunahme von Hilfeangeboten im ambulanten wie im stationären Bereich. Eine unüberschaubare Produktdifferenzierung, zum Teil unter dem

gleichen Etikett („Betreutes Wohnen“), und die Zunahme von innovativen Organisationsformen sprengt alle Schemata früherer Aufsichtszuständigkeiten. Es gibt inzwischen Organisationsstrukturen von Hilfeangeboten, für die sich keine staatliche Aufsicht mehr zuständig fühlt.

Der Markt funktioniert dabei nach dem Prinzip: Kundengewinnung durch Komfortversprechen und Kundenbindung durch Bedarfsvereinbarungen und Vertragsbindungen.

Der Markt bietet flexibel, was bezahlt wird! Ökonomisierung heißt auch, dass die Zahlen stimmen müssen. Dabei konkurrieren natürlich die Zahlen der Hilfeanbieter mit denen der Leistungsträger. Gerungen wird um die Frage zulässiger und unzulässiger Leistungserweiterung. Bei einer Pauschalierung der Sätze kann der Gewinn des Hilfeanbieters durch Einsparungen des Personaleinsatzes verbessert werden, werden Einzelleistungen bezahlt, können lukrative Einzelleistungen vermehrt zum Einsatz gebracht werden. Wettbewerbsregeln bestimmen die Hilfen. Budgetierungen als regulierende Bremse von Leistungsausweitung führen nicht selten zu Irritationen und Verunsicherungen bei allen Beteiligten.

Wenn der ökonomische Gewinn, die größte Wertschöpfung Vorrang hat, dann wird der Klient leicht das Mittel zum Zweck, denn es zählt, vereinfacht gesagt, die Gewinnorientierung und nicht mehr die personenbezogene bzw. personenzentrierte Hilfe.

Kundenbindung und Komfort können schließlich auch verhindern, dass der selbstständig gewordene Kunde aus der Versorgung entlassen wird (Was unterscheidet die therapeutische Beziehung von der Kundenbindung und wie viel Komfort ist gut?). Dabei richtet sich der Hilfebedarf zweifellos auch immer nach dem, was Experten dafür halten und was sie als Angebot bereitstellen. Expertenbestimmung statt Selbstbestimmung? Die Innovationen des Marktes schaffen einen immer wieder neuen Bedarf, den es zuvor noch nicht gab. Dies gilt für die Neuerungen im Technikbereich wie für die Neuerungen im Betreuungsbereich.

Es würde den Rahmen sprengen, auf die angebotsorientierten Krankheitstrends einzugehen und das Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Expertenbestimmung (Betreuerbestimmung) näher zu beleuchten. Ganz spannend wird in naher Zukunft die Beantwortung der Frage nach dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget und den konkreten Möglichkeiten des Anspruchsberechtigten. Sie sehen, die Frage: „Was ist gut?“ muss uns intensiv bewegen.

Zu seinem Jubiläum wünsche ich dem Sozialpsychiatrischen Verbund Hannover auch in Zukunft noch viele fruchtbare Jahre. Denn die Frage: „Was ist gut?“, „Was ist gut für die Menschen?“ wird uns auch weiter fortwährend beschäftigen.

Ich danke für ihre Aufmerksamkeit.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Eberhard Höfer
Ausschuss für Angelegenheiten
der Psychiatrischen Krankenversorgung
in Niedersachsen
Bischof-Janssen-Str. 31
31134 Hildesheim

Artikel Langenhagener Echo 18. 07. 2007

von Michael Sandau

An ungewöhnlichen Orten Abschlussveranstaltung der Psychiatrie-Woche in Langenhagen

Am Freitag 06. Juli fand die Abschlussveranstaltung der Psychiatrie-Woche der Region Hannover in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie statt. An 5 Tagen hatte sich ca. 1000 Besuchern in 30 Veranstaltungen Psychiatrie an ungewöhnlichen Orten vorgestellt.



So zur Suchtarbeit in der Brauerei Herrenhausen, zum Thema Arbeit für psychisch beeinträchtigte Menschen im Industrie Club, zum Thema Forensik im Landgericht. In einer ARTPARADE zogen künstlerisch tätige Psychiatrie-Erfahrene von der Marktkirche zum Pavillon, wo auch jetzt noch Malerei und Plastiken ausgestellt sind. Sozialdezernent Jordan lobte in der Abschlussveranstaltung der Woche anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region die Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen für das Erreichte. Er forderte dazu auf, angesichts einer sich wandelnden Sozialpsychiatrie hin zur Ökonomisierung, in einen Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung und nicht um Klienten und Finanzen einzutreten. In diesem Zusammenhang stellte er auch die Übernahme des Landeskrankenhauses Wunstorf durch das Klinikum Region Hannover. Weiterhin sei auf das Thema Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen aufmerksam zu machen, stellte Christian Harig vom Verein Psychiatrie Erfahrener fest. Psychisch kranke Menschen würden im Alltag und in der Presse zu oft nur dann wahrgenommen, wenn sich über seltene, spektakuläre Gewalttaten berichten ließe. Eine Straßenumfrage von Studenten der FH Hannover im Vorfeld dieser Woche ergab, dass nur jeder 2. Bürger psychiatrische Einrichtungen in seiner Stadt kennt. Hier sei noch viel Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

Anschrift des Verfassers:

Michael Sandau
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Rhodehof 5
30853 Langenhagen

Autorenverzeichnis

Beins, Wolfram	Vorsitzender Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Blanke, Uwe	Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover, Dipl. Sozialarbeiter/-pädagog, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Eink, Michael, Prof. Dr.	Fachhochschule Hannover, Abteilung Soziale Arbeit, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover
Friedrich Werner, Beatrix	Leiterin der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention Burgdorf, Laatzen, Springe, Diakonieverband Hannover-Land, Schillerstr. 8, 31303 Burgdorf
Gawlik, Christian	Vorsitzender des Gesamtpersonalrates der Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30160 Hannover
Goesmann, Cornelia, Dr.	Ärzttekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Hannover, Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Harig, Christian	Dipl. Sozialwirt, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Rückertstr. 17, 30169 Hannover
Hauser, Ute, Dr.	Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover
Heimann, Edda	Angehörigenvertreterin „Der Steg“, Altenhoferstr. 17, 30890 Barsinghausen
Höfer, Eberhard, Dr.	Vorsitzender des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen, Bischof-Janssen-Str. 31, 31134 Hildesheim
Koch, Vera	Heimleiterin der Pflegeheime Dr. med. E.-A. Wilkening, Wolfstr. 36, 30519 Hannover
Krumpholz, Sabine	Sozialarbeiterin in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Ronnenberg/Empelde, Hansastr. 38, 30952 Ronnenberg
Kruse, Gunther, Prof. Dr.	Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rhodehof 5, 30853 Langenhagen

Maibaum, Reinhold	Oberarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankenhauses Wunstorf, Südstr.1, 31515 Wunstorf
Roeser, Sebastian	Leiter des Bereiches Balance Wohnen gGmbH, Hermann-Löns-Str. 2A, 30827 Garbsen
Sandau, Michael	Leiter des Sozialdienstes Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rhodehof 5, 30853 Langenhagen
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekordinator der Region Hannover, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Seelhorst, Rose-Marie	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen, Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
Spengler, Andreas, Prof. Dr.	Ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Sporn, Thomas, Dr.	Leiter der Abteilung Gesundheit des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover
Sueße, Thorsten, Dr.	Leiter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Tänzer, Andreas	Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Theißing, Annette	Psychologische Leiterin beta-REHA-Nachsorge, Calenberger Str. 34, 30169 Hannover
Wellendorf, Elisabeth	Kinderpsychotherapie/Kunsttherapie, Kantplatz 1, 30625 Hannover

■ Herausgeber

Region Hannover
Team Gemeindepshychiatrie als Geschaftsfuhrung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Weinstraße 2
30171 Hannover

ISSN 1865-6838