



Themenbezogene Bilanz **Psychiatrieplan**

Stand: Juli 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort		1
Einführung		2
Aufbau der themenbezogenen Bilanz		3
A	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
1	Synopse	4
2	BELLA-Studie mit epidemiologischen Kennzahlen	5
3	die nächsten Schritte	6
B	Suchthilfeplanung	
1	Synopse	7
2	Wie verbreitet sind Suchterkrankungen?	8
3	Auswertung regionaler Zahlen intoxikierter Kinder und Jugendlicher	9
4	Aufbau des Betreuten Wohnens für Suchterkrankte	10
5	die nächsten Schritte	10
C	Gerontopsychiatrie	
1	Synopse	11
2	Zahlen – Alten- und Pflegeheime	12
3	Prognose: Zunahme Demenz	14
4	die nächsten Schritte	16
D	Erwachsenenpsychiatrie und Gemeindepsychiatrischer Verbund	
1	Synopse	17
2	DEGS-Studie	18
3	Statistik Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) – Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB)	20
4	Zahlen der Psychiatrischen Kliniken	21
5	Entwicklung der Eingliederungshilfe	25
6	die nächsten Schritte	30
Schlussbemerkung		31



Vorwort

Geht es nach der amerikanischen Psychiatervereinigung wird gemäß des überarbeiteten Handbuchs zur Diagnose psychischer Erkrankungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; kurz DSM-5 [1]) die Abgrenzung zwischen einer leichten psychischen Störung und einem psychiatrischen Krankheitsbild neu definiert. Wo liegt die Grenze zwischen krank und gesund, zwischen notwendiger (fach)ärztlicher Therapie und Selbstheilung, zwischen behandlungsbedürftigen Symptomen oder sonderbarem Verhalten? Wann braucht der Patient professionelle Hilfe oder reicht eventuell freundschaftliche Unterstützung aus? Muss ein trauernder Angehöriger nach dem Tod eines geliebten Menschen, der keinen Appetit hat und sich zunehmend isoliert, fachärztlich versorgt werden? Oder muss jedes Kind mit motorischer Unruhe und mangelnder Konzentrationsfähigkeit gleich Psychopharmaka einnehmen, um in der Schule wieder zu funktionieren? Gehört inzwischen die missbräuchliche Einnahme von Psychopharmaka bei gewünschter kognitiver Leistungssteigerung zum Alltag in Schulen und Universitäten?

Als zuständiger Gesundheitsdezernent werde ich mit solchen komplexen, zum Teil recht schwierigen Fragen konfrontiert. Befriedigende Antworten und konkrete Hilfen darauf zu finden, gerade wenn unmittelbarer und persönlicher Handlungsdruck besteht, erscheint auf die Schnelle nicht oder nur schwer verfügbar. Einfache Rezepte und schnelle Erfolge sind schwer greifbar und unter Umständen schnell vergänglich.

Wir wollen uns seitens des Gesundheitsamtes mit der themenbezogenen Bilanz des Psychiatrieplans aus dem Jahre 2006/2007 diesen spannenden Fragen zuwenden und die Ängste und Vorbehalte vor psychischen Krankheiten nehmen. Nur wer mehr über alltägliche, aber nach wie vor schambesetzte Sachverhalte erfährt, kann zielgerichtet und letztendlich lösungsorientiert agieren. Dass dies in der Praxis und besonders in Belastungssituationen selbst für professionelle Helfer nicht einfach ist, wissen diejenigen, die mit solchen Problemlagen konfrontiert waren oder noch sind. Grundvoraussetzung ist das (Er)Kennen von psychischen Störungen, um mögliche Handlungsoptionen gemeinsam mit Fachleuten entwickeln zu können.

Die nun vorliegende themenbezogene Bilanz will zudem Einblick gewähren in die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft im Main-Kinzig-Kreis und Entwicklungen der vergangenen Jahre näher beleuchten. Sie wendet sich ausdrücklich nicht nur an die sozialpsychiatrische Fachöffentlichkeit, sondern das vorliegende Werk soll gezielt die politische wie gesellschaftspolitische Ebene zur Diskussion anregen. Die vorliegende Bilanz soll keine vorgefertigten Antworten auf schwierige Themen geben, sondern sie soll dazu beitragen, im gemeinschaftlichen Diskurs für die Problemlagen psychisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen zu sensibilisieren und mögliche Strategien zu eröffnen.

Die Ergebnisse des gemeinschaftlichen Diskurses sollen wiederum in kleinen Facharbeitsgruppen weiter entwickelt werden. Als Steuerungsgruppe dieses Prozesses der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen dient der Gemeindepsychiatrische Verbund. Intendiert ist eine permanente Reflektion aller Akteure mit Blick auf verstärkte Netzwerkbildung, träger- und sektorenübergreifender Leistungserbringung sowie passgenauer und personenzentrierter Ausrichtung der Hilfen. In diesem Sinne danke ich den Autoren des Gesundheitsamtes und allen Mitgliedern des Gemeindepsychiatrischen Verbundes bei der Erstellung dieses Werkes.

Matthias Zach
Gesundheitsdezernent

Einführung

In der Psychiatrieberatssitzung am 12. Dezember 2012 konnte der erste Entwurf zur Fortschreibung des Psychiatrieplans 2013 eingebracht, erörtert und mit Anregungen der Teilnehmer versehen modifiziert werden. Verglichen mit der Ursprungsintention der Empfehlung des Psychiatrieplans 2006/2007 [2], wonach eine komprimierte Bestandsaufnahme der Zielformulierungen und Forderungen nach einem Zeitraum von 5 Jahren vorgenommen werden sollte, kamen diese in dem Entwurf nur sehr undeutlich zu Tage. Um die Systematik und inhaltliche Schwerpunktsetzung des eingebrachten Entwurfs der Fortschreibung in weiten Teilen nachvollziehen zu können, war die Kenntnis des vorherigen Psychiatrieplans notwendig.

Im Nachgang konzeptioneller Diskussionen um die Fortschreibung des Psychiatrieplans wurde mit Blick auf das politische Format der Fortschreibung und der darin enthaltenen Kernaussagen die Ausrichtung des Planwerks revidiert. Im Fokus sollte vielmehr eine themenbezogene Bilanz mit nachvollziehbaren Aussagen zu psychiatrischen Versorgungsstrukturen im Main-Kinzig-Kreis stehen, belegt mit vorliegenden und validen Basisdaten. Ohne Kenntnis detaillierten Vorwissens sollte sich der Blick auf zentrale Merkmale und Kennzahlen zur Qualität psychiatrischer Versorgung richten. Um Aussagen zu den in der Psychiatrie-Reform formulierten Zielen der wohnortnahen, personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen treffen zu können, bedarf es einer Analyse der bestehenden Bedingungen und der regional existierenden Versorgungsstrukturen. Das komplexe System der sogenannten Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen ist sehr feingliedrig und bedingt durch rechtliche und sektorenbezogene Zuständigkeiten selbst für Profis nicht immer durchschaubar. Gleichzeitig besteht der Anspruch, den Leistungsberechtigten passgenau die Art von Hilfe zukommen zu lassen, die ihnen eine umfassende Teilhabe und Teilnahme an unserer Gesellschaft eröffnen soll. Hierzu bedarf es eines vernetzten, kooperierenden Verbundes aller Leistungserbringer sowie einer Steuerungsverantwortung auf Seiten der Kommune.

Gerade um der kommunalen Steuerungsverantwortung nachkommen zu können, sollten ebenso allgemeine epidemiologische Grundlagen wie auch die verfügbare Datenlage der psychiatrischen Versorgung dargestellt und analysiert werden. In der Klärungsphase zeigte sich schnell, dass viele im Hilfeprozess beteiligte Träger individuell Daten zur Dokumentation und Qualitätssicherung der Leistungen erheben, diese aber nicht für eine regionale Sozialplanung und Steuerungsprozesse zur Verfügung stehen. Es erscheint daher dringend gegeben, vorhandene (Daten)Grundlagen für eine Evaluation der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu präsentieren und mit ersten Analysen zu versehen. Diesem Anspruch folgend, versucht die nun vorgelegte themenbezogene Bilanz mit der Präsentation relevanter Daten gemeindepsychiatrischer Versorgung und der Übertragung wissenschaftlicher Studien auf regionale Strukturen einen anderen Ansatz zu verfolgen, um die Qualität der gemeindepsychiatrischen Versorgung und deren Steuerung zu verbessern.

Der Anspruch, die sozialpsychiatrische Versorgung qualitativ für die Betroffenen zu optimieren und an deren Interessen auszurichten, ist die zentrale Triebfeder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Mit Hilfe der nun vorliegenden Datenlage soll in Arbeitsgruppen die in der themenbezogenen Bilanz skizzierten Problembereiche aufgegriffen und bearbeitet werden. Die uneingeschränkte Teilhabe Behinderter am gesellschaftlichen Leben soll uns gemeinsam führen.

Aufbau der themenbezogenen Bilanz

Der Anspruch der allgemeinen Verständlichkeit der themenbezogenen Bilanz spiegelt sich im Aufbau des Werkes wider. Die Systematik der Darstellung orientiert sich am Psychiatrieplan 2006/2007 mit seinen 4 Teilbereichen:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Suchthilfeplanung
- Gerontopsychiatrie
- Erwachsenenpsychiatrie und Gemeindepsychiatrischer Verbund

Den Einstieg in die einzelnen Kapitel bildet eine Synopse mit den wichtigsten Zielen aus dem Psychiatrieplan 2006/2007, eine Kurzbeschreibung mit Statuserhebung sowie dem Versuch eines Ausblicks für die Zielbeschreibung. Dies soll dazu dienen, dass ohne genaue Kenntnis des bestehenden Psychiatrieplans die prägnantesten Ziele nochmals benannt, bewertet und mit einer Perspektivenklärung versehen werden. Die Darstellung in Form einer Synopse hat keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf eine Rekapitulation der Erkenntnisse und Forderungen aus dem Psychiatrieplan 2006/2007, soll aber dennoch Einstieg sein in eine themenbezogene Bilanz.

Darauf aufbauend werden epidemiologische Daten basierend auf neueren wissenschaftlichen Studien auf regionale Bedingungen transformiert. Hintergrund ist, dass keine validen, auf den Main-Kinzig-Kreis bezogene Daten existieren, aber der zunehmende Versorgungsdruck auf soziale Hilfesysteme, insbesondere die Eingliederungshilfe, ungebrochen ist und bei der Versorgung von psychisch Kranken sogar stetig zunimmt. Anhand von Kennzahlen soll die Dimension und Dynamik der medizinischen wie sozialpsychiatrischen Versorgungsstruktur vor Ort skizziert werden. Eigene Datenerhebungen und Angaben des für die Behindertenhilfe in Hessen zuständigen Leistungsträgers, des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV), komplettieren den Überblick der Entwicklung vor Ort.

Zum Schluss eines jeden Teilplans sollen in aller Kürze die nächsten Schritte der Umsetzung umrissen werden, handlungsleitend für alle Teilbereiche des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, dessen Steuerungsgremien sowie für die politische Ebene.

Es ist nicht beabsichtigt, ein vollständiges Bild der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft im Main-Kinzig-Kreis zu zeichnen. Vielmehr soll mit relevanten Informationen ein Prozess des Austausches innerhalb der regionalen Fachöffentlichkeit, der politischen Ebene, der Betroffenen sowie interessierter Personen angestoßen werden, um sich so basierend auf der vorhandenen Datenlage den gesellschaftspolitischen Herausforderungen der Behindertenhilfe im Sinne einer vollen und wirksamen Teilhabe in der Gesellschaft auf Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention zu stellen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Stellen gemeint ist.

A Kinder- und Jugendpsychiatrie

1 Synopse des Psychiatrieplans 2006/2007

Ziel	Status	Ausblick
Leichter Zugang zu qualifizierten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten	Eine tagesklinische Einheit konnte in Hanau mit 15 Plätzen eröffnet und 2012 auf 20 Plätze erweitert werden, zusätzlich bestehen Ambulanzen in Hanau und Gelnhausen	Eine Kinder- und jugendpsychiatrische Fachklinik im Main-Kinzig-Kreis soll am Standort Hanau etabliert werden
Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Es konnten einzelne zusätzliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Main-Kinzig-Kreis angesiedelt werden	Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung führen, um regionale Bedarfe darzustellen. Es sollten Anreizsysteme installiert werden, um zusätzliche Therapeuten gewinnen zu können (z.B. neue Versorgungsgebiete)
Etablierung von Fallkonferenzen als Case-Management der Systeme Jugendhilfe, Schule und Gesundheit	Verbindliche Absprachen involvierter Netzwerker konnten nicht vereinbart werden	Einzelfallbezogene Fallkonferenzen sollten bei Bedarf sektorenübergreifend einberufen werden
Schulsozialarbeit – Schnittstelle der Kooperation von Jugendhilfe und Institution Schule	Schulsozialarbeit konnte als Regelangebot an allen Haupt- und Realschulen, an Integrierten Gesamtschulen sowie an Beruflichen Schulen etabliert werden	Die Finanzierung der Schulsozialarbeit abseits der kommunalen Familie durch Land und Bund sicherstellen und für alle Schulen ausweiten
Verstärkte Kooperation zwischen verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen sowie Beratungsstellen	Anlassbezogene Treffen des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie	Systemübergreifende Vernetzung und Verzahnung bestehender Angebote und Institutionen

2 BELLA – Studie mit epidemiologische Kennzahlen

Die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen ist unser höchstes Gut. Aber wie gesund bzw. krank sind eigentlich unsere Kinder und Jugendlichen in Deutschland und insbesondere im Main-Kinzig-Kreis? Und welche Rolle spielen dabei psychische Erkrankungen?

Nicht nur Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher interessieren sicherlich diese spannenden Fragestellungen, besonders bei psychischen Ausprägungen. Gesicherte Prognosen scheinen eher schwierig und wenig zuverlässig, bedingt durch subjektive Empfindungen, unterschiedliche Falldefinitionen sowie vielfältige Erscheinungsformen. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an die inflationäre Diagnostik der Aufmerksamkeits-Defizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die insbesondere in den Klassenzimmern einen rasanten Einzug gehalten hat.

Wissenschaftliche Studien können hierzu erste fundierte Erkenntnisse liefern, die pointiert und auf unsere Region bezogen dargestellt werden sollen. Im Sinne einer verbesserten Identifizierung und Behandlung betroffener Kinder und Jugendlicher muss außerdem betrachtet werden, wie sich deren medizinische und/oder sozialpädagogische Versorgungssituation in unserer Region darstellt.

In der BELLA-Studie, dem Modul „Psychische Gesundheit“ des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS [3]), wurde eine repräsentative Basiserhebung im Umfang von 2.863 Familien mit Kindern im Alter von 7 – 17 Jahren zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten erstellt. Mit Hilfe standardisierter Screening Verfahren (u.a. SDQ) konnte die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten valide ermittelt werden. Demnach zeigten 21,9% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Als spezifische psychische Auffälligkeiten treten Ängste bei 10,0%, Störungen des Sozialverhaltens bei 7,6%, Depressionen bei 5,4% sowie bei 2,0% eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf.

Unter den untersuchten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ungünstige familiäre Faktoren (Konflikte in der Familie oder hohe elterliche Belastung) sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an. Kinder und Jugendliche mit individuellen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zeigen hingegen weniger psychische Krankheitsmerkmale. Nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit diagnostizierten psychischen Störungen erhalten eine adäquate Behandlung. Bei der Identifikation von Problemgruppen sollten allerdings nicht nur Risikofaktoren der psychischen und subjektiven Gesundheit einbezogen werden, sondern Berücksichtigung sollten die vorhandenen Ressourcen finden, deren Stärkung vorrangiges Ziel von Prävention und Intervention sein sollte.

Übertragen auf die Population der Kinder und Jugendlichen der gleichen Altersgruppe im Main-Kinzig-Kreis wären gemäß der BELLA-Studie folgende Prävalenzen zu konstatieren.

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Main-Kinzig-Kreis, analog BELLA-Studie		
	Prävalenzrate (%)	Summe
psychisch auffällig	21,9	9.735
psychisch auffällig und behandlungsbedürftig	9,7	4.310
davon:		
Angststörung	10	4.400
Störung des Sozialverhaltens	8	3.550
Depressivität	5	2.220
ADHS	2	889

n= **44.453** Personen im Alter von 7 bis unter 18 Jahren

Stand: 31.12.2012

Gerade die letzte Tabelle zeigt die Dimension der gesellschaftlichen wie medizinischen Herausforderung in der Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Die umfassende und zeitnahe medizinische und/oder therapeutische Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Main-Kinzig-Kreis kann nur gewährleistet werden, wenn der leichte Zugang zu ausreichenden qualifizierten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in allen Bereichen substantiell verbessert und aufgestockt wird.

3 Die nächsten Schritte

Um die bedarfsgerechte medizinische Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher im Main-Kinzig-Kreis merklich verbessern zu können, sind folgende Schritte zu verwirklichen:

Der Aufbau und die Umsetzung einer wohnortnahen, teil- wie vollstationären Behandlungseinheit im Main-Kinzig-Kreis muss mit allem Nachdruck vorangetrieben werden. Am Standort Hanau sollte eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Klinik in Kooperation mit den vorhandenen Angeboten der medizinischen, sozialpsychiatrischen sowie Jugendhilfeleistungen installiert werden.

In der ambulanten Versorgungsstruktur fehlt es sowohl im fachärztlichen Bereich in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen an zeit- und wohnortnaher medizinischer Behandlung, als auch im Bereich der niedergelassenen Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Wartezeiten gerade im therapeutischen Setting erstrecken sich oft auf mehrere Monate und können in der Konsequenz dazu führen, dass sich die Krankheitsbilder manifestieren. Die Einschränkungen und Zulassungsbeschränkungen durch die Kassenärztliche Vereinigung im Bereich der therapeutischen Behandlung muss gelockert werden.

Die Schulsozialarbeit, als wichtige Schnittstelle der Kooperation zwischen Jugendhilfe und der Institution Schule, ist weiterzuentwickeln und auszubauen [4]. Zusätzlich zu dem bestehenden Angebot an allen Haupt- und Realschulen, den Integrierten Gesamtschulen und den Beruflichen Schulen des Main-Kinzig-Kreises soll die Ausdehnung des Angebots der Schulsozialarbeit auf Grundschulen und Gymnasien vorangetrieben werden. Dazu bedarf es jedoch einer Ausweitung der Finanzierungszusagen des Landes und des Bundes.

B Suchthilfeplanung

1 Synopse des Psychiatrieplans 2006/2007

Ziel	Status	Ausblick
Die Grundversorgung muss erhalten bleiben und bedarfsorientiert ausgebaut werden	Diesem Anspruch folgend konnten weitere Projekte angestoßen werden	Grundversorgung an gestiegenen Bedarf anpassen
Alkoholmissbrauch gezielt vorbeugen - sichtbar ist nur die Spitze des Eisbergs	Alkohol ist nach wie vor nicht nur bei Jugendlichen die Droge Nummer 1	Mit gezielten Programmen frühzeitig die Auswüchse riskanter und exzessiver Konsummuster thematisieren, z.B. Projekt HaLT
Psychosoziale Begleitung im Rahmen der Substitution (PSB) flächendeckend aufbauen	Aufbau eines Angebots in der Substitutionsambulanz Gelnhausen sowie das Projekt der aufsuchenden Beratung in Arztpraxen in der Region Hanau konnten installiert werden	Im Rahmen kommunalisierter Haushaltsmittel konnten die beiden Projekte initiiert werden, es fehlt die Regelfinanzierung
Tagesstruktur – Teilhabe Arbeit dem bestehenden Bedarf anpassen	In Hanau konnte ein zusätzliches Angebot installiert werden	Es fehlt ein tagesstrukturierendes Angebot im Raum Schlüchtern mit Zuverdienstmöglichkeiten
Ambulante und niedrigschwellige Betreuungsformen ausbauen	Ambulante Betreuungsformen konnten kontinuierlich ausgeweitet werden, sowohl Betreutes Einzelwohnen als auch eine Betreute Wohngemeinschaft	Die Übergänge zwischen stationären und ambulanten Wohnformen noch vereinfachen, durch Schaffung differenzierter Angebote
Option einer langfristigen, geschlossenen Unterbringung nach Betreuungsrecht schaffen	Zunehmende richterliche Unterbringungsbeschlüsse müssen umgesetzt werden, bei fehlenden Versorgungsmöglichkeiten in Hessen	Spezialisierte Einrichtung für Suchtkranke mit Unterbringungsbeschluss ist in der Region notwendig
Aktuelle Entwicklungen des Suchtverhaltens verfolgen	Verändertes Suchtverhalten und neue Suchtmittel (Legal Highs), synthetische Drogen, oder Spiel- und Mediensucht verbreiten sich rasant	Angebotsstruktur auf sich verändernde Bedingungen ausrichten und Finanzierung sicherstellen
„Ambulante Rehabilitation Sucht“ als eigenständiges Angebot der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hanau etablieren	Die Mitarbeiter der Suchtambulanz bieten ein breites Therapie- und Beratungsangebot an	Weiterentwicklung des Behandlungsangebots, noch stärkere Vernetzung mit den komplementären Hilfen

2 Wie verbreitet sind Suchterkrankungen?

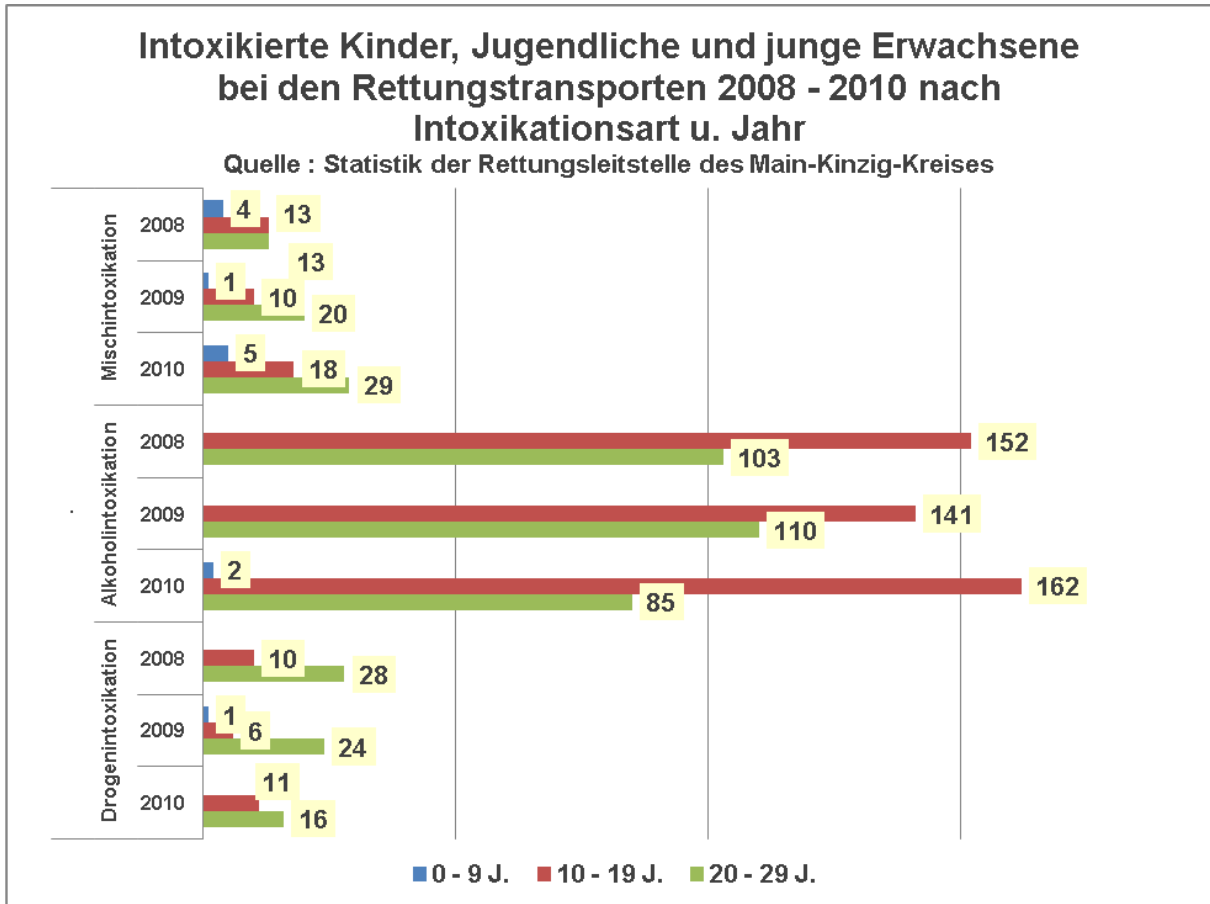
In Deutschland gehören Suchterkrankungen, der übermäßige und schädliche Konsum psychotroper Substanzen, zu den häufigsten Ursachen psychischer Erkrankungen. Innerhalb der Suchterkrankungen dominieren dabei deutlich die Störungen durch Alkohol, nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei jugendlichen Konsumenten. 9,5 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs [5]. Übertragen auf den Main-Kinzig-Kreis bedeuten die Ergebnisse der Prävalenzraten bei Suchterkrankungen:

- Von 1.000 Personen gelten 40 als manifest abhängigkeitskrank im Sinne einer Behandlungsbedürftigkeit. Umgerechnet auf den Main-Kinzig-Kreis wären das etwa 16.000 Menschen. Abhängigkeitserkrankungen haben also durchaus das Ausmaß einer Volkskrankheit.
- Rund 90% der Erkrankten sind alkohol- und/oder medikamentenabhängig (ca. 14.400 Personen).
- Jeder achte stoffgebundene Abhängige ist zur Gruppe der chronisch und mehrfach geschädigten Kranken zu rechnen. Das sind 0,5% der Allgemeinbevölkerung, mithin also 2.000 Bewohner unserer Region.
- Weitere 6% der Abhängigkeitserkrankten sind opiat- bzw. heroinabhängig (ca. 960 Personen). Hier ist allerdings die Tendenz (zum Glück) abnehmend.
- Der Anteil der Personen mit stoffungebundenen Abhängigkeiten (z.B. Spiel-, Internet- und Esssucht usw.) steigt demgegenüber stetig und ist offiziell mit 4% (ca. 600 Personen) vergleichsweise gering. Gerade bei diesem Punkt ist die Dunkelziffer schwer einschätzbar.

Setzt man diese Zahlen der Krankheitsprävalenz in Relation zu den vorhandenen Beratungs- und Hilfestrukturen der Suchtkrankenhilfe wird sehr schnell deutlich, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen den Weg zu professionellen Hilfen einschlägt bzw. findet. Die klassischen Angebote (Fachklinik, Beratungsstelle, Eingliederungshilfsangebote) werden bundesweit nur von 5 bis 6% der Abhängigkeitserkrankten wahrgenommen. Nicht anders sieht es im Main-Kinzig-Kreis aus. Von den geschätzten 16.000 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in unserer Region wird ein Großteil nicht erreicht oder erst, wenn es zu deutlichen Abbauprozessen in körperlicher wie psychischer Hinsicht gekommen ist und eine Chronifizierung des Suchtverhaltens mit allen Schädigungen manifestiert ist.

3 Auswertung regionaler Zahlen intoxikierter Kinder und Jugendlicher

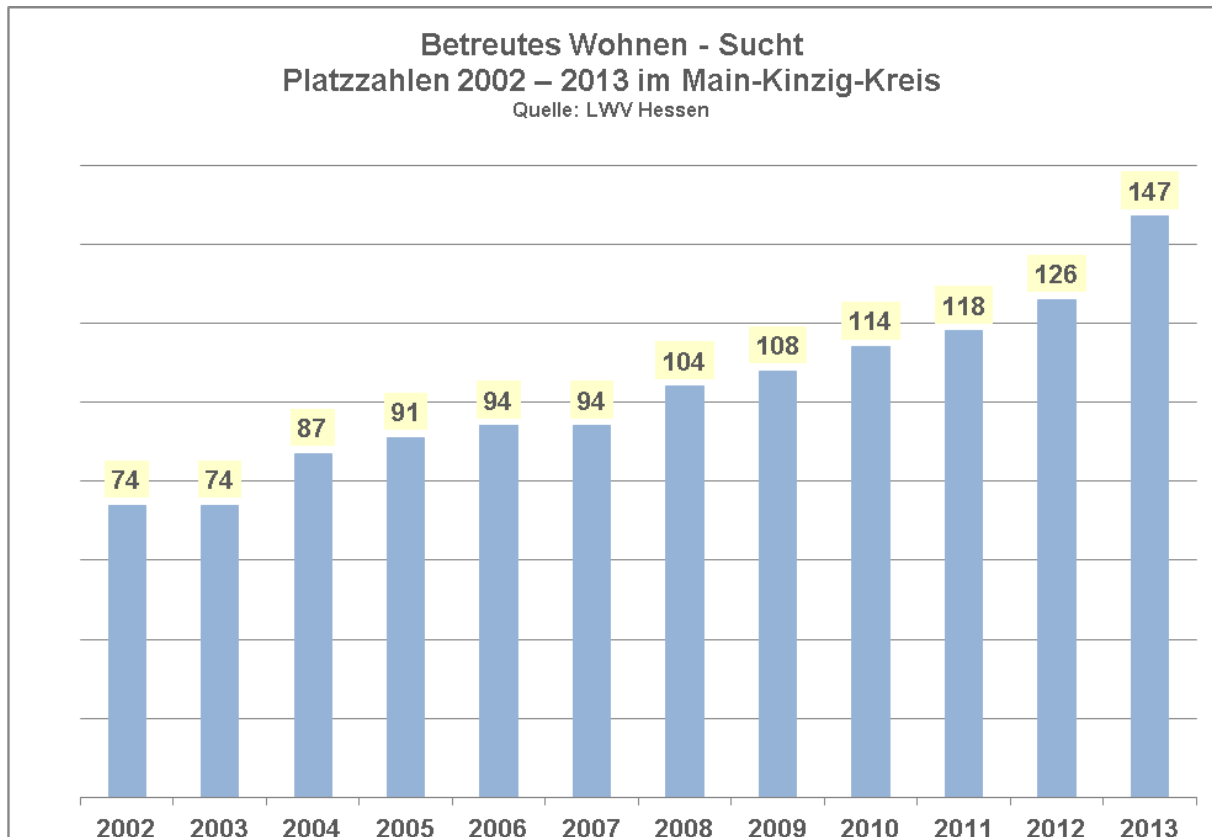
In Zusammenarbeit mit Dr. Wolfgang Lenz, dem ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes Main-Kinzig, wertet der Arbeitskreis Suchthilfeplanung die Anlässe von Rettungstransporten in unserem Kreis aus. Nachfolgend die Daten von Kindern und Jugendlichen der Jahre 2008 bis 2010 gesplittet nach Ursache der Intoxikation und deren Grad der Vergiftung einen Rettungswageneinsatz notwendig machte.



Dieses Schaubild soll die Dramatik und das Ausmaß der Folgen exzessiven und riskanten Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen deutlich machen. Gerade in der Altersgruppe der 10 bis 19-Jährigen bestehen riskante Alkoholkonsumgewohnheiten mit enormem Gefährdungspotential. Alkoholwerte von 3,0 Promille bei Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren sind keine Seltenheit. Daher gilt es, einerseits die Präventionsarbeit zu intensivieren und anlassbezogen zu reagieren. Ein Ansatzpunkt bildet das Projekt ‚Hart am Limit‘, das seit 2008 im Kreis besteht und von der Arbeiterwohlfahrt Main-Kinzig kreisweit angeboten wird.

4 Aufbau des Betreuten Wohnens für Suchterkrankte

Nachfolgend eine Statistik zu Platzzahlen im Betreuten Wohnen Sucht, die eindrucksvoll belegt, dass insbesondere bei diesem ambulanten Leistungssegment ein enormer Ausbau in den vergangenen 10 Jahren stattfand. Das Angebot des betreuten Wohnens wird von Hilfesuchenden zunehmend nachgefragt und hat sich seit 2002 bis 2013 nahezu verdoppelt.



5 Die nächsten Schritte

Weiterer bedarfsgerechter Ausbau des abgestimmten und differenzierten Beratungs- und Versorgungsnetzes suchterkrankter Menschen im Main-Kinzig-Kreis mit gesicherter Regelfinanzierung.

Neue Suchtmittel und Suchtformen, wie synthetische Drogen, Mediensucht oder pathologisches Glücksspiel und sich dadurch verändernde Konsummuster erfordern neue Zugangsformen und Beratungs- und Therapieangebote.

Das Netz von Versorgungsoptionen bedarfsgerecht für das breite Spektrum von Suchterkrankungen gestalten. Explizit soll für Suchtpatienten mit längerfristigem Unterbringungsbeschluss nach Betreuungsrecht eine wohnortnahe und fachgerechte Versorgung möglich sein.

C Gerontopsychiatrie

1 Synopse des Psychiatrieplans 2006/2007

Ziel	Status	Ausblick
Gerontopsychiatrische Zentren (GPZ), inklusive tagesklinischer Behandlung an zwei Standorten aufbauen	Der Arbeitskreis hat sich intensiv mit diesem Thema befasst und das GPZ in Kassel aufgesucht	Der Aufbau vorerst eines Gerontopsychiatrischen Zentrums im Main-Kinzig-Kreis wird weiter verfolgt
Menschen mit Demenz können in ihrem Lebensumfeld verbleiben	Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung kaum vorhanden, Projekt wie 'SOWIE DAheim' installiert	Ein differenziertes ambulantes Versorgungsnetz soll kreisweit entstehen
Spezialisierte Tagespflege	Erstes Tagespflegezentrum in Nidderau, Burg Wonnecken ins Leben gerufen	Wohnortnahe und spezialisierte Tagespflege soll flächendeckend aufgebaut werden
Aufsuchende psychiatrische Behandlung und Beratung	Bestehende Sozialgesetzgebung verhindert aufsuchende psychiatrische Behandlung	Aufsuchende psychiatrische Behandlung ist nur im Rahmen von Projekten möglich, z.B. der Integrierten Versorgung
Gerontopsychiatrischer Fachpflegedienst	Hohe gesetzliche Hürden der Anerkennung bei gleichzeitig recht geringer Vergütung verhindern die Etablierung solcher Dienste	Eine solche Spezialisierung ist wünschenswert, jedoch eine Realisierung kurzfristig nicht umsetzbar
Verbleib von Bewohnern in Heimen für psychisch Kranke trotz Pflegebedürftigkeit	Spezialisierte stationäre Einrichtungen orientiert nach Behinderung oder sonstiger Beeinträchtigung bestehen nicht flächendeckend	Voraussetzungen schaffen, um sektorenübergreifend Bewohner versorgen zu können
Notfall-Kurzzeitpflegeplätze	Erste Möglichkeit der Notfall-Kurzzeitpflege geschaffen (AWO Bruchköbel)	Es sollten 1 bis 2 Anlaufstellen pro Altkreis installiert werden
Facharztversorgung verbessern	Frei werdende Facharztsitze werden schwerlich neu besetzt	Bessere Anreize schaffen, um Facharztversorgung zu gewährleisten

2 Zahlen – Alten- und Pflegeheime

Wie das nachfolgende Schaubild eindrücklich beweist, konnten in den vergangenen Jahren die Platzzahlen der klassischen Alten- und Pflegeheim-Versorgung im Main-Kinzig-Kreis deutlich aufgebaut werden. Lange Wartezeiten vor der stationären Aufnahme von pflegebedürftigen Angehörigen gehören somit der Vergangenheit an. Es gilt, das Segment der stationären Dauerpflege verstärkt hinsichtlich der Qualität und Ausrichtung der Leistung bedarfsgerecht zu gestalten.

Stationäre Dauerpflege – Bestand und Entwicklung

Quelle: Leitstelle für ältere Bürger, MKK

Jahr	Zahl der Einrichtungen	Platzzahl	Steigerung in % (zu 1999)
1999	33	2.251	
2011	38	3.407	51,3
2013	41	3.585	59,2
In Planung	5 Einrichtungen mit insgesamt 412 Plätzen	3.997	77,5

Pflegebedürftige im Main-Kinzig-Kreis am 15.12.2009

Quelle: Hess. Statistisches Landesamt – Amtliche Pflegestatistik

Alter von ... bis unter Jahren	Zahl der Pflegebedürftigen	Pflegequote %
unter 15	396	0,7
15 - 60	1.417	0,6
60 - 65	427	1,8
65 - 70	659	2,7
70 - 75	1.283	5,6
75 - 80	1.653	11,2
80 - 85	2.479	22,4
85 – 90	2.685	41,3
90 und mehr	1.487	59,3
insgesamt	12.486	

Die mit Abstand meisten pflegebedürftigen Menschen werden im häuslichen Umfeld versorgt, wie das nächste Schaubild bestätigt. Mehr als $\frac{3}{4}$ aller Leistungsempfänger von Pflegegeldleistungen werden im ambulanten Kontext versorgt, zumeist in der häuslichen Umgebung von Angehörigen.

Leistungsempfänger/innen aus der Pflegeversicherung im MKK am 15.12.2011

Quelle: Hess. Statistisches Landesamt – Amtliche Pflegestatistik

Von den 13.749 Leistungsempfängern der Pflegeversicherung nutzten am Stichtag 15.12.2011		
Ambulante Pflege	2.418 Personen	17,5%
Kurzzeitpflege	117 Personen	0,8%
Tagespflege*	106 Personen	
Dauerpflege	3.122 Personen	22,7%
Nur Pflegegeld	8.092 Personen	59%
Gesamt	13.749 Personen	100%

* Nutzer von Tagespflege werden in der Pflegestatistik nur nachrichtlich genannt, da sie auch Geld- und/oder Sachleistungen erhalten und deshalb in der Gesamtzahl bereits berücksichtigt sind.

Zu beachten ist, dass die Zahl der Personen aus dem Main-Kinzig-Kreis, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, innerhalb von 2 Jahren (2009 in Relation zu 2011) um 1.263 Personen gestiegen sind. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren noch fortsetzen.

3 Prognose: Zunahme Demenz

Vorweg eine kennzeichnende Tatsache des demografischen Wandels: 2009 wurden in Deutschland erstmals mehr Inkontinenzhilfen als Babywindeln verkauft und die Tendenz hat sich seitdem noch verschärft [6]. Nicht nur, dass die Geburtenrate seit Jahren permanent abnimmt und inzwischen den historisch niedrigsten Wert von 1,36 erreichte, gleichzeitig leben wir in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Heute leben in Deutschland ca. 20 Millionen Menschen, die älter als 60 Jahre sind. 2030, in 20 Jahren, werden es rund 28 Millionen Menschen sein, eine Steigerung um ca. 40%. Im Jahre 2050 wird im Schnitt jeder Arbeitnehmer statistisch gesehen 1,3 Rentner unterhalten müssen. Der demografische Wandel betrifft jeden Menschen mittelbar oder gar direkt, keiner kann sich ihm entziehen.

Im Rahmen einer immer älter werdenden Gesellschaft gewinnen gerontopsychiatrische Erkrankungen wie Demenz zunehmend an Bedeutung. Nachfolgend Kennzahlen, die die Prävalenzraten Demenzerkrankter bezogen auf die demografische Entwicklung im Main-Kinzig-Kreis darstellen sollen:

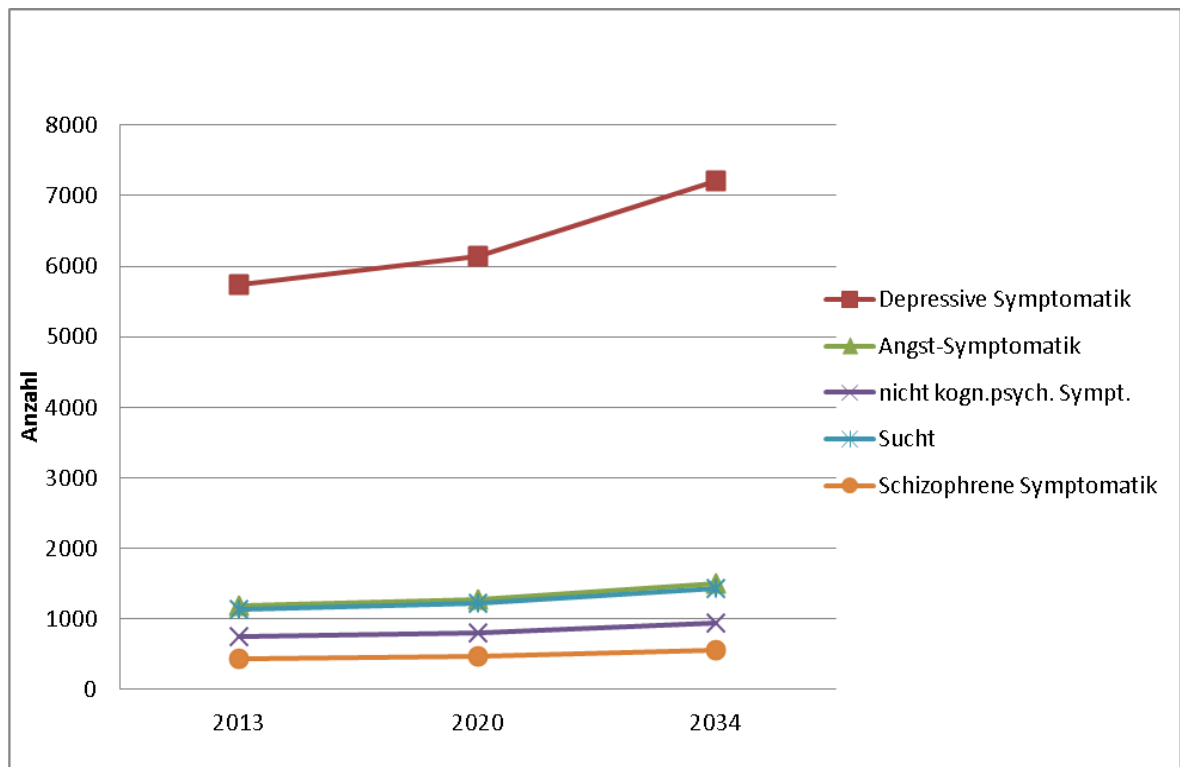
Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Bevölkerung im Jahr 2013	geschätzte Krankenzahl "Demenz" im Jahr 2013		
			Frauen	Männer	Insgesamt
	Insgesamt				
65 – 69 J.	1,6	21.159	190	148	339
70 – 74 J.	3,5	23.632	384	444	827
75 – 79 J.	7,4	18.212	642	706	1.348
80 - 84 J.	15,7	11.132	820	928	1.748
85 – 89 J.	26,4	6.872	768	1.047	1.814
90 und älter	41,1	3161	515	784	1.299
Summe		84.168	3.318	4.056	7.375

Altersgruppe	geschätzte Krankenzahl "Demenz"		
	2013 insgesamt	2020 insgesamt	2034 insgesamt
65 – 69 J.	339	396	498
70 – 74 J.	827	740	989
75 – 79 J.	1.348	1.370	1.582
80 - 84 J.	1.748	2.537	2.441
85 – 89 J.	1.814	2.017	2.299
90 und älter	1.299	1.669	2.201
Summe	7.375	8.729	10.010

Bevölkerung 70 und älter im Jahr 2013	Bevölkerung 70 und älter im Jahr 2020	Bevölkerung 70 und älter im Jahr 2034
63.009	67.531	79.227

Psychische Störungen der 70jährigen und älter	Prävalenzrate (%)	geschätzte Krankenzahl im Jahr 2013 der >70 Lj	geschätzte Krankenzahl im Jahr 2020 der >70 Lj	geschätzte Krankenzahl im Jahr 2034 der >70 Lj
Depressive Symptomatik	9,1	5.734	6.145	7.210
Angst-Symptomatik	1,9	1.197	1.283	1.505
nicht kognitive psych. Symptome	1,2	756	810	951
Sucht	1,8	1.134	1.216	1.426
Schizophrene Symptomatik	0,7	441	473	555
Summe		9.262	9.927	11.646

Häufigkeit psychischer Störungen der 70-jährigen und älteren Einwohner im Main-Kinzig-Kreis anhand gewichteter, nach Alter und Geschlecht hochgerechneter BASE-Daten [7]



4 Die nächsten Schritte

Wenn es einen Wachstumsmarkt in den nächsten Jahren geben wird, dann wird dies der Markt sein, der sich mit der adäquaten Versorgung alt gewordener, pflegebedürftiger oder anders beeinträchtigter Menschen beschäftigt. Die prognostizierten Zahlen der Prävalenz dementieller Erkrankungen sprechen eine deutliche Sprache. Unsere Gesellschaft wird sich daran messen lassen müssen, wie sie sich dieser Herausforderung stellt und die menschenwürdige Versorgung der auf Hilfe angewiesenen älteren Menschen plant und organisiert.

Der gerontopsychiatrische Bereich sollte durch folgende Maßnahmen seinen Teil dazu beitragen:

- Mit Nachdruck soll der Aufbau eines Gerontopsychiatrischen Zentrums im Main-Kinzig-Kreis weiterverfolgt werden.
- Um den Verbleib der zu versorgenden Personen im häuslichen Kontext so lang wie möglich gewährleisten zu können, bedarf es eines differenzierten, ambulanten und flächendeckenden Versorgungsnetzes. Ein Baustein dazu sollte die wohnortnahe und spezialisierte Tagespflege darstellen. Aber auch andere, innovative Modelle zur besseren ambulanten Versorgung der Zielgruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen sind zu entwickeln.
- Im Bereich der Notfall-Kurzzeitpflegeplätze erscheint es indiziert, dass 1 bis 2 Anlaufstellen pro Altkreis installiert werden, um eine gemeindenahe Versorgungsoption anbieten zu können.
- Bestehende Einrichtungen sollten ihr Leistungsspektrum den sich ändernden Bedarfen anpassen, was die baulichen Voraussetzungen ausdrücklich beinhaltet.
- Es sollten bessere Anreize geschaffen werden, um die Facharztversorgung sicherzustellen und eine Behandlung vor Ort zu ermöglichen.

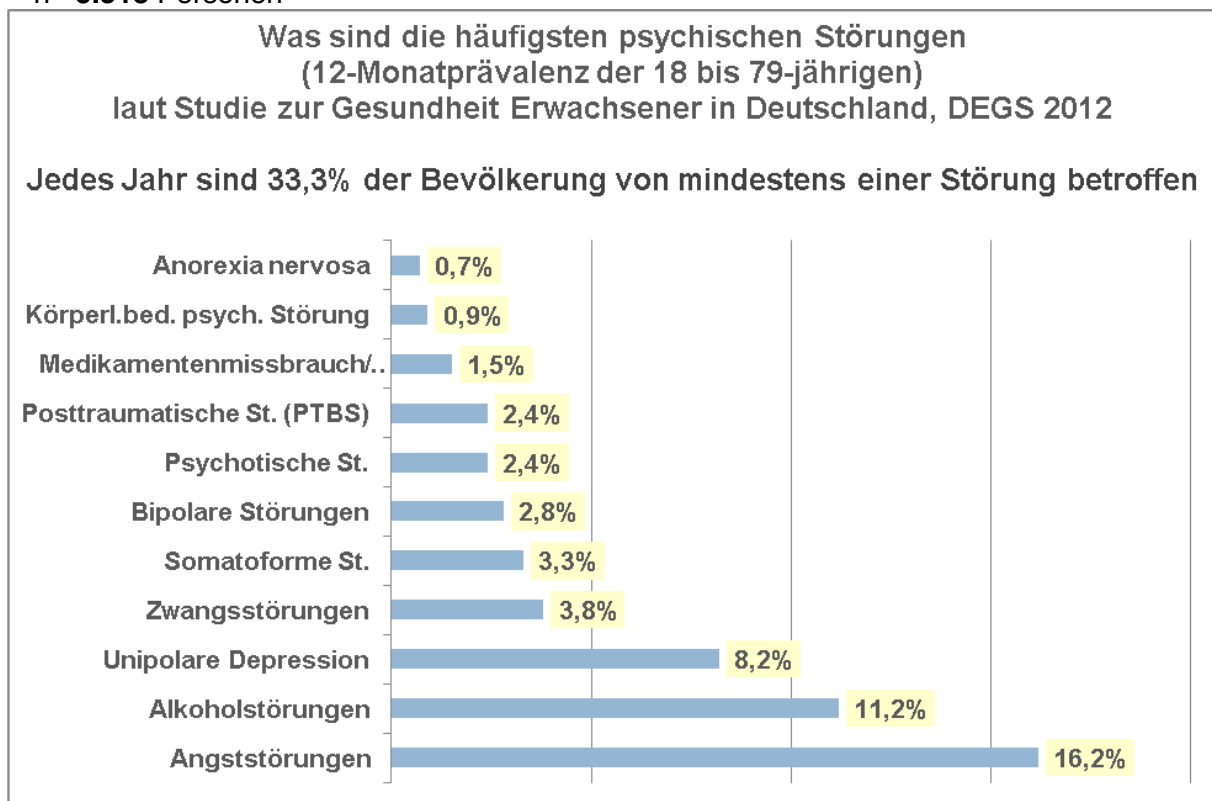
D Erwachsenenpsychiatrie

1 Synopse des Psychiatrieplans 2006/2007

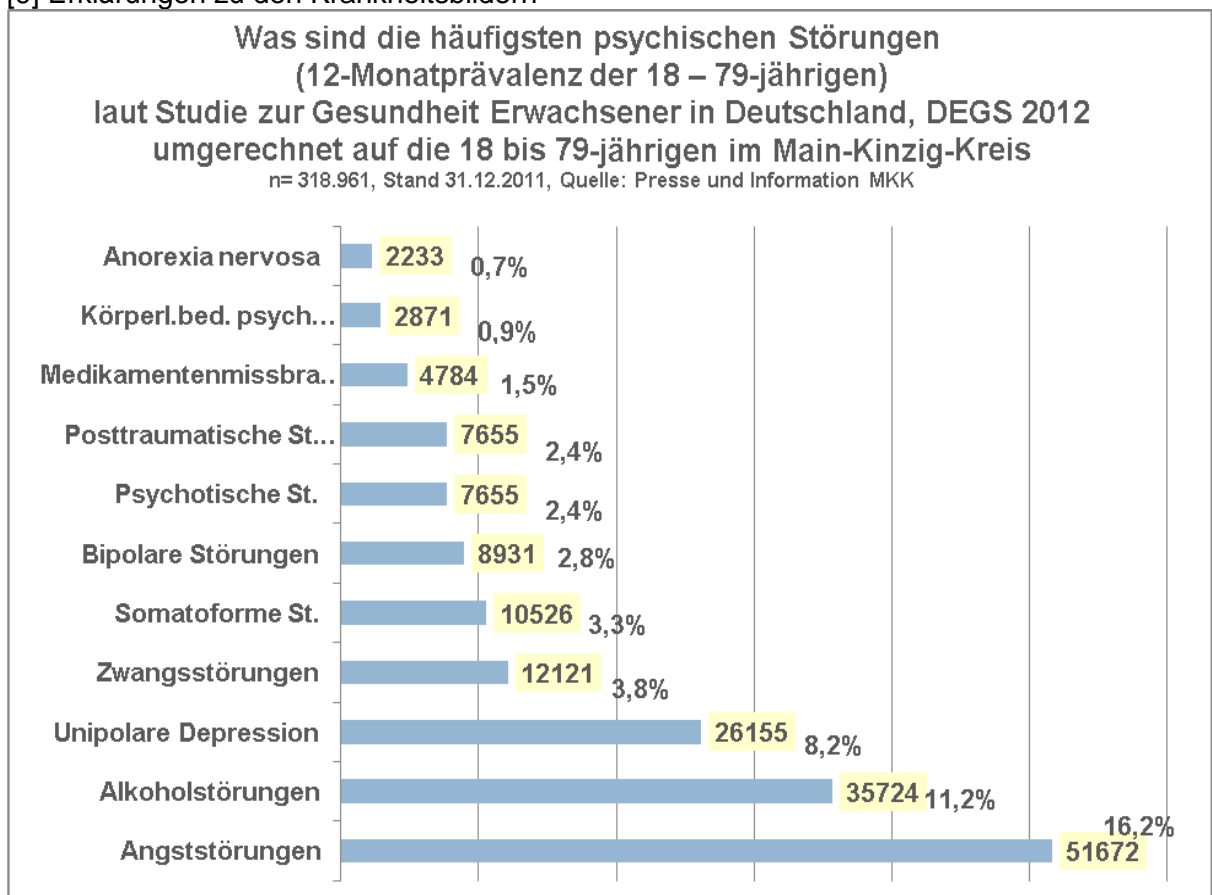
Ziel	Status	Ausblick
Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)	Die Kooperationsvereinbarung konnte 2008 vom Psychiatriebeirat beschlossen und 2010 bestätigt werden	Qualitätskriterien der Kooperationsvereinbarung stehen permanent auf dem Prüfstein
Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft GPV	Seit März 2009 erstes und einziges Mitglied aus Hessen in der BAG GPV	Weitere Mitgliedschaft in der BAG GPV anstreben, die alle 5 Jahre erneut beantragt werden muss
Etablierung einer Unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie	Seit Oktober 2008 besteht im Main-Kinzig-Kreis eine Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie	Bestand und Finanzierung sichern, der Anspruch der trialogischen Besetzung besteht nach wie vor
Ausreichende Finanzierung der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) sicherstellen	Zwischenzeitlich konnte der kommunale Zuschuss der PSKB erhöht werden, musste jedoch im Rahmen der Schuttschirmdebatte um 10% gekürzt werden	Die Finanzierung der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen muss besser abgesichert sein
Personenzentrierung als Qualitätsmerkmal	Permanenter Prozess der Qualitätssicherung in der Steuerungsgruppe GPV	Durch Nutzerbefragung und Wirkungsüberprüfung Personenzentrierung gewährleisten
Schwerst chronisch psychisch kranke Menschen mit stationärem Hilfebedarf müssen adäquat versorgt werden können	Eine Facheinrichtung für Menschen mit herausforderndem Verhalten und Unterbringungsbeschluss konnte installiert werden	Ein differenziertes, bedarfsgerechtes Angebot ist sukzessive aufzubauen
Krisentelefondienst für Betroffene und Angehörige soll installiert werden	Dieser Fachdienst benötigt zusätzliche Ressourcen, was aktuell nicht finanzierbar und umsetzbar ist	Dieses Angebot sollte eher als langfristiges Ziel zu sehen sein
Persönliches Budget	Rechtsanspruch besteht seit 1. Januar 2008 gem. §17 SGB IX	Der Anspruch auf das Persönliche Budget sollte besser publik gemacht werden

2 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, DEGS 2012 [8]

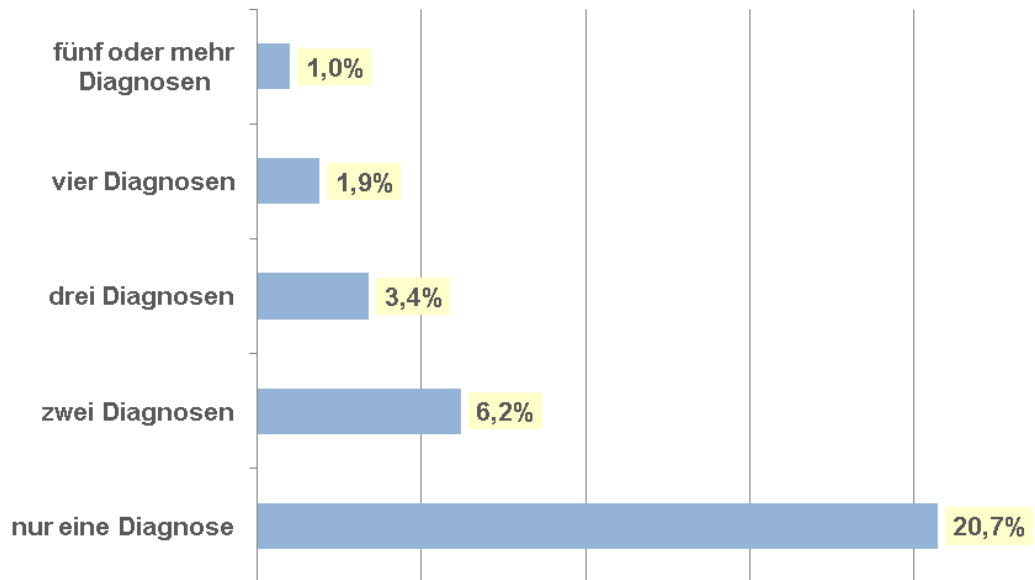
n= 5.318 Personen



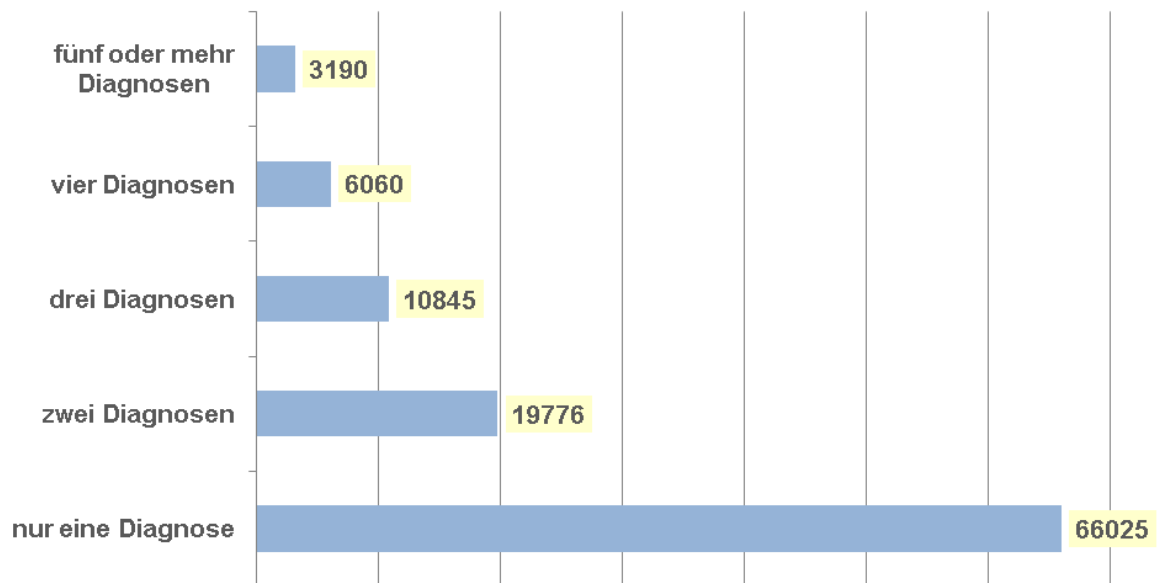
[9] Erklärungen zu den Krankheitsbildern



Psychische Störungen treten häufig zusammen auf
Komorbidität (Doppel-, Mehrfachdiagnose) laut DEGS-Studie 2012



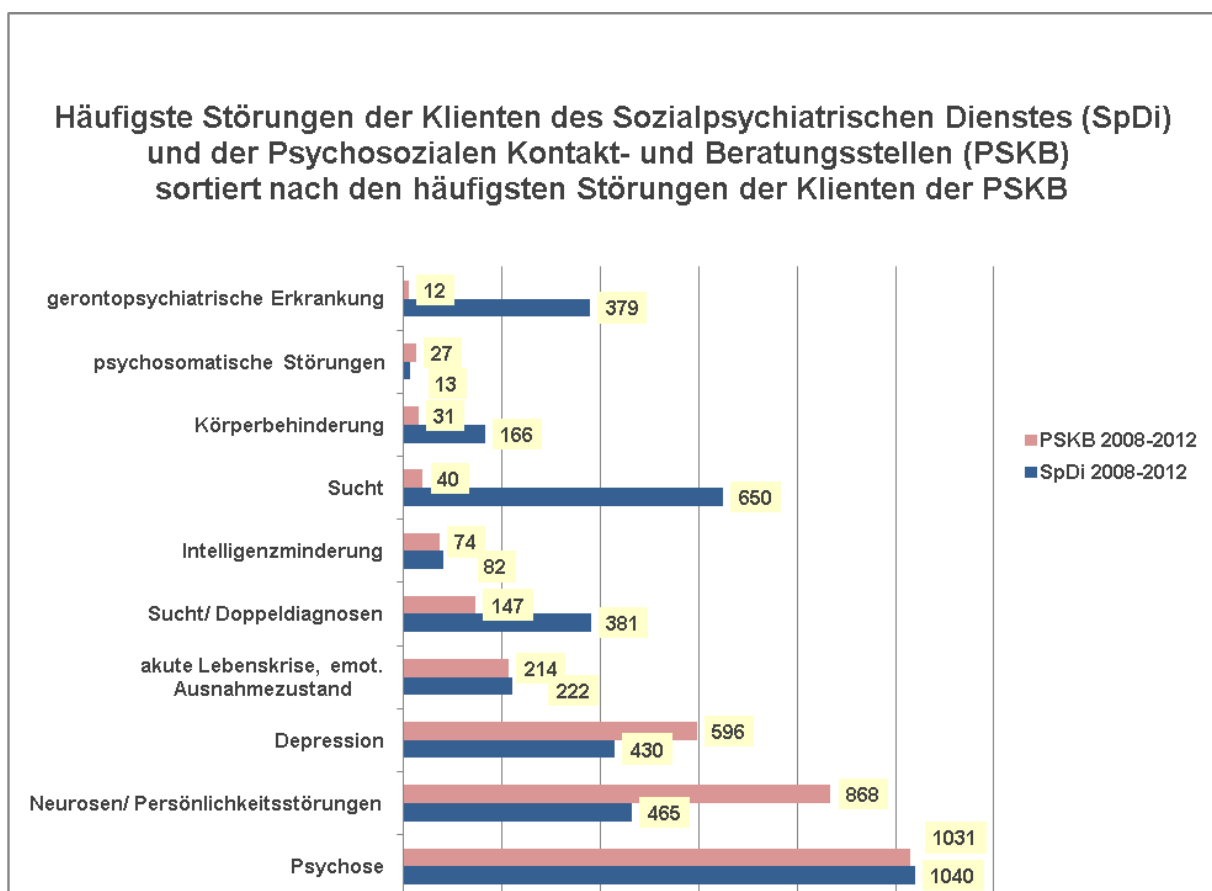
Komorbidität (Doppel-, Mehrfachdiagnose) bezogen auf MKK-Bevölkerung



3 Statistik Sozialpsychiatrischer Dienst – Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB)

Nachfolgend die kumulierten Jahresstatistiken der beiden Fachdienste: Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) im Gesundheitsamt und der drei Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen [10] in Hanau, Gelnhausen und Schlüchtern. Beide Fachdienste arbeiten niedrigschwellig und gelten als erste Anlaufstelle für hilfeschende Betroffene oder deren Angehörige für Leistungen des komplementären Hilfesystems. Der SpDi wird als Baustein der kommunalen Daseinsvorsorge über weitere Zugangswege (v. a. Behörden und soziales Umfeld) auf existenzielle Notlagen und psychosoziale Bedarfe aufmerksam gemacht und geht diesen nach; dabei ist ein Heraushebungsmerkmal die aufsuchende Tätigkeit.

Durch die vergleichsweise höhere Eigenmotivation der Klienten in den PSKB (Komm-Struktur) gelingt vor allem dort die Weitervermittlung in Behandlung, Teilhabe und Rehabilitation oft gut.



Wie dieses Schaubild zeigt, hat sich in Bezug auf die Grunderkrankungen der Klienten eine gewisse Spezialisierung der beiden Fachdienste im Hinblick auf die Störungsbilder entwickelt. Der SpDi wird vor allem durch die o. g. unterschiedlichen Zugangswege mehr mit sucht- oder gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen konfrontiert; Personen mit Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen suchen in der Mehrzahl die PSKB auf.

4 Zahlen der Psychiatrischen Kliniken

Im klinisch stationären Bereich wird die gemeindenahere Versorgung durch die zwei Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Hanau und Schlüchtern sichergestellt. Es existieren Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen in Schlüchtern, Gelnhausen und Hanau.

Nachfolgend eine Kurzbeschreibung wesentlicher Entwicklungen im klinischen Bereich sowie relevanter Leistungszahlen.

a. Entwicklungen seit 2007

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Main-Kinzig-Kliniken mit Standorten in Schlüchtern und Gelnhausen

Mit Inbetriebnahme des Klinikneubaus am Standort Schlüchtern im Jahr 2009 erfolgte eine Kapazitätserweiterung auf 80 Betten und eine Binnendifferenzierung. Die vier Stationen haben folgende Schwerpunkte:

Station P1: Psychotische und manische Störungen

Station P2: Kognitive Störungen: Demenz und Delir

Station P3: Akutstation mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen

Station P4: Affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Zum 01.01.2012 wurde die Zahl der Planbetten aufgrund der hohen Belegung in den vorangegangenen Jahren durch das Hessische Sozialministerium um 16 erhöht. Die Bettenzahl wurde im stationären Bereich um 10 auf 90 Betten erhöht. 6 Planbetten wurden in teilstationäre Plätze umgewandelt. Die Stationen arbeiten weiterhin primär offen und nur im Bedarfsfall geschlossen.

Mit Beginn des Jahres 2012 wurde die Zahl der tagesklinischen Plätze aufgrund der hohen Belegung um 6 auf 36 Betten erhöht (an jedem Standort 3 Plätze plus). Aufgrund der geringen fachärztlichen Versorgung und der Zunahme einiger psychischer Störungen steigt der Druck auf die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) an beiden Standorten. Aktuell nutzen ca. 1.500 Patienten pro Quartal die Institutsambulanz. Um Patienten, die nicht die PIA-Behandlungskriterien erfüllen, ein Behandlungsangebot machen zu können, wurde ein Teil eines Facharztsitzes übernommen und in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) etabliert. Die ambulanten und (tages)klinischen Angebote werden zunehmend besser vernetzt, insbesondere durch eine sektorenübergreifende Nutzung verschiedener Gruppenangebote.

Am Standort Schlüchtern besteht zudem eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK), die erstmals im Jahr 2010 erfolgreich nach KTQ zertifiziert wurde.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum Hanau

Die mit dem Modellprojekt Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (OVP) verbundenen Entwicklungen werden gesondert im nächsten Kapitel beschrieben.

Nach einem aufwändigen Qualifizierungsprozess wurde die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) in Hanau 2010 zertifiziert (DIN ISO) und in 2013 rezertifiziert. Seitdem besteht ein internes Qualitätsmanagement. Aktuell stellt sich die Struktur der Klinik wie folgt dar: Drei gemischt belegte Allgemeinstationen, eine stationsäquivalente ambulante Akutstation, Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz. Im Jahre 2011 erhielt die KPP Hanau die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung für die ambulante Rehabilitation Sucht zur Nachsorge nach Entwöhnungstherapien.

Im tagesklinischen Bereich besteht weiterhin eine hohe Nachfrage mit Wartezeiten von drei bis vier Wochen bis zur geplanten Aufnahme. In der Ambulanten Versorgung kommt es aus Sicht der KPP Hanau weiterhin zu einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme der Institutsambulanz, aktuell werden ca. 1.800 Patienten im Quartal versorgt. Dies betrifft Patienten unterschiedlichster Diagnosegruppen. Sowohl die Notfallversorgung als auch die Langzeitbehandlung schwer chronisch psychisch erkrankter Menschen verlagert sich weiter in die Ambulanz der Klinik in Ermangelung niedergelassener Psychiater und langer Wartezeiten in den Praxen.

Auf diese bundesweit bestehende Entwicklung reagierend wurde zum Jahresbeginn 2009 in Maintal ein psychiatrisch-neurologisches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet, das seit 01.07.2013 mit einem Facharzt für Psychiatrie in der Hanauer Innenstadt lokalisiert ist.

b. Leistungszahlen stationärer Bereich (analog Psychiatrieplan 2007/2007)

Leistungszahlen stationärer Bereich 2007 bis 2012

Hanau				Schlüchtern		
Jahr	Berechnungstage	Fälle	Verweildauer in Tagen	Berechnungstage	Fälle	Verweildauer in Tagen
2007	35638	1581	22,5	19501	983	19,84
2008	35302	1620	21,8	18875	1041	18,13
2009	34916	1744	20	24014	1184	20,28
2010	35072	1729	20,3	29487	1531	19,25
2011	35259	1698	20,8	29709	1517	19,6
2012	29784	1723	17,3	28886	1506	19,2

Diagnosestatistik stationär 2012

Hanau			Schlüchtern	
ICD Code	Anzahl	%	Anzahl	%
F0 organische Störungen	145	8,10%	203	13,50%
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	533	29,70%	519	34,50%
F2 schizophrene/ wahnhafte Störungen	552	30,80%	227	15,10%
F3 affektive Störungen	286	16,00%	342	22,70%
F4 somatoforme und Belastungsstörungen	114	6,40%	113	7,50%
F5 Verhaltensstörungen mit körperlichen Auffälligkeiten	2	0,10%	2	0,10%
F6 Persönlichkeitsstörungen	142	7,90%	62	4,10%
F7 Intelligenzminderungen	18	1,00%	34	2,30%
F8 Entwicklungsstörungen	1	0,10%	1	0,10%
F9 Störungen im Kindes- u. Jugendalter	0	0,00%	3	0,20%
Gesamt	1793	100%	1506	100%

c. Optimierte Versorgung in der Psychiatrie

Modellvorhaben an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum Hanau

2011 schloss die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hanau einen Integrierten Versorgungsvertrag mit der AOK Hessen und der Techniker Krankenkasse ab, mit dem Ziel einer Optimierten Versorgung in der Psychiatrie (OVP). Im Kern geht es um eine Verbesserung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen durch eine Ambulantisierung bislang nur stationär darstellbarer Leistungen sowie eine Flexibilisierung des Therapieangebotes. Nach Vorarbeiten führte dies ab 01.06.2012 zur Ablösung einer Station mit 25 Betten durch eine Behandlungseinheit zur stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung. Insgesamt bleibt so eine Versorgungskapazität entsprechend der bisherigen Kapazitäten erhalten, bei gleichzeitig sehr viel weitgehender Flexibilität und Möglichkeiten einer patientenorientierten Behandlung.

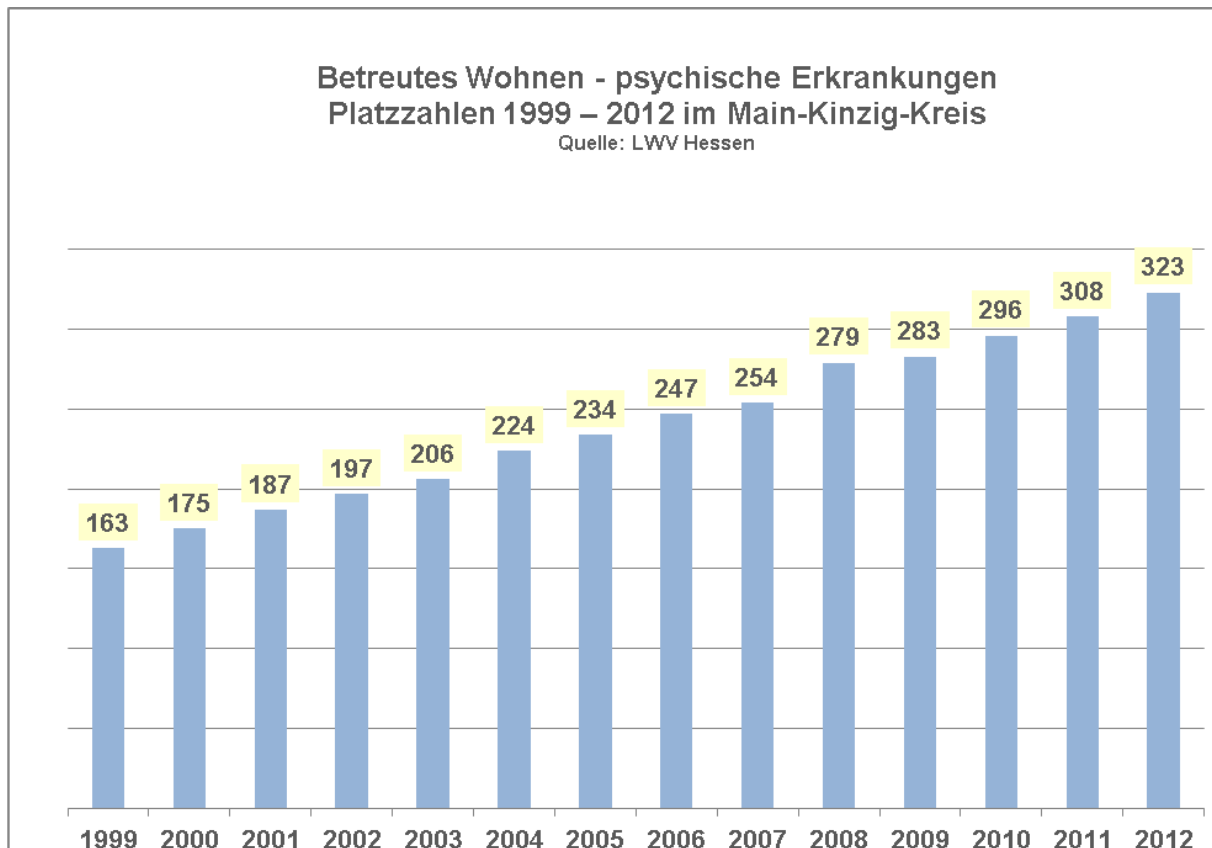
Zum 01.09.2013 konnte der Integrierte Versorgungsvertrag der AOK Hessen und Techniker Krankenkasse zum bundesweit ersten §64b-Vertrag mit allen gesetzlichen Krankenkassen erweitert werden. Der Vertrag hat eine Laufzeit von zunächst acht Jahren.

Die ersten Effekte des Projektes zeigen sich in Reduzierungen von stationären Verweildauern pro Fall und Patient sowie von Wiederaufnahmeraten. Wir führen diese Ergebnisse auf die Möglichkeiten der ambulanten-teilstationären-stationären und sektorenübergreifenden Behandlung zurück. Die frühzeitig intensivierete ambulante Behandlung bis hin zur Akutbehandlung im häuslichen Umfeld verhindert stationäre Aufnahmen bzw. reduziert die stationäre Verweildauer. Die stationsäquivalente ambulante Akutbehandlung wird von einem Teil der schwer psychisch Erkrankten angenommen, die ansonsten die Behandlung im stationären Rahmen abgelehnt haben bzw. zuvor im Rahmen von Zwangseinweisungen in stationäre Behandlung gekommen sind. Die Rückmeldungen der Patienten sind in den meisten Fällen ausgesprochen positiv. Viele Patienten schätzen die Unterstützung und Förderung ihrer Autonomie im Rahmen der stationsäquivalenten ambulanten Akutbehandlung.

Geplant ist die Ablösung weiterer Betten durch stationsäquivalente ambulante Akutbehandlungen. In Folge dessen werden alle Behandlungseinheiten ihr Profil den veränderten Anforderungen anpassen. Ziel ist die Weiterentwicklung einer patientenorientierten Behandlung mit Beziehungskontinuität, reduzierten Schnittstellen und hoher Flexibilität im Sinne des Patienten und des Versorgungsauftrages. Effekte und eine Evaluation dieses Projektes werden in einer späteren Fortschreibung des Psychiatrieplans dargestellt.

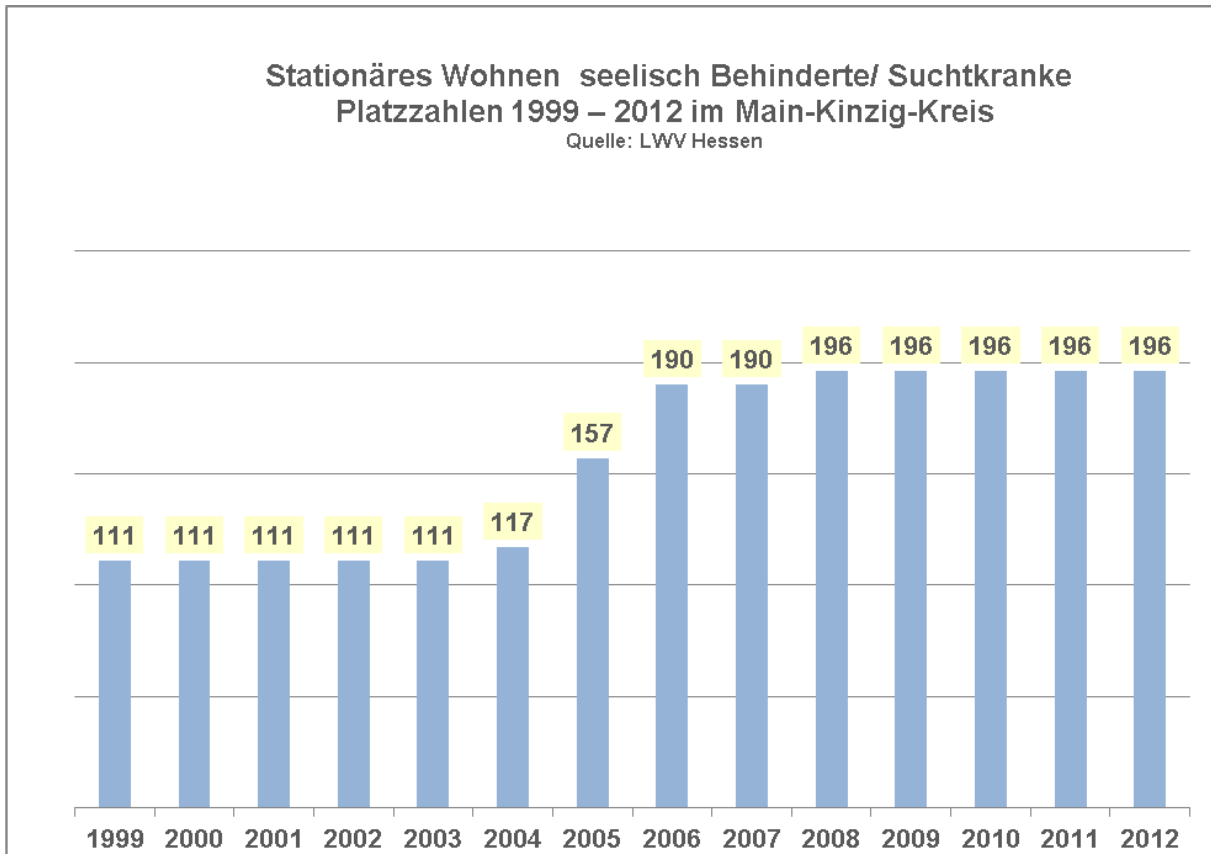
5 Entwicklung der Eingliederungshilfe

Im Nachfolgenden einige Tabellen zur Entwicklung der klassischen Angebote der Eingliederungshilfe für psychisch erkrankte Menschen, die sich in der Bugwelle der Psychiatrie-Enquete im Laufe der 80er und 90er Jahre sukzessive etablierten. Bemerkenswert sind die Dynamik und Dimension des Ausbaus des ambulanten bzw. teilstationären Settings, der Angebote ambulant Betreutes Wohnen sowie der Betreuungskapazitäten in den Tagesstätten.



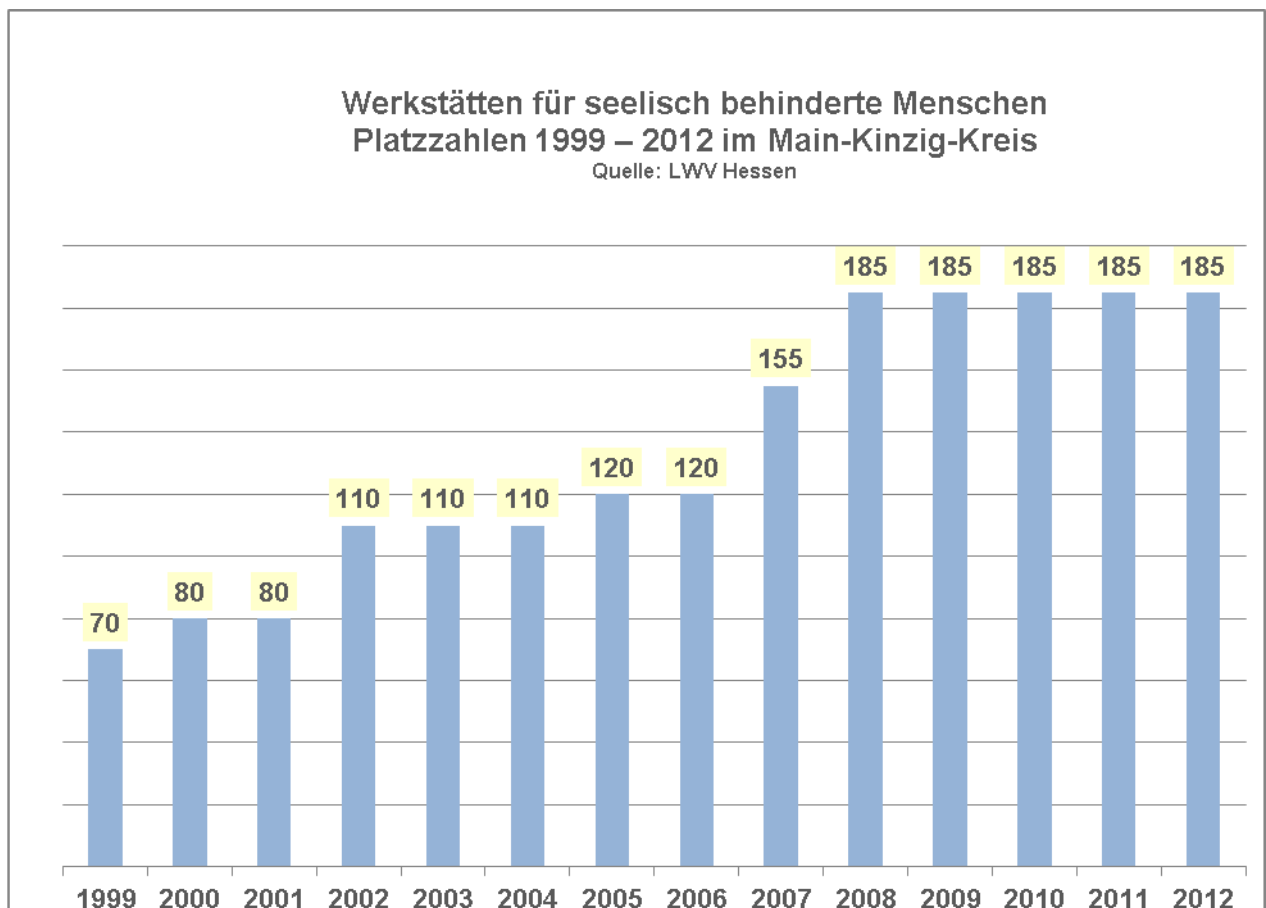
Im Hinblick auf das Leistungssegment „Betreutes Wohnen“ zeigt diese Tabelle sehr deutlich den permanenten Anstieg der vom LWV Hessen finanzierten Kapazitäten. Insgesamt 7 Leistungserbringer aus dem Main-Kinzig-Kreis haben sich auf diesen Leistungsbereich der Eingliederungshilfe spezialisiert und erbringen kreisweit in allen Kommunen entsprechende Unterstützungsangebote. In enger Absprache mit dem Leistungsträger, dem LWV Hessen, werden je nach Bedarf zeitnah und in regionaler Absprache aller zusätzliche Plätze aufgebaut, um so der steigenden Nachfrage gerecht werden zu können.

Der Grundsatz, ambulant vor stationär, wird evident bei der Analyse der stationären Versorgung im Bereich der seelisch Behinderten und der suchtkranken Menschen des letzten Jahrzehnts. Seit dem Jahr 2008 hat sich hinsichtlich der Kapazitäten keinerlei Veränderung in der stationären Versorgung ergeben. Trotz der Sicherstellung einer Grundversorgung an Plätzen ist es das Bestreben aller, eine Überleitung aus dem stationären Setting in eine selbstständige Wohn- und Betreuungsform für den Betroffenen so schnell als möglich zu entwickeln.



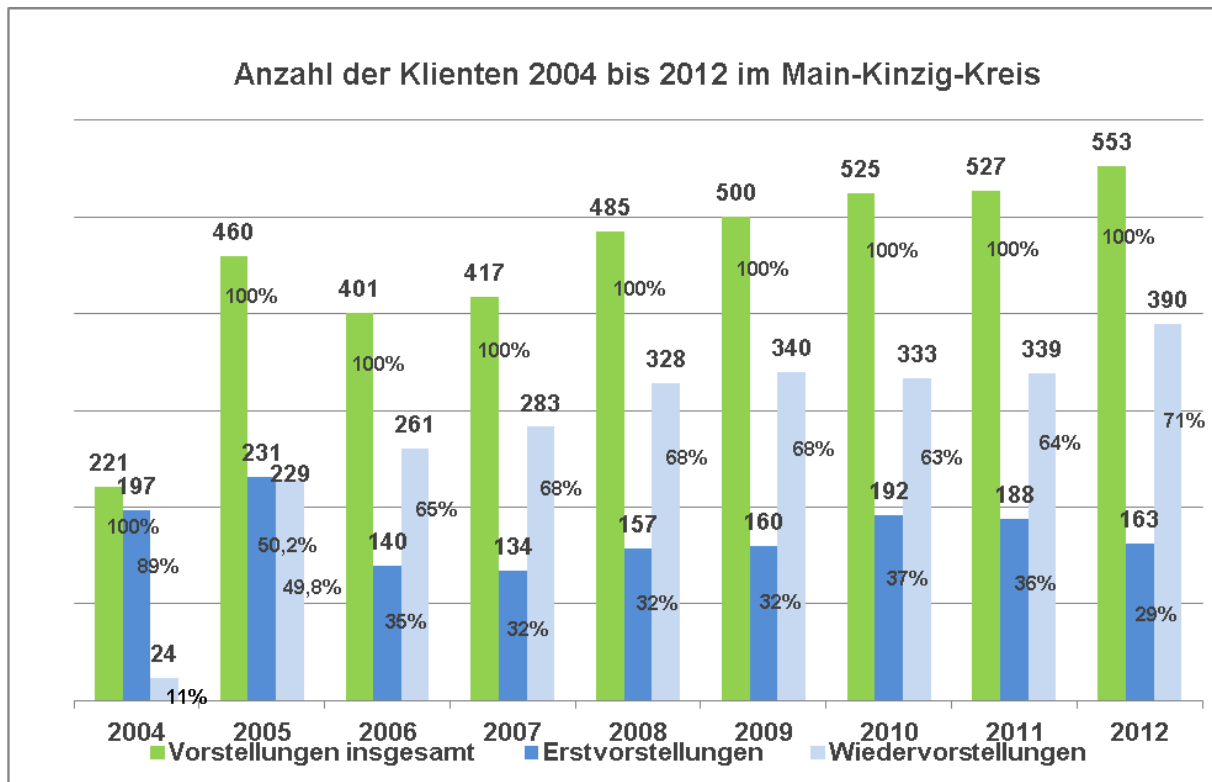
Im Bereich der Tagesstätten bzw. der Tagesstrukturierung muss ein enormer Anstieg an Nachfrage nach entsprechenden Leistungen konstatiert werden. Diesem Bedarf Rechnung tragend, konnten in allen Kreisteilen die Kapazitäten deutlich nach oben aufgestockt werden. Über 150 Personen besuchen an 7 Standorten entsprechende Einrichtungen und werden tagsüber von Fachleuten mit konkreten Aufgaben versehen und betreut.

Vergleichbar stellt sich der Bereich der Arbeitsplätze in Werkstätten für seelisch behinderte Menschen dar. Ergänzend zu den Leistungsbeziehern in den Tagesstätten verfügen die Mitarbeiter der Werkstätten über ein höheres Leistungs- und Belastungsniveau.

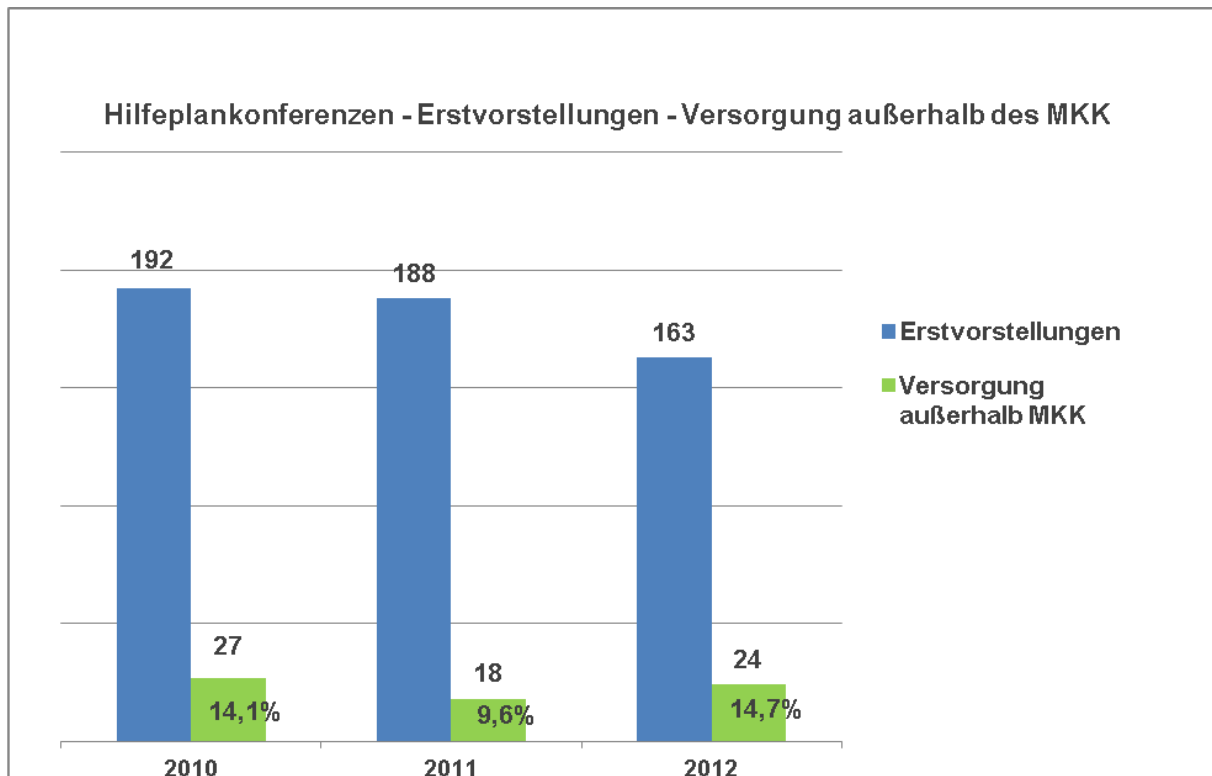


Die Hilfeplankonferenz (HPK) kann als zentrales Element der regionalen einzelfallbezogenen Steuerung bezeichnet werden. Alle relevanten Leistungserbringer, Vertreter der Fachkliniken, des Gesundheitsamtes sowie der LWV Hessen als Leistungsträger und Geschäftsführer wirken gemeinsam in diesem Steuerungsgremium mit.

Nachfolgend die Statistik der HPK Vorstellungen von Leistungsberechtigten nach § 53f SGB XII im Main-Kinzig-Kreis seit dem Jahr 2004 bis einschließlich 2012.



Eine der zentralen Forderungen der Psychiatrie-Enquête stellt der Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten dar. Die wohnortnahe Hilfeerbringung bildet zudem ein Qualitätsmerkmal Gemeindepsychiatrischer Verbände. Daher erfassen wir seitens der Psychiatriekoordination sehr genau, wer bzw. wo die gewünschte Leistung erbracht wird. Im Folgenden eine statistische Auswertung aller Erstvorstellungen (Aufnahme einer Eingliederungshilfeleistung) der Jahre 2010 bis 2012 für Menschen mit einer seelischen Behinderung und/oder Suchterkrankung.



Analysiert man die Gründe der Leistungserbringung außerhalb unseres Versorgungsgebietes, muss konstatiert werden, dass insbesondere bei Suchtpatienten die Aufnahme jenseits der Ursprungsregion im therapeutischen oder rehabilitativen Setting von den Betroffenen durchaus gewünscht wird (2010: 6; 2011: 4; 2012: 5 Leistungsberechtigte). Besonders bei der Aufnahme von stationären Leistungen kommt es immer wieder zu Fremdplatzierungen außerhalb der Region aufgrund fehlender Kapazitäten oder spezifischer Anforderungen. Besonders unbefriedigend ist die Tatsache, dass bei Personen mit einer vorrangigen psychischen Erkrankung und einem Unterbringungsbeschluss nach Betreuungsrecht nur in einer Einrichtung (mit 6 Plätzen) eine wohnortnahe Versorgung möglich ist. Allein in den Jahren 2010 bis 2012 kam es insgesamt zu 15 richterlichen Beschlüssen nach Betreuungsrecht, wonach eine längerfristige Unterbringung indiziert war und eine Fremdplatzierung mangels Alternative in wohnortfernen Einrichtungen, teilweise in anderen Bundesländern, erfolgen musste.

Gleichwohl zeigen die Zahlen, dass die weitaus größte Zahl der Leistungsberechtigten bei der Hilfeaufnahme im persönlichen Lebensumfeld verbleiben kann und die Hilfe „vor Ort“ erbracht wird. Natürlich ist jede ungewollte Fremdplatzierung außerhalb der Region eine zu viel. Das Bestreben eine Leistung im gewohnten Lebensumfeld der Betroffenen anbieten zu können, sollte uns gemeinsam weiter antreiben.

6 Die nächsten Schritte

Der für die Eingliederungshilfe behinderter Menschen in Hessen zuständige Landeswohlfahrtsverband plant in der laufenden Legislaturperiode grundlegende Reformen, die insbesondere den Prozess der Hilfeplanung und –genehmigung betreffen sollen. Die in Frage stehenden Änderungen sorgen nicht nur bei den Leistungserbringern für kontroverse Diskussionen. Es bleibt abzuwarten, welche konkreten Auswirkungen sich auf der operativen Ebene und auf Verbundstrukturen ergeben werden.

Gleichzeitig wachsen die Nachfrage nach Eingliederungshilfeleistungen und der Versorgungsdruck, entsprechende komplementäre Angebote vorzuhalten bzw. aufzubauen. Dieser Aushandlungsprozess kann nur regional, vor Ort, effektiv und personenzentriert in Kooperation aller Beteiligten gestaltet und gesteuert werden.

Innovative Projekte, wie die der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V durch VERSA oder insbesondere das Projekt der Optimierte Versorgung in der Psychiatrie nach § 64 b SGB V der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hanau, gilt es weiter konstruktiv und reflektierend zu begleiten. Die Übergänge zwischen medizinischer und komplementärer Versorgung und umgekehrt müssen besser aufeinander abgestimmt und vernetzt werden. Hierin steckt enormes Potential dieser Projekte im Sinne einer frühzeitigen, unkonventionellen, patientenorientierten Versorgung und somit besseren Remission der Erkrankten.

In Anbetracht knapper werdender finanzieller Ressourcen der öffentlichen Hand und Sozialkassen bei steigendem Versorgungsdruck nach Eingliederungshilfeleistungen besteht die Herausforderung darin, auf regionaler Ebene durch Netzwerkbildungen, trägerübergreifende Kooperationsformen und gemeinsam zu entwickelnden Konzepten Strategien zu formulieren. Ziel soll sein, bei möglichen divergierenden Interessen der Träger und Leistungserbringer die Rechte psychisch kranker Menschen auf Therapie und Teilhabe verwirklichen zu können.

Der bisherige Wachstumsmarkt der Eingliederungshilfeleistungen für psychisch kranke und suchtmittelabhängige Menschen wird in Zukunft durch beabsichtigte bundesgesetzliche Regelung grundlegend reformiert werden. Das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention soll eine uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der inklusiven Gemeinschaft ermöglichen. Das geplante Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen wird den Markt der Eingliederungshilfe von Grund auf neu strukturieren. Umso wichtiger sind dabei regionale Strukturen und Netzwerke zwischen allen Beteiligten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

In kleinen Arbeitsgruppen sollen die in der vorliegenden themenbezogenen Bilanz beschriebenen Themen zu konkreten Empfehlungen entwickelt werden.

Schlussbemerkung

Kaum ein Bereich der Eingliederungshilfe Behinderter hat in den vergangenen Jahren so viel Umbrüche, Veränderungen und Zuwächse erlebt wie die Versorgung psychisch kranker und suchtmittelabhängiger Menschen. Diese Entwicklung macht natürlich nicht vor den Toren des Main-Kinzig-Kreises halt. Über 1000 Personen erhalten inzwischen in unserer Region entsprechende komplementäre Leistungen. Gestiegener Kostendruck, vermehrte Nachfrage, sich verändernde Bedarfe, aber auch neue rechtliche Normen, wie die UN-Behindertenrechtskonvention, bestimmen die Bedingungen der Leistungserbringung.

Daher soll die themenbezogene Bilanz des Psychiatrieplans beitragen, den Blick auf die sich verändernden Bedingungen zu schärfen, verständliche Grundlagen zu liefern, aber besonders den Diskurs um Modifikationen auf verschiedenen Ebenen anzustoßen, um so die konkreten Lebensbedingungen psychisch erkrankter Menschen gemeinsam mit den Betroffenen und ihrem unmittelbaren Umfeld neu zu definieren. Dies kann natürlich nur gelingen, wenn alle Akteure der psychosozialen Versorgung ganz eng und abgestimmt kooperieren und den Dialog vertiefen. Dem Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX der Leistungsberechtigten auf individuell zugeschnittenen Hilfeleistungen ist Rechnung zu tragen. Personenzentrierung kann nur gelingen, wenn die Betroffenen und deren Angehörigen (triologisch) noch enger an diesen Prozessen beteiligt sind und ernst genommen werden. Sie sind die Spezialisten ihrer Erkrankung bzw. Behinderung und nur mit ihnen kann eine volle und wirksame Teilhabe und Teilnahme an der Gesellschaft gelingen. Dazu will und soll die vorliegende themenbezogene Bilanz des Psychiatrieplans beitragen und diese Überzeugung ein kleines Stück auf dem langen Weg zur inklusiven Gesellschaft voranbringen.

verwendete Literatur

- 1 Das DSM-5 ist die fünfte Auflage des von der American Psychiatric Association herausgegebenen Klassifikationssystems und seit Mai 2013 in Amerika gültig.
- 2 Die Fortschreibung des Psychiatrieplans 2006/2007 wurde am 22. Juni 2007 vom Kreistag einstimmig beschlossen und zur vertiefenden Beratung in den Fachausschuss überwiesen.
- 3 **Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M.**, Robert-Koch-Institut, Berlin 2007, aus: „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“
- 4 Die bestehende Schulsozialarbeit als Regelangebot an allen Haupt- und Realschulen, an Integrierten Gesamtschulen sowie an Beruflichen Schulen wird pro Jahr mit € 920.000,00 gefördert, die zu 50% vom Main-Kinzig-Kreis und kreisangehörigen Kommunen aufgebracht werden.
- 5 vgl.: Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2011
- 6 **Kösters, Winfried**, „Weniges, Bunter, Älter, Olzog Verlag München 2011
- 7 Die Daten beruhen auf der Berliner Altersstudie (BASE), eine multidisziplinäre Untersuchung alter Menschen von 70 bis über 100 Jahre, Berlin
- 8 Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) bietet ein repräsentatives Bild der gesundheitlichen Situation von Männern und Frauen von 18 bis 79 Jahren, Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi, DEGS 2012
- 10 Der Main-Kinzig-Kreis bezuschusst die drei Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen mit jährlichen Zuwendungen in Höhe von ca. € 150.00,00.

Diagnosen psychischer Erkrankungen

- 9 Die häufigsten psychischen Störungen:
Anorexia nervosa – Magersucht, Essstörung
Posttraumatische Belastungsstörung - einer PTBS gehen definitionsgemäß ein oder mehrere belastende Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß (Trauma) voran. Dabei muss die Bedrohung nicht unbedingt die eigene Person betreffen, sondern sie kann auch bei anderen erlebt werden (z. B. wenn man Zeuge eines schweren Unfalls oder einer Gewalttat wird).
Psychotische Störung - Psychose als Überbegriff umfasst auch die organischen und die affektiven Psychosen, ebenso wie einzelne psychotische Episoden, die nicht chronifizieren. Im allgemeinen Sprachgebrauch steht das Wort Schizophrenie also für eine chronische Form der psychotischen Störung mit starker sozialer Beeinträchtigung, wobei Ursache und Wirkung aufgrund der vielfältigen Ausprägung der Krankheit nicht klar zu differenzieren sind.
Bipolare Störung - psychische Störung, gehört zu den Affektstörungen – sind gekennzeichnet durch Veränderung der Stimmungslage
Somatoforme Störung - Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Dabei stehen neben Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit und Erschöpfung Schmerzsymptome an vorderster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.
Zwangsstörung - ist eine neuropsychiatrische Erkrankung und zählt zu den psychischen Störungen. Es besteht für den Betroffenen ein innerer Drang, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun.
Unipolare Depression - Die Depression ist eine psychische Störung mit Zuständen psychischer Niedergeschlagenheit als Leitsymptom.
Angststörung - Angststörung (auch *Phobische Störung*) ist ein Sammelbegriff für psychische Störungen, bei denen entweder unspezifische Angst oder aber konkrete Furcht (Phobie) vor einem Objekt bzw. einer Situation besteht. Auch die Panikstörung, bei der Ängste zu Panikattacken führen, zählt zu den Angststörungen.

