



SOZIAL- PSYCHIATRISCHER PLAN 2016



BEEINDRUCKEND JUNG

WOLFSBURG

SOZIAL-
PSYCHIATRISCHER
PLAN 2016

Herausgeber
Stadt Wolfsburg
Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit
Sozialpsychiatrischer Dienst

Impressum

Herausgeber

Stadt Wolfsburg
Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit
Sozialpsychiatrischer Dienst
Rosenweg 1a
38446 Wolfsburg

Ansprechpartner
Anke Scholz, MPH
Dr. med. Volker Heimeshoff

sozialpsychiatrischerdienst@stadt.wolfsburg.de

Tel. 05361 28-2040

1. Auflage Februar 2016

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

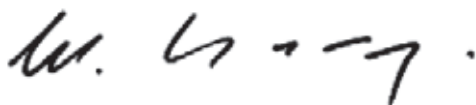
seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahre 2009 bekommt der Anspruch der von Behinderung betroffenen Menschen auf Gleichstellung und Teilhabe unter dem Schlagwort Inklusion mehr Aufmerksamkeit. Der Begriff der Inklusion ist in der Vergangenheit in psychiatrischen Zusammenhängen eher selten verwendet worden. Die Prinzipien der Gemeindepsychiatrie, die sich seit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquête im Jahr 1975 bewährt haben, zielen aber auf nichts anderes, als psychisch Kranke in unsere Gesellschaft einzubeziehen.

Das „Normalitätsprinzip“ der Gemeindepsychiatrie bedeutet, dass auch schwer psychisch Kranke möglichst nicht abgeschottet, sondern im „normalen“ Umfeld versorgt werden. Die Norm „ambulant vor stationär“ bedeutet Ähnliches, nämlich grundsätzlich zu prüfen, wie psychisch Kranke und Personen mit seelischen Behinderungen in ihrem sozialen Umfeld versorgt werden können. Die „Versorgungsverpflichtung“, die wir Anbietern gemeindepsychiatrischer Leistungen auferlegen, bedeutet, dass diese schwer psychisch Kranke nicht diskriminieren dürfen.

Ohne dass der Begriff ausdrücklich verwendet wird, erhebt auch der Gesetzgeber im Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke Inklusion zum Arbeitsprinzip Sozialpsychiatrischer Dienste: „Die Hilfen sollen das Ziel verfolgen, der betroffenen Person eine möglichst selbstständige, bei Bedarf beschützte Lebensführung in einer ihr zuträglichen oder gewohnten Gemeinschaft zu erhalten oder wieder zu ermöglichen.“¹

Dieser Sozialpsychiatrische Plan führt den Stand der psychiatrischen Versorgung sowie den Bedarf an Hilfen aus und gibt Auskunft darüber, welches Maß an Inklusion erreicht worden ist und welche weiteren Planungsschritte in Wolfsburg erforderlich sind. Inklusion erfordert aber nicht nur eine Gestaltung der psychiatrischen Versorgung; sie setzt auch auf Beteiligung, wofür Informationen und Wissen benötigt werden. Der Sozialpsychiatrische Plan 2016 ist daher auch als Informationsquelle und Wegweiser für alle Interessierten konzipiert, die Näheres über das inzwischen sehr komplexe psychiatrische Versorgungssystem der Stadt in Erfahrung bringen wollen.

Allen Personen und Institutionen, die zum Gelingen dieses Planes beigetragen haben, sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt. Besonders hervorzuheben sind die Stellen, die bereit waren, eigene Daten zur Verfügung zu stellen, und genehmigt haben, dass diese für den Sozialpsychiatrischen Plan ausgewertet werden konnten.



Werner Borchering
Erster Stadtrat

¹ Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997, § 6 Abs.3

INHALT

Vorwort	3
Einleitung	7
Soziodemographische Daten und medizinische Versorgung	9
Psychiatrische Versorgung	13
Behandlung	16
Rehabilitation und Eingliederungshilfe	18
Ambulant und stationäres Wohnen	20
Arbeit und Beschäftigung	22
Pflege	23
Sozialpsychiatrischer Dienst	25
Betreuungsstelle	30
Psychiatrieplanung	35
Netzwerkarbeit und Koordination im Sozialpsychiatrischen Verbund: Bericht der Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbunds	35
Tätigkeitsberichte der Arbeitskreise von 2011 bis 2014	38
Arbeitskreis Integration	41
Arbeitskreis Gerontopsychiatrie	46
Arbeitskreis Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	49
Planungsziele (Bedarf an Hilfen in Wolfsburg gemäß §9 NPsychKG)	51
Ausblick Landespsychiatrieplanung	54

Veröffentlichungen und Berichte zu speziellen Themen	57
Zukunftsfähigkeit der Suchtarbeit in Wolfsburg – Ein Überblick über die Angebote im Bereich der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	57
Ein gemeindepsychiatrisches Zentrum für Wolfsburg – Wie macht man aus Bausteinen ein Netz?	83
„Alleinerziehend in Wolfsburg – Eine Studie über Ein-Eltern-Familien im SGB II-Bezug“ – Zentrale Studienergebnisse	89
Demenz – Arbeit des Senioren- und Pflegestützpunkt	94
Professionelle Hilfen im psychiatrischen Notfall: Lösungsansätze jenseits von Bevormundung und unterlassener Hilfe	97
Literaturverzeichnis	109
Adressverzeichnis	113

EINLEITUNG

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sind weit verbreitet und reichen von leichten Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen mit chronischen Verläufen. Sie gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und beeinflussen die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten.²

Mit den Sozialpsychiatrischen Plänen wird in Niedersachsen versucht, eine auf kommunalen Daten basierende Darstellung der Bedeutung psychischer Erkrankungen und der jeweiligen Versorgungssituation zu beschreiben und als Planungsgrundlage zu veröffentlichen.

Das Land Niedersachsen hat zwei Grundlagen, um die gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen zu gestalten: Dies sind zum einen die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik. Zum anderen sind dies die „Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ der Fachkommission Psychiatrie.³ Fachliche Unterstützung und Beratung erhält das Land dabei von den unabhängigen Experten des Landesfachbeirates Psychiatrie.

Für das Jahr 2016 wird mit der Veröffentlichung des Landespsychiatrieplans Niedersachsen gerechnet, welcher wegweisende Empfehlungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen beinhalten wird. Ein inhaltlicher Überblick ist im Kapitel Ausblick Psychiatrieplanung nach zu lesen.

Mit der vierten Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans für die Stadt Wolfsburg liegt erneut ein Bericht vor, der die aktuellen psychiatrischen Versorgungsstrukturen darstellt und Projekte und Zielsetzungen für die zukünftige gemeindepsychiatrische Entwicklung in der Stadt aufzeigt, aber auch Entwicklungen aus den letzten Jahren beschreibt.

Die Bestandsaufnahme der Angebote konnte nicht in allen Bereichen auf eine vollständige Datengrundlage zurückgreifen. Dies lag zum einen an teilweise ungenauen Angaben, nicht nachvollziehbaren Daten und zum anderen an einem nicht ausreichendem Rücklauf der Dokumentationsbögen. Die Ergebnisse der Befragung aus den Jahren 2011 bis 2014 sind dennoch für eine kontinuierliche Psychiatrieplanung wertvoll, um die Versorgungsrealität in der Stadt Wolfsburg zu diskutieren und für eine Qualitätsentwicklung der Hilfen einzusetzen.

Die Nutzung des SIM Programms, welches zur kommunalen Berichterstattung von der MHH und dem Landesfachbeirat Psychiatrie, entwickelt wurde, war leider nicht, wie im Sozialpsychiatrischen Verbund angekündigt, nutzbar.

Der vorliegende Plan gliedert sich in fünf größere Kapitel.

Zunächst wird, um die Ausgangslage zu beschreiben, ein Überblick über die soziodemographische Lage und die medizinische Versorgung in der Stadt Wolfsburg gegeben. Im darauf folgenden Kapitel Psychiatrische Versorgung werden die vorhandenen Daten aus den Versorgungssegmenten erläutert, dargestellt und interpretiert, so dass gut begründete Hinweise für die weitere Bedarfsplanung in Wolfsburg erstellt werden können. Im Kapitel Psychiatrieplanung wird über die Arbeit in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbunds berichtet. Daran anschließend, wird wie bereits erwähnt, ein kleiner Ausblick auf den zukünftigen Landespsychiatrieplan gegeben.

² Robert Koch Institut (RKI), Themenschwerpunkt Psychische Gesundheit, 2015

³ http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheitspsychiatrie_und_psychologische_hilfen/14025.html (15.09.2015)

In dem Abschnitt Veröffentlichungen und Berichte zu speziellen Themen sind aus dem Bereich Sucht, Alleinerziehende, Demenz und Krisenintervention Arbeitsfelder von den Autoren differenziert und vertiefend dargestellt.

Die Übersicht über die Hilfeangebote in der Stadt Wolfsburg wird etwa alle zwei Jahre aktualisiert, was den Sozialpsychiatrischen Plan mit dem Adressteil auch als Beratungsführer für die Öffentlichkeit nutzbar macht.

Zur besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, bei Berufs- und Personenbezeichnungen sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wird die männliche Form verwendet, schließt dies die weibliche mit ein und auch umgekehrt.

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN UND MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Wolfsburg ist eine kreisfreie Stadt in Niedersachsen, mit insgesamt 204,05 Quadratkilometern Stadtgebietsfläche. Das bedeutet eine Bevölkerungsdichte von rund 610 Einwohnern je Quadratkilometer. Wolfsburg verzeichnete am Stichtag 31.12.2014 insgesamt 124.481 Einwohner, davon 61.610 Männer und 62.871 Frauen. Darunter sind 19.210 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gemeldet. Insgesamt gab es 117.922 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SVB) am Arbeitsort, was einem leichten Plus gegenüber dem Vorjahr entspricht. Am 31.12.2014 betrug die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort 49.889 Personen. Davon waren insgesamt 20.934 Frauen.^{4,5}

Die Zahl der Arbeitslosen in Wolfsburg ist seit der Spitze im Jahr 1996 mit einer Arbeitslosenquote von 17,9% fast kontinuierlich gesunken und lag Ende 2014 bei 4,5%. Die Zahl ist gegenüber dem Vorjahreswert um 0,2% erneut gesunken. Damit befindet sich die Quote Wolfsburgs Ende 2014 weit unterhalb des Bundes- und des Landesdurchschnitts (Deutschland 6,4%, Niedersachsen 6,2%). Innerhalb der Region Braunschweig-Wolfsburg weist Wolfsburg die niedrigste Arbeitslosenquote auf.⁶

Wolfsburg ist eine multikulturelle Stadt, in der im Jahre 2014 die Anteile von Ausländern⁷ 12,0% (bzw. 14.999 Personen) und von Personen mit Zuwanderungsgeschichte 22,8% (bzw. 28.347 Personen) betrug.⁸ Somit weist knapp ein Drittel, insgesamt 43.346 Personen, der 124.481 Einwohner Wolfsburgs Wurzeln außerhalb Deutschlands auf. Wolfsburg liegt mit 34,8% deutlich über dem Bundesdurchschnitt von Ausländern und Personen mit Zuwanderungsgeschichte (20,3%).⁹ Bei den Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre ist die Gruppe der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte deutlich größer und liegt bei fast 50% (Kinder mit ZG 9.506 und Kinder ohne ZG 9.704). Von Zuwanderungsgeschichte wird ausgegangen, wenn die Kinder und Jugendlichen selbst aus einem anderen Land zugezogen sind und/ oder mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, oder wenn beide Eltern zugewandert bzw. nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

Als mögliche Erklärung für diese Verteilung ist der Hauptwirtschaftszweig der Stadt, die Automobilindustrie und der damit verbundene Volkswagenkonzern als größter Arbeitgeber zu nennen. Aufgrund der ständigen Rekrutierung ausländischer Mitarbeiter, seit Beginn der 1960er Jahre, ist die Zahl der Einwohner Wolfsburgs mit Zuwanderungsgeschichte stetig angestiegen.¹⁰

Bevölkerung nach Altersgruppen 2014

unter 3 Jahre	3 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter	Insgesamt
3.394	3.275	12.541	9.257	33.101	35.002	24.348	3.563	124.481

Quelle: Stadt Wolfsburg – Melderegister, Auswertung: Referat Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, 2015a

4 Stadt Wolfsburg, Referat 21 – Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, 2015a

5 Bundesagentur für Arbeit, Statistik – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen, 2015

6 Stadt Wolfsburg, Referat 21 – Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, 2015c

7 Anmerkung: erste Staatsbürgerschaft nicht deutsch

8 Die Ermittlung des Ausländeranteils aus dem Merkmal „Erste Staatsangehörigkeit“ ist unzureichend zur Bestimmung des Bevölkerungsanteils mit Zuwanderungsgeschichte. Allerdings ist der Indikator Zuwanderungsgeschichte nicht unmittelbar aus den Melderegisterdaten abzuleiten. Aus dem Merkmal „Erste Staatsangehörigkeit“ wird der Anteil der ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner bestimmt. Darüber hinaus werden die Merkmale „Zweite Staatsangehörigkeit“, „Zuzugsherkunft“, „Art der Deutschen Staatsangehörigkeit“ und „Lage des Geburtsortes“ zur Ermittlung der Deutschen mit Zuwanderungsgeschichte genutzt.

9 Statistisches Bundesamt, Destatis 2015

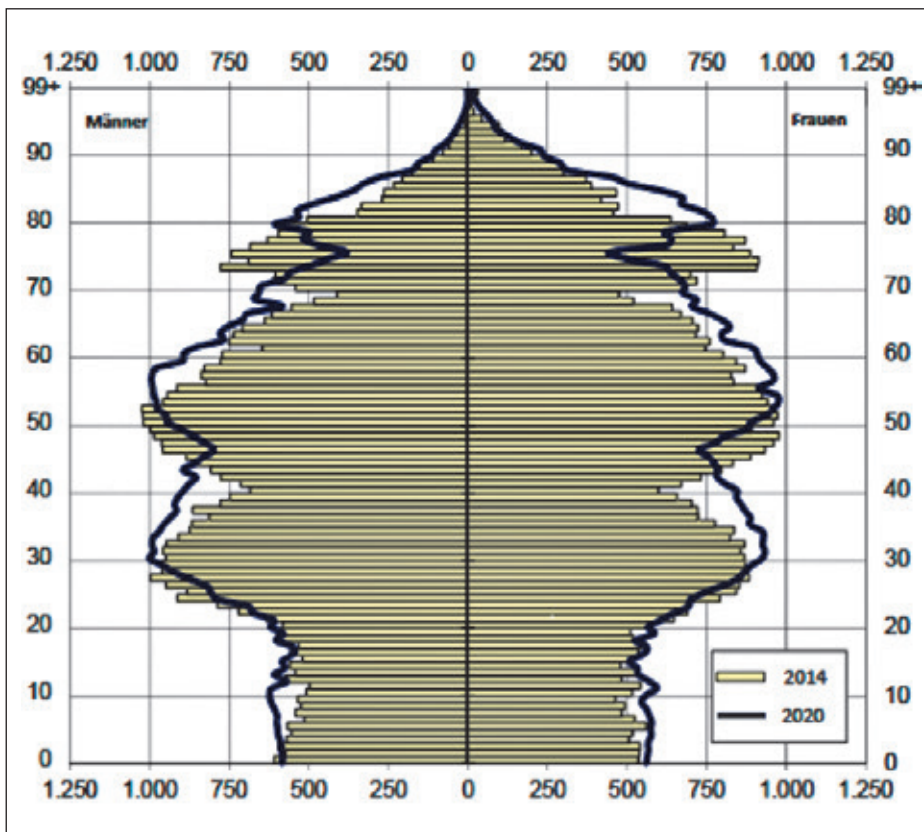
10 Für nähere Informationen zur Rekrutierung ausländischer Mitarbeiter durch den Volkswagen Konzern siehe Herlyn und Tessin 2000, Stölzl 2009

Die Stadt Wolfsburg wurde vor 77 Jahren gegründet und ist Hauptsitz der Volkswagen AG, der wesentliche Wirtschaftsmotor der Region und eine der dynamischsten Städte Deutschlands (Prognos AG 2014). Wolfsburg wächst bezogen auf Einwohnerzahl und Arbeitsplätze stetig. Zwischen 2008 und 2014 entstanden 17.000 neue Arbeitsplätze und 4.500 Neubürger kamen hinzu. Wolfsburg verfolgt gegenwärtig eine wirtschaftliche und demographische Wachstumsstrategie mit dem Ziel, lebenswerte, zukunftsfähige und generationengerechte Wohnquartiere für die kommenden Bedarfe zu schaffen.

Typische Merkmale des demographischen Wandels wie Alterung, Geburtenrückgang, steigende Zuwanderung aus dem Ausland und Wanderungsbewegungen zeigen in Wolfsburg ihre eigene Charakteristik: Die Zuwanderungsgeschichte hat eine entscheidende Rolle bei der Wolfsburger Bevölkerungsentwicklung. Besonders jüngere Menschen ziehen im Erwerbs- und Familienalter nach Wolfsburg, wodurch das negative Geburtensaldo (2014: 139) mit Personen durch nationale und internationale Zuwanderungen ausgeglichen werden kann. Demnach steigt die Bevölkerung in Wolfsburg von 124.481 im Jahr 2014 (unter Berücksichtigung der laufenden Wohnbauoffensive sowie der hohen Flüchtlingsströme) bis 2025 auf 136.135 Einwohner. Dies entspricht einem Bevölkerungswachstum von 9,4%. Im Fokus der Betrachtung steht vor allem die Entwicklung bestimmter Altersgruppen auf kleinräumiger Ebene. So steigt nicht nur die Altersgruppe der 85 Jährigen und älter um 41,9%, sondern auch die der unter 6 Jährigen um 19,9%. Die Ergebnisse zeigen für Wolfsburg einen nicht so starken Trend zu einer älter werdenden Gesellschaft. Die Bevölkerung in den jüngeren Altersklassen steigt genauso an, wie die in den älteren Altersgruppen.¹¹

Altersstruktur der Bevölkerung

31.12.2014 (Bestand) und 31.12.2020 (Bevölkerungsvorausrechnung 2013)



Quelle: Stadt Wolfsburg – Melderegister, Auswertung: Referat Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, 2015b

11 Stadt Wolfsburg, 2015b

Das junge Alter der Stadt sowie die Zuwanderungsgeschichte seiner Bewohner haben zur Folge, dass in vielen Fällen keine gewachsenen Familienstrukturen bestehen, was wiederum bedeutet, dass informelle soziale Sicherungs- und Pflegesysteme fehlen oder nur unzureichend vorhanden sind. Dieses Verhältnis verschärft sich zusätzlich durch die Abwanderung jüngerer Wolfsburger, die zur Berufsausbildung in andere Städte gehen und die Elternhäuser verlassen. Nur wenige kommen im Rahmen der Arbeitsplatzsuche zurück. Die Elterngeneration bleibt in Wolfsburg und es ziehen jüngere Personen, deren familiäres Umfeld nicht vor Ort ist, zu. Gegenseitige Unterstützung in allen Lebensphasen kann in Wolfsburg daher in geringerem Umfang als in anderen Städten durch generationsübergreifende Familiennetze geleistet werden.

Dennoch werden rund 515 pflegebedürftige Personen heute durch ihre Familien unterstützt. Hauptsächlich durch Frauen, die selbst zumeist schon über 55 Jahre alt sind, wodurch diese Säule vermutlich innerhalb der nächsten Jahre wegbrechen wird.¹²

Die Haushaltstruktur Wolfsburgs zeigt bereits heute überwiegend Ein- bis Zweipersonenhaushalte (47,5%), was den hohen Anteil älterer Menschen und junger Singles in der Stadtbevölkerung widerspiegelt.¹³ Das bedeutet vermutlich, dass für definierte Untergruppen der Bevölkerung (z. B. pflegebedürftige oder kranke Menschen, Hochaltrige, aber auch Alleinerziehende) neue Netzwerke und Beratungsstrukturen zur Lösung der alltäglichen Herausforderungen entwickelt werden müssen.

Medizinische Versorgung

Für eine generationengerechte Versorgung ist eine angemessene Gesundheitsversorgung besonders wichtig. Die medizinische Versorgung in einer Kommune hängt nicht nur von der Anzahl der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzten ab, sondern auch von der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und den sich damit verändernden Bedarfen. Ein Rückgang des medizinischen Versorgungsgrades wurde in einer Analyse der KVN von 2011 prognostiziert.¹⁴

In der Stadt Wolfsburg kann derzeit noch von einer guten medizinischen Versorgung der Bürger gesprochen werden.

Im stationären Bereich ist das Klinikum Wolfsburg als Krankenhaus der Maximalversorgung für die Wolfsburger Bevölkerung und Umgebung zuständig. Rund 180.000 Menschen wohnen im Einzugsgebiet des Klinikums. Die 15 spezialisierten Kliniken und Institute sind mit speziellen Diagnose- und Therapieeinrichtungen ausgestattet.

Mit 547 stationären und 20 teilstationären Betten ist das Klinikum Wolfsburg eines der größten Krankenhäuser Niedersachsens. Im Jahr 2014 wurden ca. 41.000 ambulante und ca. 30.000 stationäre Patienten behandelt.¹⁵

Der Spatenstich der neuen Kinderklinik erfolgte am 9. Juli 2015. Diese ist in ein somatisches Hauptgebäude und ein kleineres Gebäude für die Psychosomatik unterteilt. Die Fertigstellung der Kinderklinik ist voraussichtlich im 2. Halbjahr 2017.¹⁶

Die dem Klinikum Wolfsburg angegliederte Pflegeschule verfügt über insgesamt 141 Ausbildungsplätze, davon 112 in der Krankenpflege und 29 in der Kinderkrankenpflege.

¹² Stadt Wolfsburg, 2014

¹³ Technische Universität Berlin, Institut für Stadt- und Regionalplanung, 2015

¹⁴ Zweckverband Großraum Braunschweig (Hrsg.), 2015

¹⁵ Klinikum Wolfsburg 31.12.2014

¹⁶ Klinikum Wolfsburg, Pressemitteilung vom 23.06.2015

Darüber hinaus eröffnete das Klinikum Wolfsburg im Sommer 2015 ein Ambulanzzentrum, in dem vorzugsweise und mit nachfolgender Priorität folgende Gesundheitsangebote realisiert werden:

- Ambulante Rehabilitation mit den Schwerpunkten Orthopädie, Kardiologie, Neurologie und Geriatrie
- Zentralisierung am Klinikum vorhandener Praxen, insbesondere Neurologie, Ergotherapie und Logopädie
- Praxen, z. B. Hämatologie und Onkologie, Diabetologie, Schmerztherapie, Augenheilkunde, Dermatologie und Dermatochirurgie, Zahnheilkunde/Kieferorthopädie sowie Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Rehabilitationssport

In Wolfsburg gibt es zurzeit 32 Apotheken und eine Krankenhausapotheke.¹⁷

Die ambulante Versorgung der Wolfsburger in haus- und fachärztlicher Hinsicht liegt derzeit noch im ausreichenden Bereich, aber lange Wartezeiten für bestimmte Facharztleistungen sind jetzt schon zu verzeichnen. Laut Kassenärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KVN) haben aktuell 266 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten einen Sitz in Wolfsburg.¹⁸ Ein Mangel in der hausärztlichen Versorgung ist jedoch absehbar. Zurzeit besteht in der Stadt Wolfsburg bereits ein Bedarf an Hausärzten und Fachärzten für Allgemeinmedizin. Der Versorgungsgrad liegt bei ca. 90 %, es fehlen 20 Hausärzte. Ca. 40 % der Hausärzte sind zudem über 59 Jahre, so dass sich die Zahl der praktizierenden Hausärzte voraussichtlich überproportional schnell weiter vermindern wird. Dieser absehbar negativen Situation begegnet die Stadt Wolfsburg mit einem Förderprogramm, das finanzielle Anreize für die Niederlassung und Unterstützung bei der Suche nach einer Immobilien gewährt.

¹⁷ Apothekenkammer Niedersachsen (Stand Juni 2015)

¹⁸ Arztauskunft Niedersachsen. Abfrage vom 15.06.2015

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

An der psychiatrischen Versorgung Wolfsburgs sind psychiatrische und nicht-psychiatrische Einrichtungen und Fachleute beteiligt, Selbsthilfe und ehrenamtliche Unterstützung sind in Ansätzen vorhanden. Die psychiatrische Versorgung der Bürger der Stadt lässt sich nicht immer trennscharf einzelnen Akteuren zuordnen. Menschen mit psychischen Erkrankungen finden richtigerweise auch Unterstützung und Hilfe an Stellen, die nicht explizit psychiatrisch arbeiten.

Demgegenüber kann ein psychiatrisches Versorgungssystem beschrieben werden, das ausdrücklich für Menschen mit psychischen Erkrankungen zuständig ist. Dieses System ist fachlich untergliedert (Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Allgemeinpsychiatrie und -psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik). Die Angebote der einzelnen Fachgebiete können auf der Ebene des Versorgungssystems der Stadt außerdem noch danach unterschieden werden, ob sie ambulant, teilstationär, stationär oder Versorgungssektoren übergreifend tätig sind.

Psychische Erkrankungen sind häufig: 25 % bis 30 % der Bevölkerung erkranken im Laufe eines Jahres im Sinne einer psychiatrischen Diagnose. Schwere psychische Erkrankungen sind hingegen deutlich weniger häufig: Legt man gängige Definitionen¹⁹ zu Grunde, so sind von schweren psychischer Erkrankungen 1 % bis 2 % der Bevölkerung betroffen. Die Herausforderung für die psychiatrische Versorgung liegt darin, Versorgungsgerechtigkeit zu schaffen: Es werden ausreichende Angebote für Abhängigkeitskranke, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, für psychisch kranke Erwachsene im jüngeren und mittleren Alter sowie für psychisch kranke ältere Menschen benötigt. Diese müssen sowohl den eher leichter Erkrankten wie auch den schwer Erkrankten gerecht werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst, die Institutionen, die weiter unten in den Abschnitten über Eingliederungshilfe und Rehabilitation in Wolfsburg beschrieben werden und die Einrichtungen, die unterstützende Angebote im Sektor Arbeit und Beschäftigung machen, richten sich an schwerer Erkrankte. Gleiches gilt auch für das AWO Psychiatriezentrum, mit seinen in Wolfsburg befindlichen Tageskliniken und den Ambulanzen. Schwerer psychisch kranke Menschen werden auch von den Anbietern der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt, auch die beiden Wolfsburger Suchtberatungsstellen oder die stationären gerontopsychiatrischen Pflegeeinrichtungen sind Akteure in diesem Feld der Versorgung. Bei den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, wie auch bei den ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, findet sich eher eine Durchmischung der Klientel (leicht versus schwer psychisch Kranke).

Zwischen den an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteuren gibt es viele Formen der Zusammenarbeit. Die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes Wolfsburg und die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) sind Foren, die vielfältige Möglichkeiten für einen fachlichen und persönlichen Austausch, für Kommunikation und Kooperation eröffnen.

Dennoch ist die Zusammenarbeit auf dem Feld der psychiatrischen Versorgung in Wolfsburg verbesserungsbedürftig. Dies wäre besonders für die Versorgung schwerer psychisch Kranker sinnvoll. Das in gemeindepsychiatrischen Planungsgutachten immer wieder geforderte ambulant tätige multiprofessionelle Team wird in Wolfsburg vom Sozialpsychiatrischen Dienst repräsentiert und im Ansatz auch von der Psychiatrischen Ambulanz; ein Modell, wie beide Angebote weiterentwickelt werden können, findet sich in diesem Plan im Kapitel „Veröffentlichungen und Berichte zu speziellen Themen“. Ansätze der vertragsärztlichen Versorgung, die Leistungen verschiedener Berufsgruppe (Pflege und Fachärzte) integrieren, werden in Wolfsburg in der ambulanten integrierten Versorgung praktiziert; in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Integration von Leistungen über die sozialpsychiatrische Versorgung in der Facharztpraxis schon länger möglich. Die Vernetzung psychiatrischer Hilfen findet in








































¹⁹ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) 2013

Wolfsburg in größerem Stil im Prozess der Hilfeplankonferenzen statt. Eine Weiterentwicklung dieser Vernetzung, die nicht nur von Leistungen der Eingliederungshilfe ausgeht, sondern z.B. auch von Behandlungs- und Pflegeleistungen, wäre sinnvoll.

Kooperation im Einzelfall findet in Wolfsburg in verschiedenen Formen statt, ist aber weiterhin sehr abhängig von den jeweiligen Akteuren. Einheitliche und etablierte Koordinationsstrukturen fehlen.

In der folgenden Tabelle werden die Hilfen aus dem Kernbereich der Psychiatrie dargestellt, bewertet und kommentiert. Die Tabelle ist zuletzt in der Fachbeiratssitzung am 02.12.2015 abgestimmt worden. Die Übersicht stellt eine Momentaufnahme der Versorgungssituation in der Stadt Wolfsburg dar.

Übersicht der psychiatrischen Versorgungsangebote in Wolfsburg

	bei zufriedenstellender bis sehr guter Versorgung					
	bei nicht ausreichendem Angebot					
	bei fehlendem Angebot					
Nr.	Versorgungsangebot	KJP	Allgemein-Psychiatrie	Geronto-psychia-trie	Sucht	bei Bedarf: Bemerkungen
1	Psychiater/Nervenärzte in Praxis oder MVZ (SGB V)					KVN Planung passt nicht zum Bedarf
2	Psychiatrische Institutsambulanz					personelle Ausstattung
3	Psychotherapeuten in Praxis oder MVZ (SGB V)					lange Wartezeiten
4	fachärztlich geleiteter Sozialpsychiatr. Dienst					zwei Fachärzte und Honorarärzte
5	Krisendienst außerhalb regulärer Bürozeiten					Verbindung zur Behandlung fehlt
6	Fachstelle für Suchtberatung und Suchtprävention					
7	Ambulante Suchttherapie gem. Rentenversicherung					
8	Psychiatrischer Konsiliardienst in somatischer Klinik					
9	ambulante psychiatrische Pflege					Verträge mit KK fehlen
10	Soziotherapie					Richtlinien zu hoch
11	ambulante Ergotherapie					

12	ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII					
13	Tagesstätte					
14	Kontaktstelle					
15	Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung					unflexible Arbeitszeiten
16	Zuverdienstmöglichkeiten (z. B. Sozialer Betrieb)					
17	Integrationsfachdienst					
18	Betroffenenselbsthilfe					
19	Angehörigenselbsthilfe					
20	unabhängige Beschwerdestelle					
21	gerontopsychiatrische Tagespflege					
22	Tagesklinik					KJP: Behandlung von Kindern < 10 Jahre und Eltern-Kind-Behandlung fehlt
23	psychiatrische Klinik					regional – Entfernung vom Stadtgebiet 30 Km
24	stationär betreutes Wohnen für seel. Behinderte SGB XII					Einrichtung §35a fehlt / Sucht regional
25	Pflegeheim mit speziellem psychiatr. Angebot SGB XI					regional vorhanden
26	spezielle Angebote für Arbeitssuchende					
27	Reha-Einrichtung / RPK					nicht vor Ort

BEHANDLUNG

Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sind derzeit in Wolfsburg zwölf niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte berechtigt, psychiatrisch zu behandeln. Zu dieser Fachgruppe gehören Nervenärzte, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychosomatische Medizin sowie eine Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Die Sitze sind von der Kassenärztlichen Vereinigung gesperrt, so dass sich weitere Ärzte mit dieser Fachrichtung in Praxen zurzeit nicht niederlassen können. Zu berücksichtigen gilt aber auch, dass einige Ärzte schwerpunktmäßig neurologisch arbeiten.

Einige der Ärzte dieser Fachgruppe sind auch im Rahmen der Integrierten Versorgung tätig. Fallzahlen der Integrierten Versorgung sind nicht bekannt. Im Stadtgebiet gibt es 31 praktizierende psychologische Psychotherapeuten für Erwachsene und 11 für Kinder und Jugendliche mit Kassensitzen.²⁰

Der Versorgungsauftrag für die stationäre psychiatrische Behandlung der Wolfsburger Bevölkerung obliegt dem AWO Psychiatriezentrum in Königslutter. Das Fachkrankenhaus ist in verschiedene Kliniken unterteilt (Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Forensische Psychiatrie). Die Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie ist im Sinne eines störungsspezifischen Behandlungskonzepts strukturiert. Das AWO Psychiatriezentrum hat 557 stationäre Planbetten und 92 Plätze in der teilstationären Versorgung. In der Klinik für Forensische Psychiatrie stehen außerdem 91 Plätze zur Verfügung.²¹

Das Krankenhaus versorgt insgesamt ein Einzugsgebiet mit 880.000 Einwohnern. Das Pflichtversorgungsgebiet umfasst die Landkreise Gifhorn, Helmstedt, Peine und Wolfenbüttel (teilweise) sowie die kreisfreien Städte Braunschweig und Wolfsburg.

Anzahl der Wolfsburger Patienten im AWO Psychiatriezentrum

Jahr	Patienten	Fälle	Wieder- aufnahmequote
2011	865	1.292	1,49
2012	838	1.233	1,47
2013	840	1.283	1,53
2014	890	1.373	1,54

Quelle: AWO Psychiatriezentrum, 2015

Das AWO Psychiatriezentrum Königslutter wird durchschnittlich von gut 100 Bürgern aus Wolfsburg belegt. Die durchschnittliche Verweildauer in den Jahren 2011 bis 2014 betrug 27,82 Tage.

²⁰ Arztauskunft Niedersachsen. Abfrage vom 15.06.2015

²¹ AWO Psychiatriezentrum Königslutter, 2015

Fallzahl: Wolfsburger Bürger im AWO Psychiatriezentrum nach Altersgruppen

Jahr	Altersgruppe	Fälle
2011	<18 Jahre	71
	>65 Jahre	229
	18 – 65 Jahre	992
2011 gesamt		1292
2012	<18 Jahre	74
	>65 Jahre	196
	18 – 65 Jahre	963
2012 gesamt		1233
2013	<18 Jahre	95
	>65 Jahre	210
	18 – 65 Jahre	978
2013 gesamt		1283
2014	<18 Jahre	98
	>65 Jahre	211
	18 – 65 Jahre	1064
2014 gesamt		1373

Quelle: AWO Psychiatriezentrum, 2015

Im teilstationären Bereich übernimmt die Tagesklinik Wolfsburg des AWO Psychiatriezentrums Königslutter mit 24 Plätzen für Erwachsene und neun Plätzen für Kinder- und Jugendliche bis 18 Jahre die Versorgung vor Ort. Im Jahr 2014 wurden in der Tagesklinik für Erwachsene 163 Personen behandelt. Angegliedert an die Tageskliniken sind die Institutsambulanzen der Klinik für Akutpsychiatrie und die Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei letztere sich erst im Aufbau befindet. Fallzahlen stehen noch nicht zur Verfügung.²²

Die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) Wolfsburg der Klinik für Akutpsychiatrie behandelte 2014 je Quartal im Durchschnitt 290 Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter. Davon waren etwas weniger als die Hälfte unter 65 Jahre alt, etwas mehr als die Hälfte waren 65 Jahre und älter.

Die psychiatrische Institutsambulanz Wolfsburg legte bei den älteren Bürgern einen Schwerpunkt auf die Versorgung psychisch kranker Bewohner in Alten- und Pflegeheimen: Von den 65 Jahre und älteren Patientinnen und Patienten der Ambulanz waren in diesen vier Quartalen ca. 80 % Heimbewohner, 20 % der Behandelten lebten in eigenen Wohnungen.²³

²² AWO Psychiatriezentrum Königslutter, 2015

²³ AWO Psychiatriezentrum Königslutter, 2015

REHABILITATION UND EINGLIEDERUNGSHILFE

Psychische Erkrankungen machen es bei längeren oder schwereren Verläufen Betroffenen oft schwer, angemessen am gesellschaftlichen Leben oder an für sie erforderlichen Angeboten unserer Gesellschaft zu partizipieren. Die Begriffe Rehabilitation und Eingliederungshilfe bezeichnen unterschiedliche Leistungen denen gemeinsam ist, dass sie die Teilhabe psychisch kranker Menschen oder Behinderter zum Ziel haben. Diese Leistungen sollen die individuelle Selbstbestimmung Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in verschiedenen Lebensfeldern (z. B. Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte, öffentliches Leben) unterstützen.

Angebote zur Tagesstrukturierung, zur Kontaktfindung und Selbstversorgung bieten in Wolfsburg die Tagesstätte, die Kontaktstelle, der Therapeutische Zuverdienst, das Ambulant Betreute Wohnen (ABE) sowie das Intensiv Betreute Wohnen (IBW) in jeweils unterschiedlichen Zusammenhängen und durch unterschiedliche Anbieter.

Verschiedene Anbieter und verschiedene Kostenträger bieten Hilfen im Bereich Arbeit und Beschäftigung (u. a. Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung, Integrationsfachdienst, Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke). Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation werden in der Praxis mit einer ambulanten psychiatrischen Behandlung kombiniert.

Um Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) zu planen und abzustimmen (auch z. B. mit psychiatrischer Behandlung oder Rehabilitation oder mit nichtpsychiatrischen Leistungen), wurde ab dem Jahr 2001 in Wolfsburg ein Hilfeplanverfahren aufgebaut.

Hilfeplankonferenzen – oder auch Teilhabekonferenzen genannt – sind ein wichtiges Element eines personenzentrierten Ansatzes in der Hilfeerbringung²⁴. Das in Wolfsburg praktizierte Modell der Hilfeplankonferenz ermöglicht eine individuelle Hilfeplanung undw ermutigt Betroffene zur Partizipation. In den Hilfeplankonferenzen werden, auf der Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme und/ oder der Entwicklungsberichten der Anbieter, die Hilfebedarfe verhandelt und festgelegt. Ziele werden vereinbart und Art und Umfang der benötigten Hilfen festgelegt. Eine vom Kostenträger unabhängige Moderation der Konferenz unterstützt Betroffene dabei, ihre Sicht einzubringen. Die Beschlüsse der Hilfeplankonferenz sind eine wesentliche Grundlage der Kostenentscheidungen des Sozialhilfeträgers.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Hilfeplankonferenzen (HPK), insbesondere wenn diese statistisch ausgewertet werden, Hinweise auf die Qualität und die Bedarfsgerechtigkeit des regionalen Versorgungssystems liefern. Das in Wolfsburg praktizierte Modell, bei dem der Sozialpsychiatrische Dienst die Planung und Moderation der Hilfeplankonferenzen durchführt, hat sich bewährt und wird stetig weiterentwickelt.

Das Segment Hilfeplanung ist an das Team Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes angebunden. Die Anzahl der Hilfeplankonferenzen in Wolfsburg ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.

In der folgenden Übersicht sind die Auswertungen der Hilfeplankonferenzen dargestellt. Zu beachten ist, dass geistige und seelische sowie in einzelnen Fällen auch körperliche Behinderung berücksichtigt sind.

²⁴ Ausführliche Informationen finden Sie in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Der personenzentrierte Ansatz – Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem: 5. erweiterte und aktualisierte Auflage 2005 (Psychosoziale Arbeitshilfen 11)

Übersicht Hilfeplanverfahren und Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Hilfeplankonferenzen	2011	2012	2013	2014
Gesamt	308	305	324	349
Geschlecht	2011	2012	2013	2014
weiblich	127	126	142	127
männlich	181	179	182	222
Alter	2011	2012	2013	2014
bis 24	42	52	47	60
25 – 59	247	237	261	260
ab 60	19	16	16	29
Art Behinderung	2011	2012	2013	2014
seelisch (ohne Sucht)	195	186	199	231
geistig	71	80	76	74
seelisch (ausschließlich Sucht)	46	41	53	57
körperlich	0	_*	_*	_*
Hilfeplankonferenzen	2011	2012	2013	2014
1. Hilfeplankonferenz	61	57	70	87
Wiederholungs-Hilfeplankonferenz	247	248	254	262
Empfohlene Maßnahmen	2011	2012	2013	2014
Betreutes Wohnen	198	198	224	211
Tagesstätte	23	18	14	17
Wohnheim	68	71	63	78
WfbM	72	62	65	49
Persönliches Budget	10	9	7	12
Sonstiges	12	13	12	19
Therapie/Rehamaßnahme	0	_*	_*	_*25

Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, Hilfen für Menschen mit Behinderung, 2015

25 Anmerkung: die mit * gekennzeichneten Felder beziehen sich auf Fälle kleiner als drei und dürfen zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung nicht veröffentlicht werden.

Im Folgenden Abschnitt werden die Ausgaben der Eingliederungshilfe nach Art der Hilfe dargestellt.

Ausgaben der Eingliederungshilfe

Art der Hilfe	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ABE seelische Behinderung (ohne Sucht)	347.800	446.300	619.600	711.200	822.000	905.800
ABE seelische Behinderung (ausschließlich Sucht)	151.200	116.100	197.500	149.500	176.300	170.800
ABE gesamt	499.000	562.400	817.100	860.700	998.300	1.076.600
Heime seelische Behinderung (ohne Sucht)	1.834.000	1.882.800	2.014.900	2.036.600	2.286.600	2.738.900
Heime seelische Behinderung (ausschließlich Sucht)	501.200	535.600	552.300	482.300	573.900	487.100
Heime gesamt	2.335.200	2.418.400	2.567.200	2.518.900	2.860.500	3.226.000

Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, 2015

Die tabellarische Aufstellung macht deutlich, dass die Ausgaben der Eingliederungshilfe kontinuierlich gestiegen sind. Die Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets als ein Anteil von Eingliederungshilfeleistungen, ist in Wolfsburg gering.

AMBULANT UND STATIONÄRES WOHNEN

In einem angemessenen Umfeld zu wohnen ist von grundsätzlicher Bedeutung für alle Menschen. Einen eigenen Haushalt in einer eigenen Wohnung zu führen ist für viele psychisch kranke Menschen die wichtigste Voraussetzung zur Teilhabe an der Gesellschaft.

Selbstbestimmte Wohnformen mit fachlicher Betreuung werden von den meisten schwer psychisch kranken Menschen vor stationären Wohnformen bevorzugt. In Wolfsburg gibt es unterschiedliche Angebote des Ambulant Betreuten Wohnens (ABE), ein psychiatrisches Wohnheim als Eingliederungshilfe gemäß SGB XII existiert nicht. Allerdings kann die Unterstützung durch das ABE sehr flexibel gestaltet werden, so dass auch für schwerer psychisch beeinträchtigte Menschen Alternativen zu einer Versorgung im Wohnheim möglich werden. Durch flexible und intensive sozialtherapeutische Hilfen, die zudem mit Serviceleistungen und im Bedarfsfall auch mit einer psychiatrischen Krankenpflege (APP) kombiniert werden, kann in vielen Fällen auf die Institution Wohnheim verzichtet werden.

Unter dem Begriff Intensiv Betreutes Wohnen (IBW) sind intensive Betreuungsformen zu verstehen, die u. a. eine 24-Stunden Rufbereitschaft beinhalten; dieses Angebot ist in Wolfsburg bislang nicht genutzt worden, kann aber im Bedarfsfall realisiert werden.

Wohngruppen und -gemeinschaften sind, bis auf eine Wohngemeinschaft mit vier Bewohnern, in den letzten Jahren mangels Nachfrage geschlossen worden.

Das ABE wird in der Regel mit anderen Leistungen kombiniert: Viele Klienten sind in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung, die psychiatrische Institutsambulanz spielt hier eine wichtige Rolle, die Systeme der teil- und der vollstationären Behandlung können genutzt werden, der Wochenend- und Feiertagskrisendienst bietet eine wichtige Absicherung im Krisenfall, Arbeits- und Beschäftigungsangebote von der Kontaktstelle über den Therapeutischen Zuverdienst, die Tagesstätte bis zu Werkstattarbeitsplätzen werden genutzt.

Die Ausweitung des betreuten Wohnens ist momentan häufig dadurch begrenzt, dass sowohl geeigneter wie finanzierbarer Wohnraum in Wolfsburg fehlt. Daher ist die Verwaltung in regelmäßigem Austausch mit den Wohnbaugesellschaften, um die Nachfrage im Bestand zu decken. In den Neubaugebieten werden entsprechende Wohneinheiten und Flächen für Dienstleistungen vorgesehen, womit der weiter steigende Bedarf kompensiert werden kann.

Übersicht Ambulant Betreutes Wohnen nach Leistungsanbietern

Leistungsanbieter	2011	2012	2013	2014
CJD Jugenddorf e.V.	9	9	9	6
Diakonische Jugend- und Familienhilfe Kästorf GmbH	29	28	34	37
Diakonie Wolfsburg Suchtkrankenhilfe e.V.	19	13	15	21
Flexible Hilfen Weyhausen GmbH	22	33	42	54
Impulse GmbH	-	-	-	0
Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg e.V.	9	12	11	11
Netzwerk gGmbH	60	53	46	50
nur seelisch Behinderte	148	148	157	179
Lebenshilfe gGmbH	28	32	27	30
gesamt:	176	180	184	209

Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, 2015

Aufgeführt sind alle Personen, bei denen ausschließlich die Stadt Wolfsburg Kostenträger ist (ohne Selbstzahler und Personen von außerhalb). Doppelzählungen sind in dieser Darstellung möglich, weil es in einigen wenigen Fällen einen Anbieterwechsel innerhalb eines Kalenderjahres gegeben

hat. Nach den vorliegenden Statistiken liegt die Quote von Personen im ABE je 100.000 Einwohner in Wolfsburg unter dem niedersächsischen Durchschnitt²⁶.

Da es in Wolfsburg kein psychiatrisches Wohnheim zur vorübergehenden oder dauerhaften Betreuung gibt, mussten im Jahr 2014 18 Personen in auswärtigen Einrichtungen neu aufgenommen werden. Insgesamt lebten am Stichtag (31.12.2014) 85 Personen in auswärtigen Wohnheimen für psychisch kranke Menschen. Gemäß der oben erwähnten Statistik aus dem Jahr 2013 halten Städte und Kreise Niedersachsens im Durchschnitt 90 Heimplätze/ 100.000 Einwohner vor. Die Zahlen aus Wolfsburg bedeuten, dass hier für den theoretischen Fall, dass alle Bürger aus psychiatrischen externen Wohnheimen in ein Wolfsburger Heim zurück geholt werden könnten, 85 Plätze oder 68 Plätze/ 100.000 Einwohner benötigt würden. Damit läge Wolfsburg unter dem niedersächsischen Durchschnittswert.

Trotz aller Anstrengungen im ambulanten Bereich lassen sich auswärtige Wohnheimaufnahmen für Bürger Wolfsburgs nicht gänzlich vermeiden. Die Anzahl auswärtiger Wohnheimaufnahmen geht aber stetig zurück (2012: 33, 2013: 29, 2014: 18).

Die aufnehmenden Einrichtungen liegen weitestgehend in der Region – Landkreise Gifhorn, Helmstedt, Wolfenbüttel, Peine und Stadt Braunschweig – und sind somit für die Betroffenen und die Angehörigen erreichbar. In den weiterhin stattfindenden Hilfeplankonferenzen wird regelmäßig überprüft, ob eine Rückkehr nach Wolfsburg und eine angemessene Förderung vor Ort wieder möglich werden.

ARBEIT UND BESCHÄFTIGUNG

Arbeit und Beschäftigung haben in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert: Besteht ein Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis, stärkt dies das Selbstwertgefühl und die soziale Anerkennung. Des Weiteren stabilisiert dies das psychische Gleichgewicht. Durch Arbeit und Beschäftigung wird gesellschaftliche Realität vermittelt, gestaltet und Tagesstrukturierung ermöglicht.

Zwischen Arbeit, Beschäftigung und psychischer Gesundheit und Krankheit existieren vielfältige Zusammenhänge. Der Arbeitsplatz ist oftmals ein Ort, der Erfolgserlebnisse und soziale Kontakte ermöglicht. Es wird aktuell in folgende Arbeitsmarktfelder unterschieden:

- Allgemeiner Arbeitsmarkt,
- Besonderer Arbeitsmarkt (Werkstatt)
- Niedrigschwellige Beschäftigung und „Rehabilitative Beschäftigung“ sowie tagesstrukturierende Maßnahmen.

Die Tagesstätte setzt eine verbindliche Mitarbeit und Präsenz der Klienten voraus während die Kontaktstelle als offenes und niedrigschwelliges Kontaktangebot keine Vorgaben zur Anwesenheit und Mitarbeit macht.

Neben der Werkstatt für seelisch behinderte Menschen und der Tagesstätte gibt es in Wolfsburg auch den Therapeutischen Zuverdienst im Sinne einer rehabilitativen Beschäftigung.

Der Therapeutische Zuverdienst ist seit Mai 2011 ein Beschäftigungsangebot für psychisch kranke Menschen aus Wolfsburg, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Menschen mit einer seelischen Behinderung aufzunehmen.

²⁶ Elgeti, Ziegenbein (Hrsg.), 2014/2015

Das Projekt Therapeutischer Zuverdienst wurde von der Unterarbeitsgruppe des Arbeitskreis Integration 2011 erarbeitet und in zweiter Fassung im Oktober 2013 überarbeitet.

Diese Art der Beschäftigung dient der Entwicklung einer individuellen Tagesstrukturierung, dem Training von Leistungs- und Belastungsfähigkeit und der Abklärung einer beruflichen Perspektive. Voraussetzung, um an dem Therapeutischen Zuverdienst teilnehmen zu können, ist der Bezug von Grundsicherung nach dem SGB XII und die Feststellung einer seelischen Behinderung.

Zuverdienst ist eine niedrighschwellige Form der Teilhabe am Arbeitsleben. Zuverdienstangebote bieten psychisch kranken Menschen die Möglichkeit zu bezahlter Beschäftigung in geringem Stundenumfang (max. 15 Stunden in der Woche). Teilweise dienen sie aber auch als arbeitstherapeutisches Angebot.

Im Jahr 2014 haben 10 Wolfsburger Einrichtungen Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten. 17 Personen haben im Therapeutischen Zuverdienst gearbeitet. Von ca. 24 möglichen zu besetzenden Stellenangeboten waren im Schnitt 12 Stellen besetzt. Von der Grundsicherung wurde insgesamt ein Betrag von 1.199,08 € an die Teilnehmer ausgezahlt.

Das Angebot ist gut angenommen worden und wird weiter ausgebaut. Die Koordination erfolgt im Sozialpsychiatrischen Dienst durch die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Im Bereich der Arbeit und Rehabilitation sind im Weiteren die Angebote des Integrationsfachdienstes, LaVie Reha gGmbH Königslutter, CJD Wolfsburg und von der Volkswagen AG das Programm „Work 2 Work“ für leistungsgewandelte Mitarbeiter zu erwähnen.

Die Aufgabe des Integrationsfachdienstes (IFD) ist es, sowohl arbeitssuchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber zu beraten und zu unterstützen.

Die Rehabilitationseinrichtung Lavie Reha gGmbH bietet die Möglichkeit einer medizinischen und beruflichen Rehabilitation und/ oder Ausbildung für Menschen mit psychischen Erkrankungen an. Das CJD Wolfsburg bietet vielfältige berufliche Rehabilitations- und Ausbildungsangebote insbesondere für junge Menschen in Wolfsburg an.

Die Wolfsburger Beschäftigung gemeinnützig GmbH (WBG) arbeitet u. a. im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit sowie des Jobcenters Wolfsburg. Die WBG konzipiert arbeitsmarktpolitische Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen für Arbeitssuchende sowie Langzeitarbeitslose mit multiplen Vermittlungshemmnissen, die unter arbeitstherapeutischer Fachanleitung und durch praxisnahe Beschäftigungsmöglichkeiten an den ersten Arbeitsmarkt herangeführt und integriert werden sollen.

PFLEGE

Ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen und –dienste sind in ausreichendem Maße in Wolfsburg vorhanden.

Im Jahr 2014 gab es in Wolfsburg elf Alten- und Pflegeeinrichtungen (vier mit beschütztem Pflegebereich und drei mit einem offenen Dementenbereich), vier Tagespflegen, davon eine geschützt, sowie ein Hospiz. In den Pflegeheimen gab es zusätzlich noch einige sog. eingestreute Kurzzeitpflegeplätze (KZP). Eine solitäre KZP hat im Sommer 2015 am Klinikum Wolfsburg eröffnet. Weitere stationäre Pflegeeinrichtungen sind im Rahmen der Wohnbauoffensive in Planung.

Die ambulante häusliche Pflege wird von elf Pflegediensten und Sozialstationen abgedeckt. Hinzukommen noch drei Anbieter von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP).

Um dem zukünftig weiter wachsenden Bedarf an Pflegeeinrichtungen gerecht zu werden, erarbeitet die Stadt Wolfsburg gemeinsam mit Akteuren aus der Politik, Institutionen, Wohnungsbaugesellschaften sowie Bürgern zurzeit ein Pflege(leit)bild.

Übersicht stationäre Pflege

	2011	2012	2013	2014
Anzahl der Pflegeheime ohne singuläre KZP, ohne Hospiz, ohne Tagespflegen	11	11	11	11
Pflegeplätze insgesamt	1.242	1.244	1.244	1.241
Belegung zum 15.12. (eigene Erhebung)	1.217	1.220	1.228	1.215
Auslastung im Jahresdurchschnitt (eigene Erhebung)	97,8	97,8	97,2	93,2

Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, 2015

Ein besonderes Problem der zunehmenden Hochaltrigkeit (>80 Jahre) ist die Entwicklung der Demenzerkrankungen.²⁷

Zur Betreuung von Personen mit Demenz steht in Wolfsburg das Hanns-Lilje-Heim als beschützte Facheinrichtung mit 165 Plätzen zur Verfügung. Daneben bieten fast alle Pflegeheime eigene Wohnbereiche für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen an. Insgesamt sind es 309 Plätze, davon 232 in beschützter Wohnform. Weiterhin bietet eine Tagespflege speziell für diesen Personenkreis 12 geschlossene Plätze an.

In Detmerode gibt es eine Wohngemeinschaft für Personen mit Demenz mit 12 Plätzen. Nach anfänglich zögerlicher Belegung ist diese jetzt voll ausgelastet. Die Betreuung erfolgt über einen ambulanten Pflegedienst.

Die Stadt Wolfsburg erhebt jährlich den Bedarf an Pflegeplätzen und -bedarfen und schreibt regelmäßig in Form eines Monitorings den Bericht fort.

²⁷ <http://aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index.html> (15.06.2015)

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich vom November 1988 sind für Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) Aufgaben und Arbeitsweisen beschrieben. Zu diesen Aufgaben und Arbeitsweisen zählen im Einzelnen:

- Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,
- Vorsorgende Hilfen, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,
- Nachgehende Hilfen um den Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden,
- Die regelmäßige Durchführung von Sprechstunden und nach Fallgestaltung auch in Form von aufsuchender Tätigkeit,
- Koordination der Einzelhilfen und Moderation der Hilfeplankonferenzen,
- Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, die mit der Betreuung und Behandlung psychisch Kranker und Behinderter befasst sind, insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,
- Zusätzliche Hilfeangebote in Form von Gruppenangeboten, Initiierung von Laienhelfer- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit und Institutionsberatung.

Die deutschen Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) haben sich sehr unterschiedlich entwickelt. Die Dienste sollen als multiprofessionelle Teams, in den meisten Bundesländern unter fachärztlicher Leitung, organisiert werden; sie sind meist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste hat im Jahr 2012 folgende Kernaufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste beschrieben²⁸:

1. Niederschwellige Beratung und Betreuung,
2. Krisenintervention und Zwangseinweisung,
3. Planung und Koordination von Einzelfallhilfen,
4. Netzwerkarbeit und Koordination im Sozialpsychiatrischen Verbund,
5. Beschwerdemanagement und Fachaufsicht.

²⁸ <http://sozialpsychiatrische-dienste.de/> (30.12.2015) Thesen des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste im Anschluss an die 2. Fachtagung „Segel setzen!“ in Hannover (22.-23.03.2012)

In Niedersachsen ist das NPsychKG²⁹ die Rechtsgrundlage der Dienste. Auch die niedersächsischen SpDi unterscheiden sich stark voneinander: Die oben genannten Kernaufgaben werden mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten wahrgenommen.

Wolfsburg hat einen im niedersächsischen Vergleich personell gut ausgestatteten Sozialpsychiatrischen Dienst. Der SpDi Wolfsburg hält die Kernaufgabe „Krisenintervention“ tagsüber grundsätzlich vor (also auch an Wochenenden und Feiertagen) und kann Beratungsleistungen für jede Altersgruppe (Kernaufgabe Beratung und Betreuung) psychisch Erkrankter in dafür spezialisierten Teams anbieten. Auf die Hilfeplanung als dritte Kernaufgabe wurde im Abschnitt „Rehabilitation und Eingliederungshilfe“ bereits hingewiesen. Wie die Aufgabe „Netzwerkarbeit und Koordination im Sozialpsychiatrischen Verbund“ in Wolfsburg durch den SpDi wahrgenommen wird, beschreibt ein gleichnamiges Kapitel dieses Plans.

Die Fallzahlen und die Anzahl der Kontakte des SpDi Wolfsburg sind eine Summe der Aktivitäten des Dienstes in den Aufgaben „Beratung und Betreuung“, „Kriseninterventionen“ und „Planung und Koordination von Einzelfallhilfen“. Die Gesamtzahl der Kontakte sind in den letzten Jahren angestiegen.

Fallzahlen Sozialpsychiatrischer Dienst nach Alter und Geschlecht

2011								
	0 bis unter 10	10 bis unter 18	18 bis unter 25	25 bis unter 45	45 bis unter 65	65 und älter	unbekannt	gesamt
Fälle	35	160	145	475	524	372	8	1.719
Kontakte	142	795	438	1.467	1.671	1.377	11	5.901
2012								
	0 bis unter 10	10 bis unter 18	18 bis unter 25	25 bis unter 45	45 bis unter 65	65 und älter	unbekannt	gesamt
Fälle	27	124	125	384	442	368	8	1.478
Kontakte	131	717	368	1.474	1.755	1.487	9	5.941
2013								
	0 bis unter 10	10 bis unter 18	18 bis unter 25	25 bis unter 45	45 bis unter 65	65 und älter	unbekannt	gesamt
Fälle	26	156	146	372	409	381	10	1.500
Kontakte	105	1.022	439	1.607	1.679	1.467	12	6.331
2014								
	0 bis unter 10	10 bis unter 18	18 bis unter 25	25 bis unter 45	45 bis unter 65	65 und älter	unbekannt	gesamt
Fälle	30	194	158	379	415	342	24	1.542
Kontakte	132	1.020	515	1.407	1.790	1.443	55	6.362

Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, 2015

²⁹ Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997

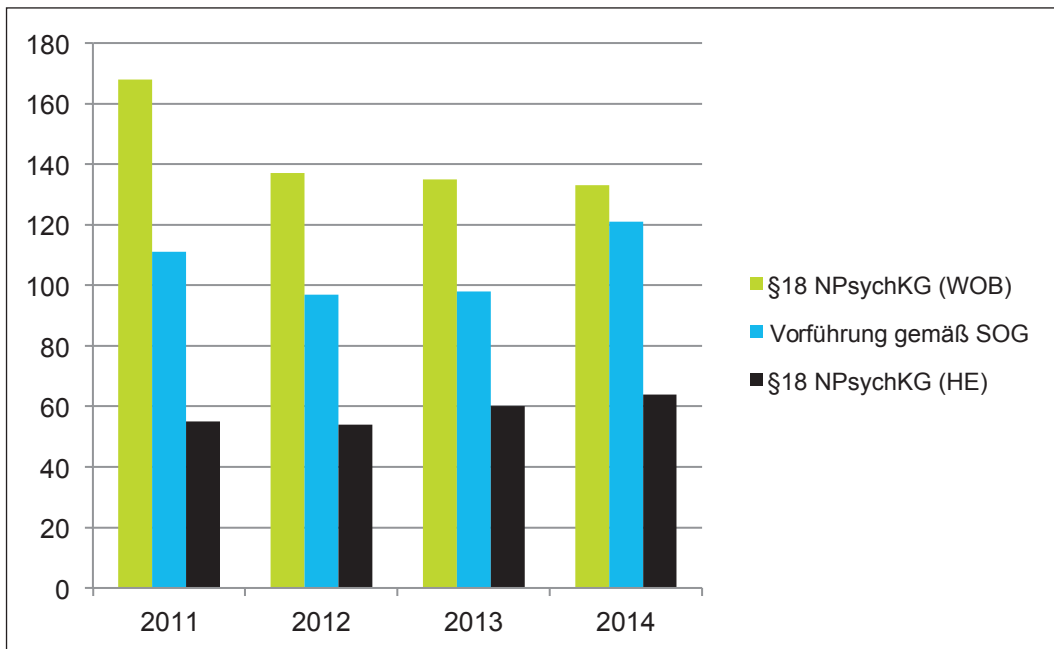
Der SpDi Wolfsburg zeichnet sich durch die spezialisierten Teams im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie aus. Daher sind im Vergleich zu andern niedersächsischen Städten und Landkreisen die Fallzahlen in den Altersgruppen <18 Jahre und >65 Jahre höher.

Eine genauere Aufschlüsselung der Aufgaben des SpDi Wolfsburg findet sich auch in dem Artikel „Ein gemeindepsychiatrisches Zentrum für Wolfsburg – Wie macht man aus Bausteinen ein Netz?“ aus Sozialpsychiatrische Informationen 4/2015, der hier im Kapitel „Veröffentlichungen und Berichte“ dokumentiert wird. Dieser Text beschreibt auch eine Entwicklungsperspektive für den SpDi Wolfsburg.

Sozialpsychiatrischer Dienst und Kriseninterventionen:

Etwas ausführlicher werden im Folgenden Daten des SpDi Wolfsburg zur Kernaufgabe „Krisenintervention“ dargestellt. Der SpDi Wolfsburg führt im Jahr annähernd 500 Kriseninterventionen durch, davon führen in den letzten drei Jahren knapp 140 zu vorläufigen Einweisungen gemäß §18 NPsychKG.

Vorfürhungen und vorläufige Einweisungen nach NPsychKG



	2011	2012	2013	2014
§18 NPsychKG (WOB)	168	137	135	133
§18 NPsychKG (HE)	55	54	60	64
§18 NPsychKG (gesamt)	223	191	195	197
Vorfürhungen gemäß Nds. SOG³⁰ im AWO Psychiatriezentrum und §13 NPsychKG in WOB	111	97	98	121

Quelle: Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst und Ordnungsamt, eigene Auswertung 2015

30 Niedersächsisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Nds. SOG)

Die Tabelle erfasst verschiedene öffentlich-rechtliche (also außerhalb des Betreuungs- oder des Strafrechts liegende) erzwungene Zuweisungen zum psychiatrischen Krankenhaus. Die nach dem NPsychKG mit den „höchsten“ Rechtsgarantien ausgestattete Zwangsmaßnahme, die Unterbringung gemäß §17 NPsychKG, wird nicht erfasst, weil sie im Berichtszeitraum praktisch nicht zur Anwendung gekommen ist: Unterbringungsbeschlüsse wurden regelhaft erst dann richterlich getroffen, wenn die betroffene Person bereits vorläufig gemäß §18 eingewiesen war und sich im psychiatrischen Krankenhaus befand.

Die Unterbringung nach §17 NPsychKG beinhaltet einen richterlichen Beschluss; dieser gründet auf dem Antrag der „zuständigen Behörde“ (§17 (1) NPsychKG). Diese muss sich einen eigenen Eindruck von der Situation des Betroffenen gemacht haben und ihren Antrag auf ein fachärztliches Zeugnis gründen.

Vorläufige Einweisungen gemäß §18 NPsychKG werden ohne richterlichen Beschluss von der „zuständigen Behörde“ (also von der kreisfreien Stadt oder dem Landkreis, in der Stadt Wolfsburg ist der Geschäftsbereich Bürgerdienste zuständig) veranlasst. Die Einweisung nach §18 ist nach der Logik des Gesetzes der rechtliche Weg, der eingeschlagen wird, wenn eine Unterbringung mit richterlicher Genehmigung gemäß §17 NPsychKG nicht „rechtzeitig“ (so die Formulierung im NPsychKG) herbeigeführt werden kann. Faktisch ist in Wolfsburg die Unterbringung gemäß §18 im Berichtszeitraum die Regel. Die Entscheidung für diese Zwangsmaßnahme stützt die zuständige Behörde auf das ärztliche Zeugnis (in der Regel in Wolfsburg von Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. des Wochenend- und Feiertagskrisendienst) und den eigenen Eindruck im Gespräch mit der betroffenen Person.

Anders als in den beiden beschriebenen Fällen erfolgt die Vorführung gemäß SOG im AWO Psychiatriezentrum ohne vorherige Beteiligung psychiatrischer Fachkräfte; über Vorführungen wird entweder von gemäß dem Ordnungsrecht dazu befugten Beamten der Berufsfeuerwehr Wolfsburg oder von der Polizei entschieden. Erst in der psychiatrischen Klinik wird geprüft, ob eine Behandlung erforderlich ist und, wenn ja, welche rechtliche Grundlage angestrebt werden sollte. Vorführungen finden außerhalb der Dienstzeiten des SpDi statt.

Die Zahlen der vorläufigen Einweisung nach §18 NPsychKG sind in Wolfsburg bei einer Betrachtung über die letzten Jahre relativ konstant. Es ist schwierig, die Gesamtzahl der vorläufigen Einweisungen/ Unterbringungen nach NPsychKG mit anderen Kommunen zu vergleichen, weil verlässliche Zahlen selten veröffentlicht werden und die veröffentlichten Zahlen immer wieder auf eine große Schwankungsbreite hinweisen. Der Sozialpsychiatrische Plan³¹ der Stadt Braunschweig aus dem Jahr 2012 ist eine dieser seltenen Veröffentlichungen von Unterbringungs-/ Einweisungszahlen. Für das Jahr 2011 werden für die Stadt Braunschweig 818 Unterbringungen (vermutlich gemäß §18 NPsychKG) beschrieben.

Bezogen auf 100.000 Einwohner ergibt das im Jahr 2011 eine Rate von 336 Unterbringungen/ vorläufigen Einweisungen nach NPsychKG je 100.000 Einwohner in Braunschweig. In Wolfsburg ist im Jahr 2011 eine deutlich geringere Rate, nämlich 185 Unterbringungen/ vorläufigen Einweisungen nach NPsychKG je 100.000 Einwohner gezählt.

In einer Studie³² über Einweisungszahlen in den 16 Ländern der Bundesrepublik aus dem Jahr 2003 berichten die Autoren über sehr weit voneinander abweichende Raten mit minimal 49/ Unterbringungen/ 100.000 Einwohner bis maximal 262 Unterbringungen/ 100.000 Einwohner.

Wenngleich die Wolfsburger Einweisungs- Unterbringungsdaten bei einem Vergleich in diesem Kontext wenig Anlass zu kritischen Diskussionen geben ist festzustellen, dass Werte aus den sechs

31 https://www.braunschweig.de/leben/gesundheitsdienst/beratungsangebot/sp_plan_bs_2012.pdf

32 Salize HJ et al. 2007

Versorgungssektoren der Landeshauptstadt Hannover des Jahres 2009 erheblich niedriger sind, wobei auch hier eine erhebliche Schwankung vorliegt (von 47 bis 119 Einweisungen/ 100.000 Einwohner)³³.

Schließlich ist bei den Wolfsburger Daten zu bedenken, dass etwa ein Viertel (2011) bis ein Drittel (2014) der Einweisungen im AWO Psychiatriezentrum vorgenommen werden. Dabei handelt es sich zu einem wahrscheinlich kleineren Anteil um Personen, die primär freiwillig dort aufgenommen wurden und bereits behandelt wurden und zu einem vermutlichen größeren Anteil um Personen, die gegen ihren Willen (Vorführung gemäß SOG) abends oder nachts aus Wolfsburg nach Königslutter gebracht worden sind.

Auch wenn eine genaue Bewertung der Wolfsburger Zahlen nicht möglich ist, sind folgende Annahmen berechtigt:

- Die hohe Anzahl nicht psychiatrisch flankierter Zwangsmaßnahmen, der im Schnitt 100 Vorführungen gemäß dem Nds. SOG im AWO Psychiatriezentrum Königslutter weist auf einen bedenklichen Mangel psychiatrischer Fachkräfte/ Fachdienste hin;
- Da selbst im städtischen Raum (siehe Hannover) niedrigere Unterbringungs-/ Einweisungs-raten möglich sind darf angenommen werden, dass die Ziffern in Wolfsburg durch eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung noch weiter gesenkt werden können.

An dieser Stelle wird auf den Vortrag „PROFESSIONELLE HILFEN IM PSYCHIATRISCHEN NOT-FALL: LÖSUNGSANSÄTZE JENSEITS VON BEVORMUNDUNG UND UNTERLASSENER HILFE“ von Herrn Dr. Volker Heimeshoff im Rahmen des 10jährigen Jubiläums des Krisendienstes Wolfsburg, im Kapitel Veröffentlichungen und Berichte zu speziellen Themen, verwiesen

33 Gapski J. Elgeti H et al. in: Elgeti 2011

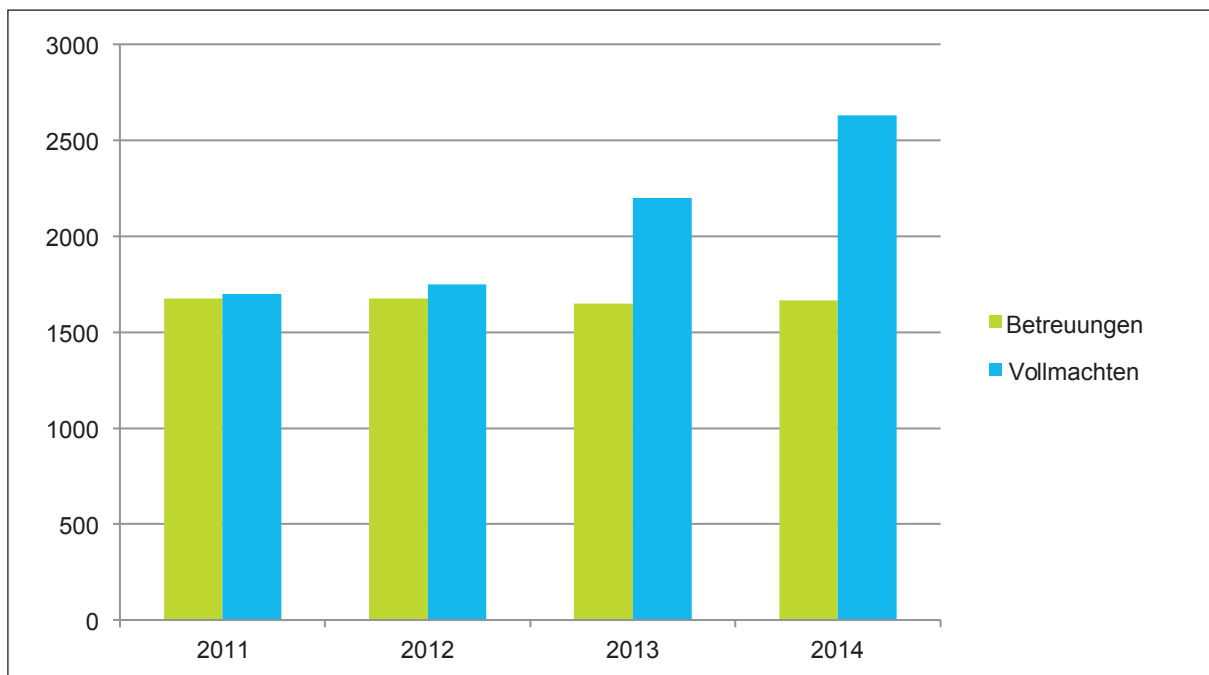
BETREUUNGSSTELLE

Die vielfältigen Aufgaben der Betreuungsstelle sind im Betreuungsbehördengesetz (BtBG) geregelt. Die Betreuungsstelle ist ein Arbeitsbereich in der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst. An dieser Stelle werden Daten und Fakten im Kontext der Tätigkeit der Betreuungsstelle referiert, die einen unmittelbaren Bezug zur psychiatrischen Versorgung haben.

Die Entwicklung der Betreuungszahlen in Wolfsburg

Die Zahl der Betreuungsverfahren ist bundesweit zum Ende des Jahres 2013 auf 1.310.629 und somit um 1,09% (= 14.384 Personen) gesunken. Ein wichtiger Grund dafür ist wahrscheinlich die steigende Zahl von Vorsorgevollmachten, die eine spätere rechtliche Betreuung entbehrlich gemacht haben. In Wolfsburg haben sich die Gesamtzahl rechtlicher Betreuungen und die Anzahl der beim Amtsgericht hinterlegten Vorsorgevollmachten im Zeitraum von 2011 bis 2014 wie folgt entwickelt:

Betreuungen und Vollmachten in Wolfsburg



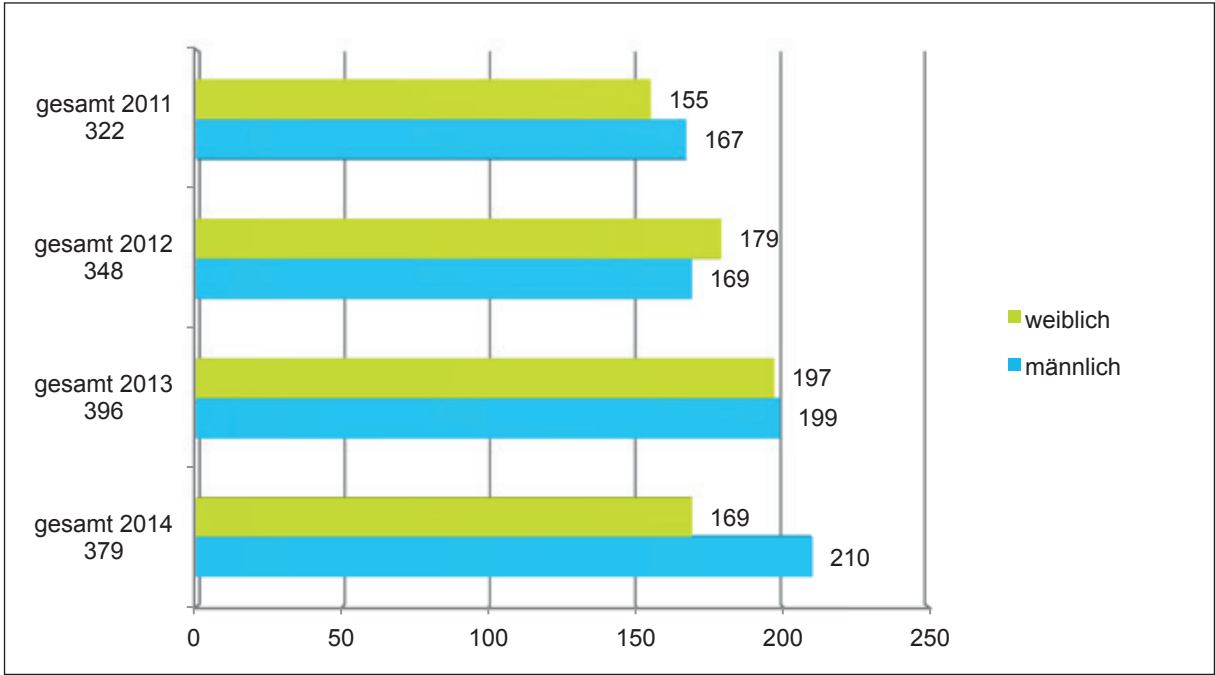
Quelle: Stadt Wolfsburg, GB Soziales und Gesundheit, Betreuungsstelle 2015

Die Zahl der beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer Berlin registrierten Vorsorgevollmachten stieg im Jahr 2013 von 1.856.594 auf 2.278.556 und somit um 22,7% im Vergleich zum Vorjahr an. In Wolfsburg wurden bis Ende 2014 insgesamt 2.629 Vollmachten beim Amtsgericht Wolfsburg hinterlegt. Im Vergleich dazu lag die Gesamtzahl der hinterlegten Vollmachten 2013 noch bei 2.203, was von 2013 auf 2014 einer Steigerung von 16,2% entspricht.

Rechtliche Betreuung – Erstbestellungen (§ 1897 BGB)

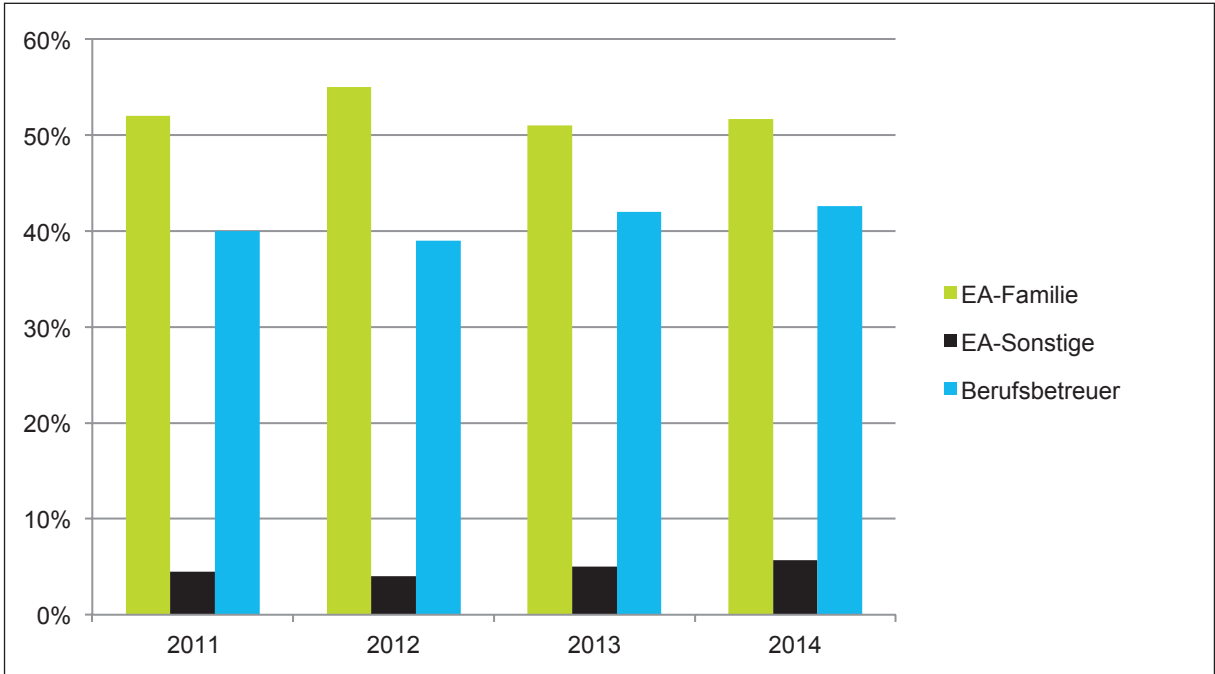
Im Zeitraum 2011 bis 2014 wurden durch das Amtsgericht Wolfsburg folgende neue Betreuungen eingerichtet:

Neu eingerichtete Betreuungen 2011 bis 2014



Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, Betreuungsstelle 2015

Prozentuale Verteilung der neu eingerichteten Betreuungen nach Betreuungsart



Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, Betreuungsstelle 2015

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen, wonach Betreuungen vorrangig ehrenamtlich zu führen sind, hat die Betreuungsstelle Wolfsburg in den letzten Jahren mehrere sozial engagierte Personen für das Ehrenamt gewinnen können.

Diese ehrenamtlichen Betreuer werden vom Amtsgericht bestellt, wenn keine geeigneten Familienangehörigen zur Verfügung stehen. In sehr komplexen Betreuungsfällen müssen Berufsbetreuer mit besonderen fachlichen Qualifikation bestellt werden.

Entwicklung der Genehmigungen nach § 1906 BGB, Abs.1 bei geschlossenen Unterbringungen und dem Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906 BGB, Abs. 4.

„Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer/ Bevollmächtigten, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, so lange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen/ seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, einer Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund seiner Erkrankung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen und nicht nach dieser Einsicht handeln kann.“³⁴

Befindet sich ein Betreuer oder Vollmachtgeber in einem Heim oder in einer Klinik und wird ihm durch mechanische Vorrichtungen wie z. B. Bettgitter, sedierende Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen, spricht man von einer „unterbringungsähnlichen Maßnahme“, die vom Betreuungsgericht im Vorfeld genehmigt werden muss. Hierzu muss der rechtliche Vertreter (Betreuer, Vorsorgebevollmächtigter) einen schriftlichen Antrag beim zuständigen Amtsgericht stellen. Ein ärztliches Attest muss beigefügt werden, welches die Notwendigkeit der Maßnahme bestätigt.

Unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie Fixierungen und Bettgitter, wurden im Jahr 2013 bundesweit 75.727mal genehmigt (2012: 85.132, 2011: 89.074, 2010: 98.119).³⁵

Dies ist ein massiver Rückgang von 11,4 % (entspricht ca. 9.400 Fällen) gegenüber dem Vorjahr 2012. Damit hat sich die sinkende Genehmigungszahl für freiheitsentziehende Maßnahmen insgesamt stetig über die Jahre fortgesetzt und spiegelt die gesellschaftlich kritischere Sicht auf die Eingrenzung der Freiheitsrechte des Menschen wider.

In 2014 stellten beim Amtsgericht Wolfsburg zunehmend neben den rechtlichen Betreuern auch Bevollmächtigte Anträge zur Genehmigung von Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen.

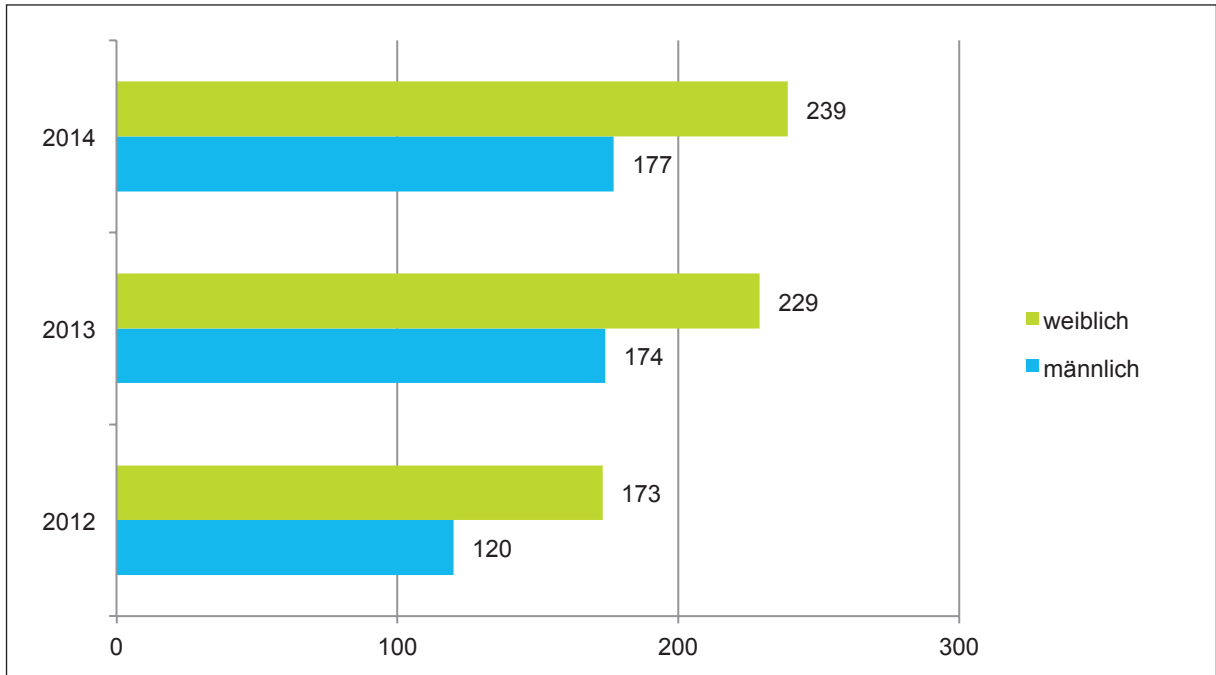
Im Gegensatz zum bundesweiten Trend ist in Wolfsburg eine Zunahme von Beschlüssen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen zu verzeichnen. Insgesamt wurden in 416 Fällen freiheitsentziehende Maßnahmen wie Bettgitter, Bauchgurte etc. zum Schutz der Pflegebedürftigen genehmigt und in Heimen eingesetzt.

Um verlässliche Rückschlüsse auf diese Entwicklung ziehen zu können, bedarf es der Einführung eines Monitoring.

³⁴ Bürgerliches Gesetzbuch §1906, Abs.1

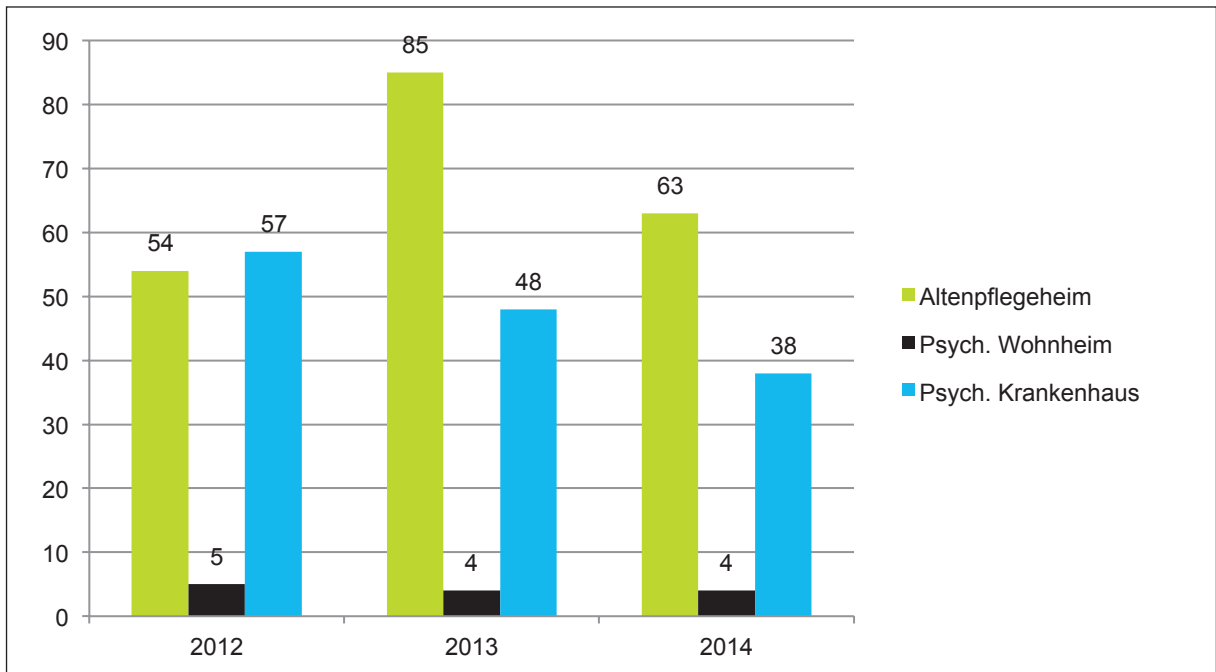
³⁵ BtPrax 06/2014

Genehmigte unterbringungsähnliche Maßnahmen im Amtsgerichtsbezirk Wolfsburg



Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, Betreuungsstelle 2015

Geschlossene Unterbringung



Quelle: Stadt Wolfsburg, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, Betreuungsstelle 2015

Verfasserinnen:
 Angelika Schmidt, Stadt Wolfsburg Betreuungsstelle
 Klaudia Müller-Kruzel, Stadt Wolfsburg Betreuungsstelle

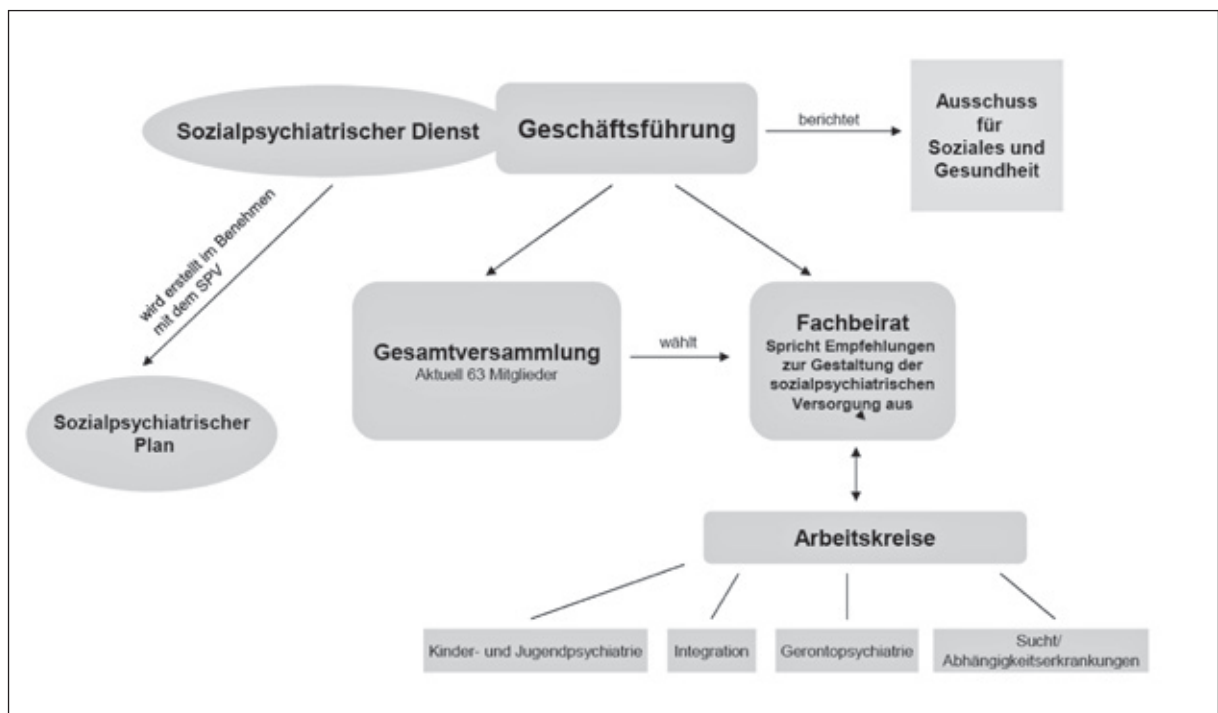
PSYCHIATRIEPLANUNG

NETZWERKARBEIT UND KOORDINATION IM SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERBUND: BERICHT DER GESCHÄFTSFÜHRUNG DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERBUNDS

Der Sozialpsychiatrische Verbund Wolfsburg (SpV) wurde am 01.07.1997 gegründet. Der SpV besteht aus den an der sozialpsychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen, den Kostenträgern und Vertretern von Angehörigen und Psychiatererfahrenen. Die Beteiligten haben sich zu einer freiwilligen Zusammenarbeit verpflichtet. Dadurch soll eine gemeindenahere und bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker sichergestellt werden.

Die Aufgaben des Verbundes sind im Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) in den §§ 8 und 9 beschrieben.

Organigramm Sozialpsychiatrischer Verbund



Der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) Wolfsburg ist in den letzten Jahren stetig gewachsen und hatte zum Jahresende 2014 insgesamt 63 Mitglieder. Die Gremien (s. Organigramm) haben regelmäßig getagt und berichtet.

Die Geschäftsordnung sieht für die Mitglieder des kommunalen Fachbeirates eine zweijährige „Amtszeit“ vor. Im Jahr 2014 wurden für den Fachbeirat neue Mitglieder berufen. Die Sitzungen wurden vom Geschäftsführer des SpV – Herrn Dr. Heimeshoff – geleitet. Es ist weiterhin zu konstatieren, dass fast alle Mitglieder ihre kontinuierliche Teilnahme an den Sitzungen ermöglichen konnten.

In jeder Sitzung wurde darüber hinaus über die inhaltliche Arbeit der Arbeitskreise (AK) berichtet und über die einzelnen Bereiche diskutiert. Die gewählte Untergliederung orientiert sich im Wesentlichen an den bestehenden Arbeitsgruppen und den daraus hervorgehenden themen- und projektbezogenen Unterarbeitsgruppen. Diese Konstellation hat sich in Wolfsburg als ein konstruktives und gut funktionierendes System etabliert.

Im Berichtszeitraum beschäftigte sich der Verbund mit folgenden Kernthemen:

2011

- Vortrag: „Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde“ am 17.02.2011
- Gesamtversammlung SpV am 13.04.2011
- Unterzeichnung der Rahmenvereinbarung für das „Interdisziplinäre Zentrum für seelische Gesundheit“ am 14.04.2011.
- Tagung „Krise? Na und...! – 10jähriges Jubiläum Wolfsburger Krisendienst am 20.09.2011
- Einführung des Krisenpasses
- Patenprojekt „Kleine Angehörige – Kinder psychisch kranker Eltern“

2012

- Qualitätsstandards im Ambulant Betreuten Wohnen – Evaluation und Fortschreibung am 09.05.2012
- Gesamtversammlung SpV am 09.05.2012:
- Sozialpsychiatrischer Plan 2012
- Visionen zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in Wolfsburg
- Veranstaltung AK Kinder- und Jugendpsychiatrie „Das schwierige Kind“ 10.10.2012
- Lesung „8 Wochen verrückt“ – Jubiläum Netzwerk e. V. 22.05.2012

2013

- Fachtag: Aufbruch! Neue Wege in der gemeindepsychiatrischen Versorgung 27.02.2013
- Vortrag „Depression und Alkohol – Teufelskreis im Kopf“ 17.04.2013
- Gesamtversammlung des SpV am 29.05.2013:
- Vortrag: Psychiatrieberichterstattung als Instrument regionaler Koordination und Planung in der Gemeindepsychiatrie,
- „PEPP“ – Finanzierung Psychiatrischer Krankenhausbehandlung
- 10jähriges Jubiläum der Beratungsstelle AGE – 24.09.2013: Auftaktveranstaltung „Altern ohne Angst“

2014

- Neue Wege in der Alterspsychiatrie:
- Gibt es ein Versorgungssystem ohne geschlossene Türen? 26.02.2014
- „Demente Menschen im Allgemeinkrankenhaus“ 26.03.2014
- Gesamtversammlung des SpV am 24.09.2014: „Inklusion ist kein schneller Trost“
- Vorbereitungen Wolfsburger Psychiatrie-Gespräch: Dialog-Foren in 2015

Sonstige Aktivitäten:

- Exkursion Leipzig 2013
- Im November 2013 haben sich eine Delegation aus dem Fachbeirat Wolfsburg und dem SpDi Braunschweig die gemeindepsychiatrische Versorgung in Leipzig angeschaut. Hier ging es um das konzeptionelle Wie von Verknüpfung stationärer und ambulanter Angebote.
- Exkursion Gütersloh 2014
- Der AK Gerontopsychiatrie hat sich die Klinik für Gerontopsychiatrie Gütersloh sowie eine Hausgemeinschaft angeschaut. Thema: Neue Wege im Umgang mit dementen Menschen.

Weitere Themenfelder, die in den Gremien des SpV in dem Zeitraum 2011 bis 2014 behandelt wurden, sind auch in den Tätigkeitsberichten der Arbeitskreise im folgenden Kapitel beschrieben.

TÄTIGKEITSBERICHTE DER ARBEITSKREISE VON 2011 BIS 2014

Im folgenden Abschnitt wird über die Arbeit der einzelnen Arbeitskreise des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht berichtet und somit einen weiteren Überblick über die Versorgung in der Stadt Wolfsburg gegeben

Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie

In den vergangenen Jahren fanden ein bis drei Treffen pro Jahr, in der Regel als multiprofessioneller Austausch von Teilnehmern aus den Bereichen Gesundheit (Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, ambulant, teilstationär und stationär, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Therapieeinrichtungen) Jugendhilfe (Geschäftsbereich Jugend und freie Träger), Schule (insbes. Förderpädagogik, Klinikschule), sowie weiteren Institutionen, z. B. Kriminalprävention, statt.

2011 wurde die Veröffentlichung eines Krisenwegweisers gemeinsam mit der Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes auf den Weg gebracht, der Druck wurde durch Spenden finanziert und die Wegweiser wurden kostenlos Institutionen zur Verfügung gestellt.

Ein Schwerpunktthema war die Zusammenarbeit von Klinikschule und den Heimatschulen bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen. Das Lotte-Lemke-Beratungsteam erklärte sich bereit, Übergänge zwischen Klinikschule und Heimatschule zu begleiten. Die Schulen äußerten den Bedarf an weiterführender Qualifizierung im Umgang mit Schülern, die psychisch erkrankt sind. Mitglieder des Arbeitskreises stellten sich bei Fortbildungsbedarf zur Verfügung. Der Arbeitskreis wurde 2011 über die Beschlüsse informiert, dass die Förderbereiche Lernen und Emotional/ Soziales Lernen im Primarbereich aufgelöst werden. Die Bearbeitung der daraus folgenden Umstrukturierungen und Bedarfe ist seitdem immer wieder Thema im Arbeitskreis.

Der Geschäftsbereich Jugend informierte über eine Fachstelle zur Bearbeitung von Anträgen zur Eingliederungshilfe nach §35a.

2011 wurden die ersten Patenschaften für „Kleine Angehörige – Kinder psychisch kranker Eltern“ im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen Kinderschutzbund, Erziehungsberatungsstelle und Sozialpsychiatrischen Dienst vermittelt.

Auftakt der Treffen 2012 war ein Update über den Aufbau und die Ziele des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Wolfsburg. Das gemeinsame Ziel aller freiwillig im Verbund kooperierenden Institutionen ist, eine bedarfsgerechte Versorgung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen in der Kommune sicherzustellen. Im Weiteren sich zu vernetzen und durch eine gemeinsame sozialpsychiatrische Planung vorhandene Angebote darzustellen, zu ermitteln, konzeptionell zu erarbeiten und umzusetzen. Die Arbeitskreise des Verbundes sind dabei zielgruppenspezifische Zusammenschlüsse, in denen Mitglieder des Verbundes und Interessierte mitarbeiten.

Die Schwerpunkte der Themen im Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) waren eng mit der allgemeinen Diskussion um Inklusion und Teilhabe von Menschen – insbesondere von Minderjährigen – mit Behinderungen verbunden. Von vielen Akteuren wird insbesondere die Inklusion und Teilhabe von emotional und sozial auffälligen, seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen, als schwierig beschrieben. Die Situation dieser Kinder

und Jugendlichen ist oft noch erschwert durch weitere Hemmnisse, z. B. durch Zuwanderungsgeschichte, soziale Hindernisse, bildungsferne Herkunft.

Die Aktion Mensch benennt als wichtigen Aspekt von Teilhabeleistungen das Recht behinderter Menschen auf Selbstbestimmung und das Ziel, diesen ein inklusives Leben zu ermöglichen. Menschen mit Behinderung entscheiden selbst, woran sie und wie sie teilhaben möchten. Sie müssen sich nicht „eingliedern“, nicht Teil einer vorgegebenen Ordnung werden und sich daran anpassen. So soll langfristig das Ziel einer inklusiven Gesellschaft – an der jeder Teil hat, unabhängig von Fähigkeiten, Herkunft, Geschlecht oder Alter – erreicht werden. Die Aktion Mensch stellt dar, dass fast zehn Prozent der Deutschen offiziell eine Behinderung haben – von einer wesentlich höheren Dunkelziffer ist auszugehen. Besonders unauffällig sind Behinderungen, die nicht auf den ersten Blick erkennbar sind, z. B. Lernschwierigkeiten oder psychische Erkrankungen.

Ein wesentlicher Aspekt der zukünftigen Arbeit des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie wird also sein, sich auch in Zukunft als Fürsprecher dieser Kinder und Jugendlichen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf zu verstehen.

Am 10.10.2012 fand eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema: „Das schwierige Kind – gemeinsame Versorgung im Dialog“ statt. Es konnte Michael Holz, Psychiatriekoordinator aus Berlin für einen lebhaften Vortrag von seinen Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in der Region Berlin Südwest“ gewonnen werden. Das Thema traf auf eine hohe Resonanz. Es wurde deutlich, dass die thematischen Inhalte des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie sich mit den Inhalten weiterer Arbeitskreise der Stadt Wolfsburg überschneiden. Ein Steuerkreis mit den beteiligten Akteuren aus Schule, Jugend und Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Thema sollte auf Vorschlag des Geschäftsbereiches Jugend gegründet werden. Leider wird der Bereich Gesundheit bis heute nicht regelhaft beteiligt, auch konnten (noch) keine verbindliche Verabredung zu Fallkonferenzen oder Abläufe getroffen werden.

Anfang 2014 wurde ein Beratungsführer für Schulen zum Umgang mit Schülern in schwierigen Problemlagen vom Geschäftsbereich Jugend veröffentlicht und in dem Arbeitskreis vorgestellt.

In weiteren Treffen des Arbeitskreises wurden Konzepte und bestehende Projekte zur Unterstützung von Familien mit psychischen Erkrankungen vorgestellt. Es gab u. a. eine Präsentation zu einem Konzept für „Begleitete Elternschaften“ oder auch zum gemeinsam von Kinderschutzbund, Erziehungsberatung und Sozialpsychiatrischen Dienst angebotenen Patenprojekt für Kinder von psychisch kranken Eltern („Kleine Angehörige“). Der Arbeitskreis sprach sich für die Empfehlung der Umwandlung der Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern zu einem permanenten Angebot der Stadt aus.

Bei der Thematik Eingliederungshilfe stellten der Geschäftsbereich Jugend und der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Wolfsburg die teils langwierigen Gewährungsverfahren für betroffene Familien dar. Die Zuordnung zum Kostenträger ist für Hilfesuchende nicht immer transparent und nachvollziehbar. Auch ist die Möglichkeit der zu gewährenden Hilfen teilweise abhängig vom zuständigen Kostenträger. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich bei Familien mit Mehrfachbehinderungen, egal ob Eltern oder Kinder betroffen sind. Das Ziel, Hilfen zügig und bedarfsgerecht zu gewähren, wird sicherlich auch in Zukunft ein Thema des Arbeitskreises bleiben. Die Verbesserung des Case Managements für Risikogruppen mit möglicherweise gemeinsamen Finanzierungen von Hilfen durch unterschiedliche Kostenträger von Prävention, Behandlung, Förderung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe(n) bleibt eine wesentliche Forderung des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Konkrete Wünsche und Forderungen für Angebote in Wolfsburg in den kommenden Jahren sind:

Öffentlichkeitsarbeit zur Psychiatrie:

- Schwerpunkt Entstigmatisierung und Prävention
- frühe Kooperation von Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wohnen:

- Gemeinsame und betreute Wohnformen für beeinträchtigte Eltern(paare) mit ihren Kindern jeden Alters.

Behandlung:

- Ausbau des ambulanten Versorgungssystems Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere der Psychiatrischen Institutsambulanz des AWO Psychiatriezentrums durch den Ausbau sozialpsychiatrisch-multiprofessioneller Angebote, zeitnaher Krisenintervention, Behandlung von besonders schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen und engerer Kooperation mit Akteuren in der Stadt Wolfsburg.
- Weitere Niederlassungsberechtigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für die Kernstadt Wolfsburg.
- Tandemlösungen zur Begleitung schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher mit besonderen Problemlagen (z. B. gemeinsame Begleitung durch Mitarbeiter GB Jugend und KJP), Option der psychiatrischen Pflege auch unter 18 Jahre und Schaffung eines Angebots von Home Treatment.
- Gemeinsame Behandlungssettings für Eltern und Kinder mit psychischen Erkrankungen in Wolfsburg.
- Wohnortnahe (teil-)stationäre Behandlung von Kindern auch unter 10 Jahren.
- Engere Zusammenarbeit Psychiatrie und Psychosomatik ambulant und stationär.
- Möglichkeit der freiwilligen Akutaufnahme: „Krisenbetten“.

Berücksichtigung besonderer Bedarfe für Kinder mit psychischen Erkrankungen beim Ausbau und Veränderung von Vorschul-/ Schul- und Betreuungsangeboten:

- Interdisziplinäre Teams in Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche.
- Festanstellung von Schulpsychologen vor Ort.
- Frühzeitiges Einbeziehen weiterer Fachleute mit Erfahrung im Umgang mit unterschiedlichen Behinderungsformen auch im pädagogischen Setting – z. B. Mitarbeiter KJP in Kooperationen mit Behandlungsangeboten.
- Schaffung „schul“freier Betreuungsbereiche, z. B. kleine Tagesgruppen (analog Hort),

- fachliche Fortbildung von Erziehern, Pädagogen und Lehrern,
- flexible schulorganisatorische Rahmenbedingungen (z. B. flexible Pausenzeiten, verlängerte Einzelstunden, Einzelbeschulung, Kleingruppen, angepasste Räumlichkeiten, Anpassung des Personalbedarfs).

Verfasserinnen:

Dr. Gabriele Grabowski, AWO Psychiatriezentrum Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. Jennifer Siemann, Stadt Wolfsburg Sozialpsychiatrischer Dienst

Sandra Reim, Lebenshilfe Wolfsburg, Heilpädagogischer Kindergarten Rappelkiste

Reinhild Zenk, Klinikum Wolfsburg Pädiatrie

ARBEITSKREIS INTEGRATION

Der Bericht des Arbeitskreises Integration bezieht sich auf die Sitzungen des Zeitraumes 2011 bis Ende 2014. Die folgende Zusammenfassung ist aus den Protokollen der Sitzungen entnommen worden.

Am Arbeitskreis Integration nehmen weitgehend alle psychosozialen und gemeindepsychiatrischen Institutionen und Beratungsstellen teil, die mit den großen Gebieten des Wohnens, des Arbeitens und der Tagesstrukturierung von Wolfsburger Bürgern mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen zu tun haben. Im Arbeitskreis selbst finden sich Personen aus gut zwanzig unterschiedlichen Institutionen zusammen.

Der Teilnehmerkreis erreicht oft eine Größe von 20 bis 30 Personen. Die Arbeitsfähigkeit ist dadurch eingeschränkt. Deshalb werden nach Bedarf Unterarbeitskreise gebildet, die sich mit speziellen Themen beschäftigen und projektbezogen arbeiten und die Ergebnisse in den Arbeitskreis Integration rückmelden.

Im Jahr 2012 wurde demokratisch entschieden, dass die Struktur des Arbeitskreises verändert wird: Ab dem Jahr 2013 werden die Treffen von sechs auf vier reduziert. Die Treffen werden so organisiert, dass sie eine Art Informations- und Austausch-Plattform sind.

Im Laufe des Berichtszeitraumes gab es in unterschiedlichen Institutionen Veränderungen, die sowohl die Erweiterung der Angebotsstruktur als auch den Zusammenschluss für Kooperationen beinhalten.

Die wichtigsten Entwicklungen der vergangenen Jahre waren die Unterzeichnung der Qualitätsstandards im Ambulant Betreuten Wohnen, die Umsetzung in den Einrichtungen sowie die Kontrolle und Fortschreibung der Qualitätsstandards. Einführung des Krisenpasses, Die Fachtagung „Aufbruch – Neue Wege in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“.

Während des Berichtszeitraumes wurde eine Fachtagung organisiert, aus der relevante Themen in den Arbeitskreis getragen wurden und dort in Projektgruppen bearbeitet und umgesetzt werden sollen:

- Einrichtung einer Beschwerdestelle.
- Entwicklung von Qualitätsstandards für Hilfeplankonferenzen.
- Beschäftigungsmöglichkeiten für Ex-IN-Absolventen.

2011

Die Diakonie Kästorf berichtet von baulichen und strukturellen Veränderungen, die unter anderem auch die Bewohner des Hagenhofes betreffen. Es wird über einen Neubau berichtet, der Platz schaffen soll. Es wird informiert, dass die Eingliederungshilfe bestehen bleibe, eine Außenstelle aufgelöst und weitere Heimplätze für pflegeintensive Krankheitsbilder hinzukommen. Außerdem wird es Plätze im Wohntraining mit befristetem Aufenthalt geben und die Möglichkeit, Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen. Ende August 2012 soll das gesamte Neubau-Umzugsprojekt abgeschlossen sein.

Care4S informiert über Unterschiede zwischen den Krankenkassen in der Handhabung der Integrierten Versorgung, sowie über die unterschiedlichen Modelle der Kontaktaufnahme in Wolfsburg. Der Arbeitskreis wird die Entwicklung der Integrierten Versorgung in Wolfsburg aufmerksam begleiten und sich von den Koordinatoren berichten lassen.

Die Strukturen des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Wolfsburg, der Verbünde in Süd-Ost-Niedersachsen sowie ihre Zusammenarbeit und die Einbindung ins Ministerium werden präsentiert. Ein Ziel der Verbünde ist beispielsweise die Vereinheitlichung der Sozialpsychiatrischen Pläne.

Die evangelische Stiftung Neuerkerode hat seit dem 1. August 2011 einen Familienentlastenden Dienst in Wolfsburg eröffnet.

Das Konzept des Therapeutischen Zuverdienstes wird auch von Nachbarstädten und Nachbargemeinden nachgefragt. Der aktuelle Sachstand zum Thema „Therapeutischer Zuverdienst“ wird präsentiert. Eine Koordinierungsstelle soll eingerichtet werden und für Struktur und Transparenz sorgen.

Ergebnisse des Workshops „Behandlungsvereinbarungen“ wurden vorgestellt. Das weitere Vorgehen wurde abgestimmt. Aus dem Workshop wurde ein Zwischenergebnis kommuniziert. Das Ziel, die Behandlungsvereinbarungen grundlegend zu überarbeiten und offen an die Patienten zu übergeben, ist nach wie vor im Blick. Zum Thema wurde ein Informationsabend organisiert und durchgeführt.

Die Entlassungspraxis des Psychiatriezentrums steht im Zentrum der Kritik. Die angesprochene Problematik soll in sachlichen Punkten dargestellt und in einem offenen Brief an das Psychiatriezentrum gesendet werden. Ziel ist die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den Bezugsbetreuern des Klienten, insbesondere wenn dieser nach Hause entlassen wird.

Ein offener Brief zum Thema Entlassungsmanagement wurde vorgestellt. Der Absender des Briefes ist der Arbeitskreis Integration, der Adressat das AWO Psychiatriezentrum.

2012

Der Sachstand der Integrierten Versorgung in Wolfsburg wurde anhand einer Präsentation vorgestellt. Im Vortrag und der anschließenden Diskussion wurden Kompetenzen, Verantwortlichkeiten, der Status, die beabsichtigte Zusammenarbeit sowie die Versorgungssituation in Wolfsburg thematisiert. Das Thema hat auch weiterhin eine hohe Priorität im Arbeitskreis. Quo Vadis Care4S – Wo steht die Integrierte Versorgung in Wolfsburg? Zwei neue Mitarbeiter bei Care4S stellen sich und ihre Arbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung in Wolfsburg vor.

Der offene Brief an das AWO Psychiatriezentrum wird im Arbeitskreis kontrovers behandelt. Zur Diskussion steht die schlechte Lage der ambulanten psychiatrischen Behandlung in Wolfsburg und welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Situation zu verbessern.

Die Qualitätsstandards des Ambulant Betreuten Einzelwohnens sind erarbeitet und verabschiedet. Die Arbeitsgruppe Wohnen entwickelt ein Konzept zum Intensiv Betreuten Wohnen.

Das 15-jährige Bestehen des Sozialpsychiatrischen Verbunds Wolfsburg wird mit Veranstaltungen begleitet. Die Beteiligung aus dem Arbeitskreis wird angeregt.

Vorstellung der Reha-Erst-Eingliederung und der Beruflichen Bildung des CJD Wolfsburg. Es wird der Weg zur Reha-Erst-Eingliederung von der Zuweisung und Finanzierung über die Begutachtung und Feststellung des Förderbedarfes bis hin zur Arbeitserprobung und den Startterminen der Maßnahmen dargestellt. Ziel der beruflichen Reha sind kurze Wege, effektive Netzwerke und Offenheit für weitere Kooperationen.

Zwischen dem AWO Psychiatriezentrum und den Teilnehmenden des Arbeitskreises findet ein offener Austausch bezüglich des offenen Briefes statt. Als Ergebnis werden erste Vereinbarungen festgehalten, die sowohl die künftigen Informations- und Kommunikationswege als auch die Zusammenarbeit beschreiben.

Die Kontaktstelle möchte die Angehörigenarbeit ausbauen. Zum Thema wird ein entsprechendes Konzept vorgestellt, in dem die Kooperation mit anderen Trägern ausdrücklich gewünscht wird. Der aktuelle Sozialpsychiatrische Plan 2012 wird vorgestellt.

Der Sozialdienst des AWO Psychiatriezentrums stellt sich vor. Mit dieser Maßnahme wird ein Teil der Ergebnisse aus dem offenen Austausch umgesetzt. Die Kenntnis des jeweils anderen Arbeitsgebietes wird das Verständnis füreinander und die Bereitschaft zur konsensualen Bearbeitung von Problemen erhöhen.

Das Projekt Ex-IN wird ausführlich dargestellt. Es geht von der Idee und der Entstehung über Untersuchungsergebnisse bis hin zur Ausbildung von psychiatrienerfahrenen Menschen aus, die als Geneungsbegleiter mitarbeiten werden. Außerdem werden die Möglichkeiten des Einsatzes sowie die Voraussetzungen für Ex-IN Interessierte besprochen.

Das Projekt „Transkulturelle Kompetenz in der rechtlichen Betreuung“ wird vorgestellt. Seit über 15 Jahren beschäftigt sich das Institut für transkulturelle Betreuung e.V. mit Themen und Weiterbildungen, die eine bedarfsgerechte Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund sicherstellen sollen. Innerhalb von drei Jahren wollen zehn Betreuungsvereine aus Niedersachsen, darunter auch der Betreuungsverein Wolfsburg e.V., die Kompetenz der Mitarbeitenden um migrationsspezifische Themenfelder erweitern.

Das Thema „Wohnungsnot in Wolfsburg“ und insbesondere „Wohnungsnot junger Menschen in Wolfsburg“ wird diskutiert. Seit April 2012 engagiert sich das Bündnis für Wohnen und Leben in Wolfsburg mit dem Thema. Erklärtes Ziel ist es, in den nächsten fünf Jahren 2.500 neue Wohnungen zu bauen und davon mindestens 500 mit einer Sozialbindung zu versehen. Aktuell ist das Wohnungsangebot für Geringverdiener und Bezieher von Transferleistungen sehr überschaubar. Oft entscheiden sich Vermieter gegen Mietinteressierte, die Psychiaterfahrung haben und/ oder multiple Problemlagen aufweisen.

Das Stellwerk e.V. aus Gifhorn stellt seine Angehörigenarbeit vor und berichtet von der Anfangsphase im Jahr 1988 bis heute. Die Diskussion dreht sich zunächst um die erforderliche Vorarbeit und den Auftakt und dann um die Angebote, um Angehörigenarbeit langfristig etablieren zu können. Unterstützung bei der Umsetzung wird seitens des Stellwerks angeboten.

Zusätzlich zu den Arbeitskreis-Terminen findet am 27. Februar 2013 ein Fachtag zum Thema: „Aufbruch – Neue Wege in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“ statt.

2013

Vorstellung und Einführung des Krisenpasses. Der Krisenpass ist eine Hilfe für Menschen mit Psychiatrieerfahrung, der besonders in Krisensituation hilfreich sein kann. Er enthält alle wichtigen persönlichen Daten, z. B. wer im Krisenfall zu benachrichtigen ist, eine Behandlungsvereinbarung, die Angaben zur rechtlichen Betreuung, sowie Informationen über die Medikamente.

Bericht aus der Kontaktstelle. Die Besucherzahlen der Kontaktstelle werden monatlich nach Besuchen erfasst, die Besuche haben sich von 2011 auf 2012 um 1.000 Besuche erhöht. Die Angebote der Ehrenamtlichen werden zuverlässig durchgeführt und gut angenommen. In 2013 ist geplant ein Ex-In Mitarbeiter im Rahmen seiner Ausbildung in der Kontaktstelle zu beschäftigen.

Vorstellung der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) der AWO MVZ gGmbH. In akuten Fällen kann auch der Hausarzt APP verordnen, wenn eine klare Diagnose, entsprechend dem Leistungsverzeichnis, vorliegt. In Einzelfällen ist die Finanzierung einer Verlängerung der APP über die maximal vier Monate hinaus über das Persönliche Budget möglich. APP ist aufgrund der zeitlichen Limitierung immer wieder auch Initiator der Einrichtung von Ambulant Betreutem Wohnen.

Vorstellung des Förderzentrums für Menschen mit multiplen Problemlagen. Die Pädagogische Leitung der Wolfsburger Beschäftigungsgesellschaft (WBG gGmbH) stellt das Projekt, das im Auftrag des Jobcenters Wolfsburg, kofinanziert von der Stadt Wolfsburg, vor. Es geht um die Integration von jungen Erwachsenen (unter 25 Jahren) mit multiplen Vermittlungshemmnissen in den Arbeits- bzw. Ausbildungsmarkt. Die psychologische Beraterin schildert die Problemlagen der Teilnehmer. Die Analyse der Vermittlungshemmnisse erfolgt durch genaue Beobachtung und ganzheitliche Betrachtung.

Austausch Sozialdienst des AWO Psychiatriezentrums mit den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in Wolfsburg. Seitens des AWO Psychiatriezentrums wird berichtet, dass das Qualitätsmanagementsystem ausgebaut wurde und der Austausch mit den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in Wolfsburg gefördert wurde. Mehrere Teilnehmer bestätigen, dass sich der Informationsfluss und die Kontaktmöglichkeiten verbessert haben. Um bessere Kontakte zwischen den Patienten und den Hilfeanbietern zu ermöglichen, wird angeregt, dass es regelmäßige Inforeveranstaltungen im AWO Psychiatriezentrum geben könnte, in denen sich die Anbieter vorstellen. Einige Teilnehmer merken an, dass sie sich eine bessere Kommunikation bei Beurlaubungen von Patienten wünschen.

Vorstellung der Thesen und Forderungen, die aus der Fachtagung vom 27.02.2013 „Aufbruch – Neue Wege in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“, entwickelt wurden. Die Thesen wurden in allen Arbeitskreisen vorgestellt und diskutiert.

Um aus den Thesen und Forderungen konkrete Vorhaben entwickeln zu können, sollen drei Arbeitskreise zu folgenden Themen eingerichtet werden:

- Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle für Psychiatrieerfahrene.
- Vernetzung des Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit mit dem Geschäftsbereich Jugend, Moderation gemeinsamer Hilfeplankonferenzen.
- Einsatz von EX-IN-Mitarbeitern in Wolfsburg.

Vorstellung des Autismus spezifischen Wohnens, der Evangelischen Stiftung Neuerkerode, in Königslutter. Das Autismus spezifische Wohnen Königslutter kooperiert mit der TU Braunschweig zur wissenschaftlichen Begleitung, sowie mit dem Reha-Fachdienst Lavie gGmbH. Vorrangige Einzugsgebiete für das Angebot sind Helmstedt, Wolfsburg, Hildesheim und Stade. Das Betreuungs-

angebot ist für 14 junge Erwachsene ab 18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störung und einem Entwicklungsniveau, das einen Übergang in selbstbestimmtere Wohnformen und eine Integration in die Arbeitswelt bei entsprechender Förderung zulässt, konzipiert. Der Kriterienkatalog umfasst Inhalte, wie die Selbstversorgung, erledigen von Behördenangelegenheiten, die Vereinbarkeit von Arbeit und Freizeit, sowie eine selbstständige Tagesstruktur. Die Leistungsvereinbarung, die Hilfeplanungsgruppen sowie der Personalschlüssel sind im Landesrahmenvertrag nach HMBW (Hilfeplanung von Menschen mit Behinderung im Betreuten Wohnen) vereinbart.

2014

Vorstellung der Beschwerdestelle Braunschweig. Die Beschwerdestelle in Braunschweig gibt es seit 2007, sie wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) gegründet. Die Aufgabe der Beschwerdestelle ist die Entgegennahme von Beschwerden Braunschweiger Bürger über Braunschweiger Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung. Die Beschwerdestelle besteht aus sechs Mitgliedern und sechs Stellvertretern plus beratender Mitglieder. Die ehrenamtlich tätigen Mitglieder werden durch den Sozialdezernenten zunächst für zwei Jahre berufen. Es wird ein Jahresbericht für den kommunalen Fachbeirat erstellt. Es finden regelmäßige Sitzungen im sechswöchigen Rhythmus statt. Die Kollegen berichten von einigen Beispielen und verdeutlichen, dass nicht immer eine Ideallösung für die Betroffenen zu erreichen ist, häufig führt aber schon der Einsatz der Kollegen zu einer Verbesserung aus Sicht der Beschwerdeführer.

Für die Beschwerdestelle entstehen keine Kosten. Für Aufwandsentschädigung der ehrenamtlich Tätigen gibt einen Haushalt von 2.150 Euro.

Erfahrungen mit und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards im Ambulant Betreutem Wohnen (ABE). Die Überprüfung der Qualitätsstandards im ABE hat von August bis Oktober 2013 durch die Stadt Wolfsburg stattgefunden. Dabei wurde festgestellt, dass sich die unterzeichnenden Einrichtungen an die Einhaltung der Standards halten, es gibt nur wenige Ausnahmen. Während der Überprüfung kam es mit einigen Vertretern der Einrichtungen zu interessanten Gesprächen, die zu der Überlegung führten, die Qualitätsstandards fortzuschreiben.

Vorstellung der DIAPP gGmbH „Ambulante Psychiatrische Pflege“ der Diakonie. Die Leiterin der APP der DIAPP gGmbH stellt das Angebot vor, es wird dabei herausgestellt, dass sie und eine weitere Mitarbeiterin jederzeit erreichbar sind und die Betreuung im Rahmen der APP somit jederzeit umgehend einsetzen kann.

Vorstellung des Ausbildungs- und Arbeitsbereiches der Diakonie Kästorf in Gifhorn. Insbesondere wird die Qualifizierung von Menschen mit seelischer Behinderung vorgestellt. Am Anfang steht eine Orientierungsphase in der Förderwerkstatt oder ein Praktikum in den Diakonischen Betrieben oder der Diakonischen Servicegesellschaft. Bei entsprechender Indikation erfolgt eine Überleitung in eine Maßnahme der Agentur für Arbeit. Für die Teilnehmer besteht die Möglichkeit Qualifizierungsbausteine und/oder anerkannte Ausbildungsabschlüsse zu erwerben.

Vorstellung des Angebotes „Ambulant aktivierende Eingliederungshilfe und traumapädagogische Alltagsbegleitung und -bewältigung“ der Impulse GmbH.

Im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens werden Menschen begleitet und unterstützt, die eine psychische Beeinträchtigung aufgrund von Traumata aufweisen. Bei diesen Menschen sind nachfolgende Einschränkungen auch in Kombination länger als sechs Monate vorhanden:

- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Dissoziative Störungen

- Komplexe dissoziative Störung/multiple Persönlichkeit
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung/Borderline-Störung
- Neurosen

Das Betreuungsangebot ist als traumapädagogische Alltagsbegleitung und -bewältigung zu verstehen und keinesfalls ein Ersatz für indizierte Therapie.

Der Arbeitskreis Integration bekam von einem Redakteur der Braunschweiger Zeitung konkrete Hinweise anhand von Beispielen und Fakten für eine erfolgreiche Pressearbeit.

In der letzten Sitzung des Jahres fand ein erneutes Austauschtreffen zwischen dem AWO Psychiatriezentrum und Mitgliedern des Arbeitskreises Integration auf Einladung in Königslutter statt. Es wurde neben dem Austausch mit Vertretern des Sozialdienstes auch das neue Behandlungskonzept der Klinik vorgestellt.

Verfasserinnen:

Ingrid Prell, InProgress

Christiane Wolter, Diakonie Kästorf und Netzwerk Wolfsburg gGmbH

Sprecherinnen des Arbeitskreises Integration

Anke Scholz, Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

ARBEITSKREIS GERONTOPSYCHIATRIE

Sozialpsychiatrie richtet sich an psychisch Erkrankte, die hohen gesundheitlichen und sozialen Risiken ausgesetzt sind. Ziele einer gemeindepsychiatrischen Versorgung sind die frühzeitige Behandlung und Unterstützung Betroffener und ihrer Angehörigen, die Rehabilitation Erkrankter und deren Integration. Auch im höheren Lebensalter sind Menschen davon betroffen, sei es als psychisch Erkrankter, der älter wird, oder als Ersterkrankter.

Psychiatrie im Alter steht vor dem Hintergrund charakteristischer Veränderungen der Lebensbedingungen, z. B. durch die Berentung, eigene Erkrankungen oder von Familienmitgliedern und Freunden vor besonderen Herausforderungen. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, die eine individuell angepasste Versorgung und Unterstützung erfordert.

In Wolfsburg waren im Jahr 2014 etwa 24 % aller Bürger über 65 Jahre alt (27.911 Personen)³⁶. Innerhalb der Altersgruppen ab 65 Jahre wird es eine Verschiebung zur Hochaltrigkeit geben.

Vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten kann die Häufigkeit folgender psychiatrischer Störungen im Alter abgeschätzt werden (ermittelt anhand des Bevölkerungsberichtes der Stadt Wolfsburg 2015³⁷, mit dem Stand 31.12.2014, der 27911 Bürgerinnen und Bürger zählt, die 65 Jahre und älter sind, sowie nach den Angaben zu Prävalenzen nach Wolf, R. aus Berger, 2009³⁸):

³⁶ Stadt Wolfsburg, 2015a

³⁷ ebda.

³⁸ Berger, M. (Hrsg.) 2009

- Mittelschwere bis schwere Demenzen bei 6 %, d. h. 1.675 Personen
- Paranoide Syndrome bei 4 %, d. h. 1.116 Personen
- Schwere Depressionen bei 1 – 5 %, d. h. 279 – 1.396 Personen
- Alkoholabhängigkeit bei 2 – 6 %, d. h. 558 – 1.675 Personen

Das bedeutet, dass je nach Schätzung im Jahr 2020 4000 bis 6000 psychisch kranke ältere Wolfsburger Bürger mit diesen Störungsbildern zu versorgen sind. Es ist davon auszugehen, dass wir im Jahr 2020 im Vergleich zu 2014 über 400 mehr Hochaltrige Wolfsburger Bürger haben werden, von denen ein großer Anteil Behandlung, Pflege und Betreuung benötigen wird. Die Kapazitäten der Versorgungsstrukturen für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in Wolfsburg können derzeit dem Bedarf nicht gerecht werden. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird die Notwendigkeit des Ausbaus spezialisierter Einheiten umso dringlicher.

Der Arbeitskreis Gerontopsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes Wolfsburg trifft sich vier bis fünf Mal jährlich mit einem festen Teilnehmerkreis aus Mitarbeitern von Institutionen der Pflege und Beratung älterer Wolfsburger und Vertretern der im Rat vertretenen Fraktionen. Die Treffen finden bei wechselnden Gastgebern und in den Räumlichkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes statt. Nach der Begrüßung berichten alle Anwesenden Neuigkeiten aus ihren Institutionen. Regelmäßig werden Gäste eingeladen, die zu verschiedenen Themen berichten, ihre Einrichtung oder neue Versorgungsangebote vorstellen.

Im Rahmen der Überarbeitung des Sozialpsychiatrischen Plans wurde Anfang des Jahres 2011 erneut die Frage gestellt, was in der Versorgungslandschaft in Wolfsburg verändert werden muss, um die Pflege und Versorgung zu optimieren. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass eine psychiatrische Notfallversorgung mit ggf. 24-Stunden-Betreuung in Wolfsburg noch nicht möglich ist. Einige Mitglieder des Arbeitskreises bildeten eine Unterarbeitsgruppe, um sich mit den Umsetzungsmöglichkeiten und eventuellen Kostenträgern auseinander zu setzen. Nach langer Recherche und Gesprächen stellte sich heraus, dass das vorgeschlagene Konzept in der Form derzeit nicht finanzierbar ist. Dennoch besteht an dieser Stelle weiterhin eine Versorgungslücke, deren Schließung in zukünftige Planungen einfließen muss.

Die Versorgung demenzkranker Menschen im Klinikum Wolfsburg als großer regionaler Versorger rückte im Jahr 2012 in den Mittelpunkt der Treffen des Arbeitskreises. Als Ergebnis entstand im Jahr 2013 ein fraktionsübergreifender Antrag zur Frage der Versorgung von Demenzpatienten im Wolfsburger Klinikum.

In den vergangenen Jahren wurden die ambulanten, stationären und teilstationären Behandlungs- und Therapieangebote weiter ausgeweitet. Sie gipfeln im geplanten „Interdisziplinären Zentrum für seelische Gesundheit“, das die vorhandenen Möglichkeiten bündeln und erweitern wird. Die Teilnehmer des Arbeitskreises wurden stets über die Pläne und Vorstellungen informiert. An dieser Stelle wurde der Bedarf einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik von allen betont und erste Vorschläge für Rahmenbedingungen an den Fachbeirat weiter geleitet. Die gerontopsychiatrische Tagesklinik soll in das geplante Zentrum integriert werden.

Seit dem Jahr 2014 finden im Klinikum der Stadt Wolfsburg Umstrukturierungen und personelle Veränderungen zum Aufbau einer Geriatrie statt. Die Ausweitung der Angebote und Prüfung von Kooperationen mit dem Ziel, ein angepasstes Behandlungsangebot für diese Zielgruppe zu entwickeln, werden in den kommenden Jahren im Mittelpunkt stehen. Beispiele für mögliche Ergänzungen der bestehenden Strukturen sind ein gerontopsychiatrischer Konsiliardienst und gerontopsychiatrische Fachberatung für professionell in diesem Bereich Tätige. Ziel ist die kurzfristige Gewährleistung

einer 24-Stunden-Versorgung durch Integration eines Behandlungs- und Pflegesettings durch Aufbau und Ausweitung der Kooperationen zwischen Krisendienst, Pflegeeinrichtungen und -diensten, einem demenzfreundlichen Klinikum und dem AWO Psychiatriezentrum Königslutter in gerontopsychiatrischen Krisensituationen.

Im Jahr 2012 bildete sich eine weitere Unterarbeitsgruppe zum Thema Migration mit dem Ziel der Bestandsaufnahme von spezifischen Angeboten und Möglichkeiten für Menschen mit Demenz mit Zuwanderungshintergrund und deren Familien. Die Gruppe traf sich mehrfach und berichtete dem Arbeitskreis. Nach einem Besuch vom Integrationsreferat der Stadt Wolfsburg im Arbeitskreis stellte die Gruppe zunächst ihre Treffen ein. Es wurde deutlich, dass es ein breites Angebot in Wolfsburg für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gibt. Ende des Jahres 2014 hat die Stadt Wolfsburg ihr Konzept zur interkulturellen Öffnung (IKÖ)³⁹ vorgestellt. Vor dem Hintergrund dieser Ziele ist eine Vernetzung der Angebote von Pflege, Behandlung und Beratung mit bestehenden Organisationen und Gruppen der einzelnen Kulturverbände und Nationalitäten, z. B. durch eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, wünschenswert.

Die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes hatte die Teilnehmer des Arbeitskreises um Anregungen und Vorschläge für Veranstaltungen und Fortbildungen gebeten. Das 10-jährige Bestehen der gerontopsychiatrischen Beratungsstelle AGE wurde mit einer Fachveranstaltung in Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund und der Psychiatrieakademie Königslutter gefeiert. In deren Nachgang wurden im Frühjahr 2014 zwei weitere Veranstaltungen durchgeführt. Insbesondere die Beiträge von Herrn Dr. Meißnest, dem Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des LWL-Klinikum Gütersloh beeindruckte die Gäste.

Im September 2014 besuchte ein Teil der Teilnehmer des Arbeitskreises das Klinikum in Gütersloh, um sich über die dortigen Versorgungsstrukturen im ambulanten, stationären und teilstationären Bereich zu informieren. Auf besonderes Interesse stießen die Hausgemeinschaften für ältere Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen, die dort im Sinne der Inklusion im Quartier integriert sind.

Durchgängig sind und bleiben die Veränderungen durch die Gesetzgebung (z. B. Pflegeneuausrichtungsgesetz) und der unveränderte Notstand an Pflegepersonal Thema der Treffen. Hierzu wurden Referenten eingeladen bzw. informiert ein Teilnehmer des Arbeitskreises darüber. Alle Teilnehmer tauschten sich regelmäßig über die Umsetzung und Folgen der gesetzlichen Vorgaben und Bedingungen aus.

Im Jahr 2015 werden wieder Veränderungen aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes erwartet. Auch berufspolitische Themen werden betrachtet, insbesondere im Hinblick auf die Ausbildung und Qualifizierung von Pflegepersonal bzw. Entstehung neuer Berufsbilder. Wolfsburg ist als Standort der Fakultät für Gesundheitswesen der Ostfalia an dieser Stelle zukunftsweisend.

Die Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes beschäftigt sich mit einer Bestandsaufnahme der Versorgungsstrukturen und deren Anpassung bzw. Erweiterung an die Veränderungen durch den demografischen Wandel. Hervorzuheben sind die veränderten Bedürfnisse an Wohnraum, um Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen eine Versorgung im Quartier zu ermöglichen und Behandlungsmöglichkeiten, z. B. durch eine gerontopsychiatrische Tagesklinik in Wolfsburg anzubieten. Die Versorgung älter werdender chronisch psychisch kranker Menschen stellt die Kollegen und Einrichtungen vor neue Herausforderungen, für die Lösungen im Bereich Wohnen und Betreuung erarbeitet werden müssen.

Für das Jahr 2015 plant die Arbeitsgruppe „Treffpunkt Demenz“ eine Fortbildungsreihe für pflegende Angehörige und Pflegefachkräfte. Die Wolfsburg AG, der Senioren- und Pflegestützpunkt,

³⁹ Anmerkung: inzwischen umbenannt in Interkulturelle Verwaltung

die Beratungsstelle AGE und das Gesundheitsamt haben sich zusammengeschlossen, um ihre Ressourcen besser zu nutzen und bedarfsorientiert und niedrighschwellig Veranstaltungen anzubieten.

Verfasserinnen:

Dorothee Humperdinck-Kessling, Stadt Wolfsburg Sozialpsychiatrischer Dienst
Dipl. Psych. Alette Polan, AWO Psychiatriezentrum
Sprecherinnen Arbeitskreis Gerontopsychiatrie

ARBEITSKREIS SUCHT- UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Sucht ist der umgangssprachliche Begriff für verschiedene medizinisch- psychologische Krankheitsbilder. In der Fachwelt ist er durch die Begriffe Abhängigkeitssyndrom für substanzgebundene Abhängigkeiten und für nichtsubstanzgebundene Abhängigkeiten ersetzt worden.

Die Suchtkrankenhilfe in Wolfsburg besteht hauptsächlich aus der Arbeit der beiden Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention und der Selbsthilfegruppen zum schädlichen Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, zur Glücksspielproblematik und zum Bereich der illegalen Drogen.

Die einzelnen Teilnehmer des Arbeitskreises Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen sind: Al-Anon Familiengruppen, Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz Deutschland, Elternkreis drogengefährdeter und abhängiger Jugendlicher, Selbsthilfe für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Selbsthilfe Aktiv, Suchtkrankenhilfe 00A, Suchtkrankenhilfe Fallersleben, Suchtkrankenhilfe Goethe 33, Suchtberatung der Diakonie Wolfsburg, Jugend- und Drogenberatung e.V., Stadt Wolfsburg Sozialpsychiatrischer Dienst, Christliche Drogenarbeit, Glücksspielberatung der Drogenberatung, AWO Psychiatriezentrum, Haus Niedersachsen gGmbH Fachklinik Oerrel, Sozialcoaches Volkswagen AG und der Betreuungsverein Wolfsburg e.V..

2011

Anfang des Jahres 2011 gab es einen Workshop zum Thema ambulante Entgiftung als Angebot des AWO Psychiatriezentrums, eingeladen waren Ärzte aus der Region. Es besteht auch die Möglichkeit der Verlegung, d.h. die im AWO Psychiatriezentrum stationär aufgenommenen Patienten können auch in die ambulante Entgiftung nach Wolfsburg überwiesen werden.

Der Arbeitskreis besuchte die Fachklinik St. Vitus GmbH in Visbek. Die Klinik ist auf die Therapie und Rehabilitation abhängigkeitskranker Frauen spezialisiert. Die Therapieangebote richten sich vor allem an alkohol- und medikamentenabhängige sowie an mehrfach abhängige Frauen. Ein besonderes Angebot stellt die spezifische Behandlung psychischer Störungen dar.

Aktionswoche Alkohol. Diskussionen zur Suchtwoche: es ist sehr bedauerlich, dass aufgrund des Mottos der Suchtwoche „weniger ist besser“ keine Aktionen vom Arbeitskreis Sucht durchgeführt wurden. Ein anderes Motto für die Suchtwoche wäre besser gewesen, damit sich auch die Selbsthilfe auf diese Weise hätte identifizieren können. Wie könnte eine Überschrift für die Zukunft der Suchtwoche lauten, dass sowohl Alt und Jung angesprochen werden?

Die Schuldnerberatung stellte ihr Unterstützungsangebot vor.

2012

Bericht aus der Unterarbeitsgruppe „Überalterung der Selbsthilfe“. Ein überarbeitetes Gruppenangebot sollte sich an Jüngere richten, die aus dem Bereich Betroffene und Angehörige kommen, aber auch verschiedene Suchterkrankungen haben.

Der Arbeitskreis Sucht hat noch einige Vorschläge zu diesem Punkt eingebracht. Unter anderem könnten auch jüngere Mitarbeiter eingebunden werden. Beim Start dieser Gruppe sollten die Informationen übers Internet als auch Facebook laufen. Kontakte zum Geschäftsbereich Jugend und dem VfL Wolfsburg wurden aufgenommen.

Das Projekt „Transkulturelle Betreuung“ wurde vorgestellt. Projektziel ist eine Sensibilisierung zu den Zusammenhängen von rechtlicher Betreuung und Migration. Dazu gehört u. a. eine migrationsspezifische und kultursensible Anpassung der Angebote der kooperierenden Partner, Auf- und Ausbau transkultureller Kompetenz von Mitarbeitern, Unterstützung und Initiierung von Prozessen zur Netzwerkbildung und zum Erfahrungsaustausch, kulturelle Öffnung des Betreuungswesens, Einbeziehung der regionalen Bedingungen und Ressourcen sowie Öffentlichkeitsarbeit.

2013

Die Mitglieder des Arbeitskreises Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen treffen sich sechs Mal pro Jahr. Themen sind regelmäßig Neues und aktuelles aus den Einrichtungen und Gruppen.

Im Berichtsjahr 2013 wurde der Präsenzdienst in der ambulanten Entgiftung der Tagesklinik des AWO Psychiatriezentrums eingestellt. Der Grund hierfür lag in der nicht ausreichenden Auslastung des Angebotes mit dem Ergebnis, dass der Präsenzdienst häufiger nicht in Anspruch genommen wurde.

Eine Anbindung an die Selbsthilfegruppen in Wolfsburg kann aber durch eine regelmäßige Präsenz und Vorstellung der Arbeit der Gruppen im AWO Psychiatriezentrum Königslutter stattfinden.

Wie lange der Bereich ambulanten Hilfe bei Sucht – und Abhängigkeitserkrankungen in Wolfsburg besteht wird an 36 Jahren Selbsthilfe Goethestraße 33, 34 Jahre Suchtkrankenhilfe des Diakonischen Werkes, 32 Jahre Suchtkrankenhilfe Fallersleben, 31 Jahre Jugend- und Drogenberatung deutlich. Leider ist diese Tradition aber auch mit einer gewissen Überalterung der Selbsthilfe verbunden. Dies war z. B. ein Schwerpunktthema im Jahr 2013.

2014

Ein Themenschwerpunkt im Jahr 2014 lag im Bereich „legal highs“ neue Drogen und ihre Risiken, hierzu hielt Herr Dr. Abel vom AWO Psychiatriezentrum einen Vortrag.

Als Tagesausflug wurde ein Besuch der Tagesklinik Braunschweig vom Lukaswerk durchgeführt, hier gab es aktuelle Informationen zu dem Leistungsangebot.

Natürlich wurden auch die Geburtstage der Einrichtungen gefeiert, Goethe 33 wurde 37 Jahre alt, die Suchtberatung der Diakonie Wolfsburg 35 Jahre und die ambulante Hilfe 30 Jahre.

Verfasser:

Hartmut Hünecke-Roost, Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg
Jürgen Horstmann, Diakonie Wolfsburg Fachstelle für Sucht und Suchtprävention
Sprecher des Arbeitskreises Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
Anke Scholz, Stadt Wolfsburg Sozialpsychiatrischer Dienst

PLANUNGSZIELE (BEDARF AN HILFEN IN WOLFSBURG GEMÄSS §9 NPSYCHKG)

Bedarfsgerechte ambulante und teilstationäre Behandlung in Wolfsburg sichern

Realisierung des „Interdisziplinären Zentrums für seelische Gesundheit“. Dazu gehört im Einzelnen:

- Ausbau der Institutsambulanzen (PIA) für alle Altersgruppen. Relevantes ambulantes Behandlungsangebot für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) schaffen. Ausweitung der Angebote für 18- bis 65-Jährige, mehr aufsuchende ambulante Behandlung für über 65-Jährige
- Verknüpfung des Krisendienstes mit Behandlungsleistungen.
- Koordination von Behandlungsleistungen mit anderen psychiatrischen Hilfen verbessern.
- Konsiliardienst im Klinikum der Stadt Wolfsburg auf breitere Basis stellen.
- Versorgungslücke Tagesklinik Gerontopsychiatrie schließen.

Die Planung für das „Interdisziplinären Zentrums für seelische Gesundheit“ wird an dieser Stelle fortgeschrieben; Grundlage der Planung sind verschiedene Vereinbarungen und Kooperationsverträge zwischen dem AWO Psychiatriezentrum und der Stadt Wolfsburg sowie Abstimmungen in Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes Wolfsburg. Das Zentrum soll in dem jetzigen Gebäude der Kinderklinik der Stadt Wolfsburg entstehen. Eine Studie zur genauen Kostenplanung ist in Bearbeitung.

Integration von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der psychiatrischen Regelbehandlung verbessern.

Auf die Interkulturalität der Stadt Wolfsburg wurde bereits einleitend verwiesen. Mit der Aufnahme einer hohen Anzahl geflüchteter Menschen stellt sich die Herausforderung sehr deutlich, diese an den für sie erforderlichen psychiatrischen Versorgungs- und Behandlungsleistungen teilhaben zu lassen. Dazu ist spezifisches, psychiatrisches Fachwissen erforderlich sowie auch zusätzliche Ressourcen für Dolmetscher und besondere Behandlungs- und Betreuungsangebote.

Gerontopsychiatrie und Pflege: Umfassendes Konzept „Alternative zur Unterbringung im Heim“ entwickeln

- Kommunale Vergleiche zur „Heimquote“ vornehmen, dabei auch Anzahl geschlossener Unterbringungen in Pflegeheimen prüfen und vergleichen.
- Bewertung: Tagespflege, gerontopsychiatrische Ambulanz, ambulante Pflege und ambulante psychiatrische Pflege (APP), sonstige Unterstützungsleistungen im Alltag als Maßnahmenbündel zur Vermeidung von Heimaufnahmen in Wolfsburg.

Zwang in der psychiatrischen Versorgung erfassen, diskutieren und vermeiden

- Häufigere Nutzung des Rechtsweges gemäß §17 NPsychKG.
- Monitoring der Unterbringungsraten nach NPsychKG und BGB sowie der unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach BGB; Monitoring des Zwangs gemäß Nds. SOG außerhalb der Dienstzeit des psychiatrischen Krisendienstes; Diskussion in Gremien des Verbunds, Ableitung von Maßnahmen.

Wohnen und Inklusion: Entwicklung eines regionalen Konzeptes

- Monitoring der Fallzahlen psychiatrischer Versorgungskontexte außerhalb der Stadt Wolfsburg (Heime der Eingliederungshilfe, Pflegeheime, Forensik), Diskussion in den Gremien.
- Qualitätsstandards definieren für Versorgung in regionalen Heimen.
- Regelmäßig Kontakt zu extern in psychiatrischen Wohnheimen oder forensischen Kliniken lebenden Bürgern der Stadt halten.
- Weiterentwicklung ambulanter Eingliederungshilfen und Vernetzung mit Behandlung
 - Intensiv Betreutes Wohnen als Alternative zum psychiatrischen Wohnheim nutzen.
 - Neue Koordinationsinstrumente neben der Hilfeplankonferenz entwickeln.
 - Abstimmen des Planungsinstrumentariums mit anderen Verbänden im Einzugsgebiet des AWO Psychiatriezentrums.
- Inklusive Quartiersentwicklung begleiten.
- Öffentlichkeitsarbeit zum Persönlichen Budget.
- Diskussion zu Modellen des trägerübergreifenden Budgets anregen.

Der Sozialpsychiatrische Verbund soll in Abstimmung mit den Nachbarverbänden ein regionales Konzept entwickeln das klärt, welche psychiatrischen Heime der Eingliederungshilfe in der Region genutzt werden sollten. Gleichzeitig soll das ABW optimiert und konsequent mit Behandlungsleistungen vernetzt werden. Alternativmodelle zum ABW (Budgetleistungen, aber auch Optionen, die sich aus dem zu erwartenden Bundes- Teilhabe- Gesetz ergeben) sollen in Wolfsburg erprobt werden.

Angebot auf dem Sektor Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke ausbauen

Ausbau niederschwelliger Arbeitsgelegenheiten. Weiterentwicklung und Ausbau des Therapeutischen Zuverdiensts.

In Wolfsburg fehlen ausreichende Arbeitsgelegenheiten für Menschen, die auf Grund einer psychischen Störung nicht oder nur mit Assistenz auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen können. Während die Arbeitsgelegenheiten im bestehenden Therapeutischen Zuverdienst sukzessive ausgebaut werden sollen, müssen in den Bereichen Arbeitsassistenz, Zuverdienstmöglichkeiten außerhalb der Grundsicherung gemäß SGB XII erst neue Projekte konzipiert werden.

Laien- und Selbsthilfe weiterentwickeln

- Beteiligung ausgebildeter Absolventen der Ex-In Schulungen an der psychiatrischen Versorgung.
- Dialog fördern,
- Partizipations- und Beschwerdemöglichkeiten weiterentwickeln. Aufbau einer unabhängigen Beschwerdestelle.
- Besuchsdienste etablieren.

Prävention und Projekte zur Förderung der seelischen Gesundheit weiterentwickeln und ausbauen

- Weiterführung und Ausbau des Patenprojektes „Kleine Angehörige“.
- Erfassung bestehender Präventionsprojekte im folgenden Sozialpsychiatrischen Plan, öffentliche Diskussion von Prävention in der Psychiatrie.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Zusammenarbeit mit Jugendhilfesystem ausbauen.
- Erfassung und Planung des Ausbaus von träger-/ und fachübergreifenden Angeboten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, z. B. gemeinsame Planung, Tandemlösungen, psychiatrische Pflege auch unter 18 Jahre, Home Treatment.
- Berücksichtigung besonderer Bedarfe für Kinder mit psychischen Erkrankungen beim Ausbau und Veränderung von Vorschul-/ Schul- und Betreuungsangeboten.
- Gemeinsame und betreute Wohnformen für psychisch erkrankte Eltern(paare) mit ihren Kindern jeden Alters entwickeln.
- Entwicklung von Angeboten zur psychiatrischen Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen
- Angebote für psychisch kranke Adoleszente/junge Erwachsene schaffen:
 - Verbesserung der Überleitung von Schule zum Erwerbsleben,
 - Verbesserung der Überleitung von Jugendhilfe zur Eingliederungshilfe,
 - Verbesserung der Überleitung von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung zur Allgemeinpsychiatrie.

Der Bereich der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen wird ausführlich mit den Bedarfen im Kapitel ZUKUNFTSFÄHIGKEIT DER SUCHTARBEIT IN WOLFSBURG – EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE ANGEBOTE IM BEREICH DER SUCHT- UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN beschrieben.

AUSBLICK LANDESPSYCHIATRIEPLANUNG

Die Landesregierung lässt derzeit einen Landespsychiatrieplan für Niedersachsen erarbeiten. Mit der Erarbeitung sind die ceus consulting und die FOGS GmbH beauftragt. Der Landespsychiatrieplan wird voraussichtlich im Mai 2016 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung veröffentlicht.

Gegenstand des Auftrages ist:

- Bestandsanalyse des gegenwärtigen Hilfesystems und die Zusammenfassung des Entwicklungsstands mit den wichtigsten Stärken und Schwächen,
- Darstellung der Rahmenbedingungen und Herausforderungen für das psychiatrische Arbeiten in den nächsten 10 Jahren,
- Herausarbeitung der ethisch-fachlichen Grundwerte bei der Hilfeleistung für psychisch erkrankte Menschen und Ableitung von Zielen. Beschreibung der Kernaufgaben und Funktionen der Psychiatrie und ihrer einzelnen Teilgebiete in einem sinnvoll abgestuften Hilfesystem.

Skizzierung vordringlicher Entwicklungsprojekte, die gemeinsam mit dafür erforderlichen Kooperationspartnern ab 2016 umgesetzt werden sollen.

- Empfehlung zu strategischen Eckpfeilern der Landesregierung für die Weiterentwicklung des Hilfesystems,
- Empfehlungen zur Ausgestaltung von Planung, Koordination und Steuerung.

Der Entwurf des Berichts soll folgende Gliederung haben:

- Auftrag und Zielsetzung.
- Rahmenbedingungen und demographische Entwicklung in Niedersachsen.
- Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen.
- Ethisch-fachliche Grundsätze.
- Psychiatrie in Niedersachsen in IST- und SOLL- Planungen nach Lebensphasen gegliedert: für Kinder und Jugendliche, für Erwachsene und für ältere Menschen, im Maßregelvollzug, für Suchtkranke und andere spezifische Zielgruppen.
- Vernetzung, Planung und Steuerung in IST und SOLL.
- Empfehlungen zur strategischen Ausrichtung und Schwerpunktbildung.
- Empfehlungen zu konkreten Entwicklungsprojekten.

Im Rahmen der Gespräche mit Akteuren im Land finden auch Gespräche mit den kommunalen Spitzenverbänden statt.

Für die zu erarbeitenden Entwicklungsprojekte liegen den Gutachtern zahlreiche Vorschläge vor. Die Vorschläge weisen eine große Varianz auf. So gibt sowohl konkrete, regional verortete Vorschläge als auch weitreichende Entwicklungsanstöße. Die Vorschläge reichen vom fachlichen Handeln bis zu Anregungen zu gesellschaftlichen Veränderungen. Sie beinhalten die Schaffung neuer Angebote, Veränderung von Versorgung, Modellprojekte, Studien, Erhebungen und Dokumentationen sowie Steuerung.

Folgende Vorschlagsschwerpunkte haben die Gutachter identifiziert:

- Gemeindepsychiatrische Zentren; Weiterentwicklungen von Qualitätsstandards in den Sozialpsychiatrischen Diensten aufsuchende multidisziplinäre Teams und Krisendienste; krankenhauseretzende Behandlung; Home Treatment (für Kinder und Jugendliche, für Erwachsene, für Ältere, für Demente), Ambulante Psychiatrische Pflege (APP).
- Planung und Steuerung in und durch Kommunen und das Land (SGB-übergreifend) ausbauen, stärken, ausstatten; Krankenhausplanung verbessern; Dokumentation, Berichtswesen und Aufsicht ausbauen.
- Geschlossene Unterbringung: enge Regeln für Zwangsbehandlung und stärkere Kontrolle; Register für Zwangsbehandlung und geschlossene Unterbringung; Modellprojekte zur Vermeidung von Zwang (Soteria-Stationen, Weglaufhäuser); Heim-Enquête, Abbau und Begrenzung von Heimplätzen; Spezialteams für ambulante Arbeit mit schwerstkranken (wohnungslosen) Menschen als Unterbringungs-Prävention.
- Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie: wohnortnah, vor allem über Tageskliniken, Institutsambulanzen, Kinder- und Jugendpsychiatrische Teams in Sozialpsychiatrischen Diensten; Projekte für Adoleszente; Vernetzung mit Jugendhilfe.

Als weitere Vorschläge wurden unter anderem genannt:

- Vernetzung: Stärkung der Sozialpsychiatrischen Verbände, Schnittstellen gestalten (z. B. zur Suchthilfe), Kooperation fördern; fallbezogene Steuerung: Hilfeplanung und Case Management (durch SpDi); gemeinsame Leistungen über verschiedene Leistungsträger hinweg entwickeln und finanzieren (SGB-übergreifende Budgets).
- Angebote für spezifische Zielgruppen: für Kinder psychisch kranker Eltern, Suchtkranke, Heimbewohner, Patienten mit Doppeldiagnose, Menschen mit Lernschwierigkeiten, Migranten, Flüchtlinge, schwerstkranken Wohnungslose.
- Fachkräftemangel entgegenwirken, Aus- und Weiterbildung fördern, Lehrstühle einrichten.

Die dargestellten Vorschläge werden neue Anforderungen an die Kommunen stellen. Hierbei wäre – neben der Finanzierung dieser zusätzlichen Aufgaben – insbesondere nach Steuerungsinstrumenten zu fragen, die für eine sinnvolle Planung und Steuerung erforderlich wären.

VERÖFFENTLICHUNGEN UND BERICHTE ZU SPEZIELLEN THEMEN

Im Folgenden Kapitel werden verschiedene Berichte, Expertisen und Veröffentlichungen zu Themen, die für die sozialpsychiatrischen Planungen in Wolfsburg bedeutsam sind, veröffentlicht.

ZUKUNFTSFÄHIGKEIT DER SUCHTARBEIT IN WOLFSBURG – EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE ANGEBOTE IM BEREICH DER SUCHT- UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Rausch und Abhängigkeit – die Bandbreite reicht vom einmaligen Experimentieren über gelegentlichen Konsum bis zu schwersten Abhängigkeiten von Drogen und Suchtmitteln.

Der vorliegende Ausschnitt, über den Bereich der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen soll die Vielfalt des Themas beleuchten und deutlich machen, welche Informations-, Unterstützungs- und Hilfeangebote in Wolfsburg existieren und welche ausdifferenzierten Hilfen noch notwendig sind. In einer modernen Drogen- und Suchtarbeit ergänzen sich Prävention, Beratung und Behandlung. Der Bereich der Eingliederungshilfen, wie das Ambulant Betreute Wohnen für Sucht- und Abhängigkeitserkrankte Menschen, wird in dieser Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans an anderer Stelle beschrieben und mit Daten belegt.

Grundlage dieses Überblicks sind nationale Berichte und Studien sowie die Jahresberichte und Befragung des Suchthilfesystems in Wolfsburg.

Einen umfassenden Überblick zu Suchtformen und den Hilfsangeboten geben folgende Berichte:

- Drogen- und Suchtbericht 2014 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
- Jahrbuch Sucht 2014 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Bericht 2012 der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zum nationalen REITOX-Knotenpunkt Deutschland

Die Berichte beziehen ihre Aussagen aus bundesweit durchgeführte, repräsentative Erhebungen, die überwiegend im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurden:

Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berichtet zum Konsumverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und unterscheidet die Altersgruppen 12 bis 17 sowie 18 bis 25 Jahre (2012).

- Der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung in München erfasst den Substanzkonsum von Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren.⁴⁰ Glücksspielverhalten

⁴⁰ Pabst et. al 2013

von 16- bis 64-Jährigen erfragt die Glücksspielstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011).

- Internet-Suchtformen sind durch die PINTA-Studie (2011) erforscht.

Erfragt werden die Konsumerfahrungen mit unterschiedlichen psychotropen Substanzen bzw. nicht-substanzbezogenes Problemverhalten. Die Befragungsergebnisse werden auf die gesamte Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet. Alle Surveys bieten – wissenschaftlich gut untermauerte – Näherungen an regional beobachtbare Daten in Bezug auf Alkohol, Tabak, Medikamente und Cannabis.

Bedingt durch die Methodik der Befragungen kann es zu Unschärfen im Bereich der illegalen „harten“ Drogen kommen (sozial „erwünschtes“ Antwortverhalten der Befragten, schlecht erreichbare randständige Gruppen).

Um valide Aussagen für den problematischen Drogenmissbrauch (hier: Kokain, Opioide, Amphetamine) zu erhalten, wird eine andere Herangehensweise gewählt. REITOX stellt Indikatoren aus Polizeikontakten, Drogentodesfällen und Behandlungszahlen zusammen und ermittelt darüber die Prävalenz der entsprechenden Konsummuster.

Die repräsentativen Daten der großen Erhebungen stammen überwiegend aus 2011/2012 und können daher als Ausgangslage für die Beschreibung der Wolfsburger Situation 2013 genutzt werden.

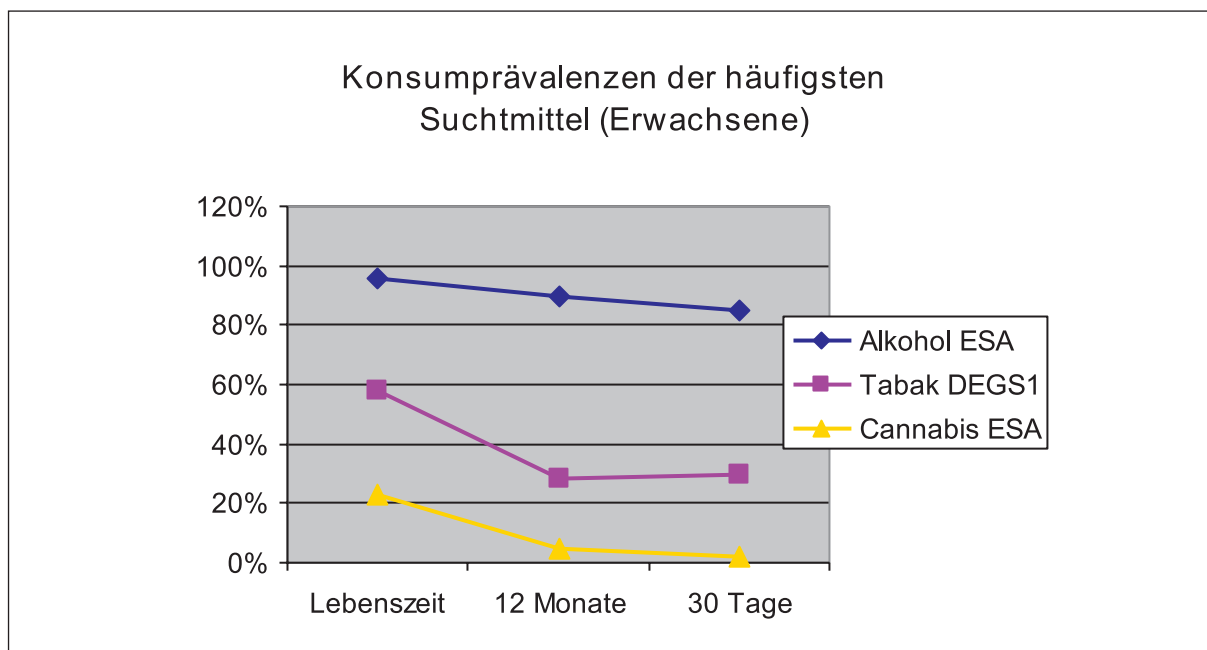
Es sind sowohl stoffgebundene als auch nicht-stoffgebundene Suchtformen behandelt. Der umfassende Bereich der Ess-Störungen und die damit befassten Akteure sind in dem Bericht nicht aufgenommen.

Prävalenz, riskanter Konsum, Abhängigkeit

Die Auftretenshäufigkeit eines potentiellen Sucht- oder Problemverhaltens in biographischen Zeitfenstern ist über die Prävalenz abgebildet.

- *Lebenszeitprävalenz:* Wurde jemals im Leben die jeweilige Substanz konsumiert oder das problematische Verhalten gezeigt?
- *12-Monats-Prävalenz:* Wurde in den 12 Monaten vor der Befragung die Substanz konsumiert bzw. das Problemverhalten gezeigt?
- *30-Tage-Prävalenz:* Wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung die Substanz konsumiert bzw. das problematische Verhalten gezeigt?
- Wie hat sich das Konsumverhalten/ das Problemverhalten in den letzten Jahren entwickelt? Welche Trends lassen sich erkennen?

Im folgenden Überblick sind Konsumprävalenzen der psychotropen Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis bei Erwachsenen dargestellt. Die Differenzen zwischen der Lebenszeitprävalenz (Suchtmittel zumindest einmal im Leben probiert), der 12-Monats-Prävalenz und der 30-Tage-Prävalenz (Suchtmittel in dem jeweiligen Intervall zumindest einmal konsumiert) bilden charakteristische Gradienten.



Quelle: Pabst et al. 2013 und Lampert et al. 2013

Alkoholkonsum spielt bei der überwiegenden Mehrheit der Menschen durchgängig eine – mehr oder weniger große – Rolle. Es gibt also eine geringe Abweichung zwischen den Mess-Zeitpunkten.

Gut die Hälfte der Erwachsenen hat zumindest zeitweilig geraucht. Die Differenz zwischen der Lebenszeitprävalenz und den Folgerhebungen weist auf gelungene Ausstiegsprozesse hin.

Cannabis nimmt mit 23 % eine vergleichsweise geringe Lebenszeitprävalenz ein. Der Gradient verläuft nach unten und beschreibt einen überwiegend temporären Konsum. Das Diagnose- und Klassifikationssystem DSM-IV bezieht Erkrankungsquoten innerhalb der Bevölkerung.

Im Erwachsenenbereich spricht man von Suchtstörungen und unterscheidet zwischen dem Missbrauch einer psychotropen Substanz und dem Krankheitsbild der Abhängigkeit. Im Jugendbereich wird vorwiegend der Begriff des (hoch-)riskanten Konsums gebraucht, um auf eine sich anbahnende nachteilige Entwicklung aufmerksam zu machen.

Die Übergänge zwischen riskantem Konsum, Substanzmittelmissbrauch und Abhängigkeit sind fließend und (auch für Fachleute) nicht immer trennscharf zu erkennen.

Suchtrisiken im biographischen Bezug

Die großen Suchtsurveys befassen sich mit den Altersgruppen der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre), der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) und der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre). Es liegt also eine Datenüberschneidung für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen vor.

In dieser Lebensphase vollziehen sich wesentliche soziale Entwicklungsschritte im Bereich der Selbstständigkeit und des Berufseinstiegs. Gleichzeitig ist eine große Vulnerabilität für sich anbahnende Suchtrisiken zu beobachten. Daten dieser Gruppe würden im Kontext der Gesamtpopulation der Erwachsenen leicht untergehen. Um nicht zu Doppelungen zu kommen, sind im Kontext dieses Berichts daher die Angaben aus dem Erwachsenenbereich auf die Altersphase 26 bis 64 Jahre eingegrenzt worden.

Die Quoten aus den bundesweiten Untersuchungen werden in den folgenden Abschnitten auf die jeweilige Wolfsburger Alterskohorte umgerechnet.

Alterskohorten in Wolfsburg	Anzahl Personen	Anteil an der Bevölkerung
0 bis unter 12 Jahre	12.557	10,1 %
12 bis unter 18 Jahre	6.433	5,2 %
18 bis 25 Jahre	11.217	9,1 %
26 bis unter 65 Jahre	65.735	53,1 %
65 bis unter 80 Jahre	20.454	16,5 %
80 und darüber	7.410	6,0 %

Quelle: Stadt Wolfsburg, 2014

Alkohol

Jugendliche und junge Erwachsene von 12 bis 25 Jahren

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Alkohol beträgt 13,6 Jahre.

Vier von zehn Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben im 4-Wochen-Intervall vor der Befragung Alkohol konsumiert (42%). Dabei berichtet jedes zehnte Mädchen (10,5%) und jeder fünfte Junge (19,6%) von einmaligem Rauschtrinken. Mehrmaliges Rauschtrinken wird von 3,7% Jugendlichen angegeben. Übertragen auf Wolfsburg ist von 238 Jugendlichen mit einem äußerst riskanten Trinkmuster auszugehen.

81,9% der jungen Erwachsenen von 18 bis 25 Jahren hat Alkoholerfahrung. Jeder Vierte dieser Altersgruppe trinkt regelmäßig (39,8%). Ähnlich häufig wird einmaliges Rauschtrinken berichtet (41,9%). Dies gilt für die Hälfte der jungen Männer und etwa jede vierte junge Frau.

Mehrmaliges Rauschtrinken (mindestens vier Mal im vergangenen 30-Tages-Intervall) trifft auf jeden 7. jungen Menschen zu (12,9%). Junge Männer zeigen dieses Trinkmuster vier Mal häufiger als junge Frauen.

In Anbetracht der biographisch entscheidenden Entwicklungsschritte ist die Zahl von 1.446 jungen Erwachsenen in Wolfsburg, die sich in dieser sehr riskanten Konsumentengruppe finden, außerordentlich hoch.⁴¹

Erwachsene bis 64 Jahre

Erfahrung mit eigenem Alkoholkonsum haben 96,4% der Erwachsenen. 7 von 10 Erwachsenen berichten von Alkoholkonsum in den letzten vier Wochen vor der Befragung (71,5%). Von den Trinkenden zeigt der überwiegende Teil (80%) einen risikoarmen und 20% einen riskanten Konsum an.

⁴¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012
Stadt Wolfsburg 2014

Männer haben ein höheres Risiko des riskanten Konsums. Riskanter Konsum bedeutet bei Frauen mehr als 12g Reinalkohol im täglichen Durchschnitt, bei Männern mehr als 24g Reinalkohol/Tag (Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen).

Nach DSM-IV sind 3,1 % der Erwachsenen im Alter bis 64 Jahren alkoholabhängig. Übertragen auf Wolfsburg ist von 2.037 erwachsenen Einwohnern auszugehen.⁴²

Tabak

Jugendliche und junge Erwachsene von 12 bis 25 Jahren

Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verzeichnet eine erfreuliche Tendenz: Noch nie geraucht haben 70,8 % der Jugendlichen bis 17 Jahren. Der durchschnittliche Erstkonsum von Nikotin liegt bei 14,3 Jahren. Das durchschnittliche Einstiegsalter in regelhaftes Rauchen liegt bei 15,1 Jahren.

Der Umstieg von einmaligem zu regelmäßigem Rauchen vollzieht sich bei diesem Suchtstoff in außerordentlich kurzer Zeit. Täglich rauchen 4,8 % der Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren – für Wolfsburg ist daher mit 308 Jugendlichen zu rechnen.

Daneben fällt eine Gruppe mit hoch riskantem Konsumverhalten auf: 2,3 % Jugendliche rauchen täglich 10 und mehr Zigaretten. Dies sind in Wolfsburg 147 Personen. Relevante Geschlechtsunterschiede finden sich in dieser Alterskohorte weder im Raucher- noch im Nichtraucherverhalten.⁴³

In den letzten Jahren hat sich eine andere Art des Tabakkonsums etabliert: Wasserpfeife hat jeder vierte Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr zumindest einmal schon geraucht. Das Wasserpfeife-Rauchen wird von vielen Jugendlichen nicht als „Rauchen“ wahrgenommen und daher als vermeintlich unbedenklich bewertet.⁴⁴

Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahren haben im Vergleich zu den früheren Befragungen eine höhere Nichtraucherquote: Noch nie geraucht haben 27,6 % der jungen Menschen (im Vergleich 2001: 23,1 %). Aktuell gehört ein gutes Drittel der Altersgruppe zu den Rauchenden (36,8 %). Ein Fünftel fällt durch hochriskanten Konsum auf: 21,3 % kommen täglich auf mindestens 10 Zigaretten. Hier sind junge Männer etwas häufiger vertreten. Für Wolfsburg bedeutet dies 2.389 hoch riskant rauchende junge Erwachsene.⁴⁵

Erwachsene bis 64 Jahren

Seit 2003 gehen die Raucherquoten bei Erwachsenen insgesamt langsam zurück. Aktuell Nichtraucher sind drei Viertel der Frauen und zwei Drittel der Männer. Ein Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag gilt bei Erwachsenen als hoch riskant. Fast ein Drittel der täglich Rauchenden fällt in diese Gruppe (29 %). Die größte Raucherquote stellt die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen. Es handelt sich dabei überwiegend um Männer. 10,8 % der erwachsenen Rauchenden bis 64 Jahren sind als tabakabhängig nach DSM-IV einzuschätzen (9 % Frauen, 12,5 % Männer). Auf Wolfsburg übertragen ist von 7.099 Nikotinabhängigen auszugehen.

42 Pabst et al. 2013
Stadt Wolfsburg 2014

43 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012 und Stadt Wolfsburg 2014

44 Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2012 und RKI Berlin 2015

45 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012 und Stadt Wolfsburg 2014

Medikamente

Es gibt wenig verlässliche Schätzungen über das Ausmaß von Medikamentenabhängigkeit in Deutschland. Die Unterscheidung, ob ein Medikament aufgrund einer Erkrankung erfolgt oder missbräuchlich eingenommen wird, ist oft nur schwer möglich. Eine sich über Jahrzehnte hinschleichende Dosissteigerung kann insbesondere in Verbindung mit weiteren psychoaktiv wirkenden Mitteln problematisch sein. Gerade bei älteren Menschen kann die Langzeitverschreibung von Schlafmitteln zu ähnlichen Symptomen führen, wie sie für natürliche Alterungsprozesse beobachtet werden.

Psychotrope Medikamente mit Suchtpotential sind opioid- oder koffeinhaltige Schmerzmittel, Benzodiazepine und damit verwandte Substanzen („Z-Drugs“). Jede zehnte Frau (11,5%) und jeder zwanzigste Mann (5%) zwischen 70 und 79 Jahren hat in den sieben Tagen vor der Befragung ein solches Mittel eingenommen.⁴⁶

Die Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV betrifft 4.309 Wolfsburger Erwachsene von 18 bis 64 Jahren (5,6%).⁴⁷

Illegale Drogen

Jugendliche und junge Erwachsene von 12 bis 25 Jahren

Der Konsum von illegalen Drogen wird bei jungen Menschen hauptsächlich durch den Konsum von Cannabis bestimmt. Ecstasy, LSD, Amphetamine, Heroin, Kokain, Schnüffelstoffe und psychoaktive Pflanzen spielen im Vergleich zu Cannabis eine deutlich geringere Rolle. Dies gilt sowohl für die Gruppe der Jugendlichen wie auch für die jungen Erwachsenen, für die weiblichen wie auch die männlichen Befragten.

Im Folgenden wird daher der Cannabiskonsum vorrangig dargestellt. Der Anteil der Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren, die Cannabis überhaupt einmal konsumiert haben, liegt bei 7,2%. Durchschnittlich wird Cannabis mit 16,7 Jahren das erste Mal probiert, wobei es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt. Die meisten Jugendlichen stellen den Drogenkonsum nach einer Probierphase, meist beim Übergang ins Erwachsenenalter, wieder ein. Daneben gibt es eine Gruppe, die in jungen Jahren hoch problematische Konsummuster entwickelt. Dazu gehört der Kreis von 0,8% der Jugendlichen, die einen mindestens 10maligen Cannabiskonsum im Verlauf des zurückliegenden Jahres berichten. Bezogen auf Wolfsburg haben wir es mit 51 Jugendlichen zu tun, die aufgrund der Illegalität des Suchtmittels in regelmäßigem Kontakt mit sozial randständigen Gruppen stehen. Bei jungen Erwachsenen von 18 bis 25 Jahren ist die Konsumerfahrung in Bezug auf illegale Drogen stärker verbreitet. Zumindest einmal im Leben haben vier von zehn Angehörigen dieser Altersspanne Drogen konsumiert (39,2% Cannabis, 0,6% irgendeine andere Droge). Deutlich geringer fällt die Quote des regelmäßigen Konsums aus: im Jahr vor der Befragung ist bei 3,3% der jungen Erwachsenen regelmäßiger Cannabiskonsum und bei 0,4% wiederholter Konsum anderer Drogen anzutreffen. Somit treffen wir in Wolfsburg auf 370 junge Erwachsene mit Cannabisproblematik und N=44 mit regelmäßigem Konsum anderer illegaler Drogen.⁴⁸

Erwachsene bis 64 Jahren

Der größte Teil der erwachsenen Bevölkerung hat noch nie eine illegale Droge eingenommen. Ein Viertel der Befragten berichtet über zumindest eine Konsumerfahrung mit Cannabis (Lebenszeitprä-

⁴⁶ Robert-Koch-Institut 2014

⁴⁷ Pabst et al.2013 und Stadt Wolfsburg 2014

⁴⁸ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012 und Stadt Wolfsburg 2014

valenz von 23,2%). Die anderen illegalen Drogen (Kokain, Opiate, Amphetamine) liegen unter 1% der Prävalenz. Konsumierende dieser Drogen gehören vorwiegend zum Alterssegment von 25 und 39 Jahren und sind überwiegend männlich. Etwa 0,5% der Erwachsenen erfüllen die Kriterien einer Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV. Das sind hochgerechnet 328 Wolfsburger Erwachsene.⁴⁹

Prävalenzangaben im Bereich der „harten“ Drogen sind methodisch vergleichsweise schwer zu generieren. Befragte äußern sich zu Konsumerfahrungen mit Kokain, Amphetaminen oder Opiaten weniger bereitwillig als zu Alkohol-, Tabak- oder Cannabiskonsum.

Valide Aussagen scheinen auf den Bereich des Probierkonsums begrenzt zu sein. Insbesondere intensiv Drogenkonsumierende sind in den Befragungen unterrepräsentiert, weil sie an telefonischen Befragungen nicht mitwirken, obdachlos oder in Haft sind. Der REITOX-Bericht ermittelt die Zahl der problematischen Konsumenten von „harten Drogen“ – Opiate, Kokain, Amphetamine – auf der Basis von Indikatoren aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentodesfällen. Daraus ergibt sich eine Prävalenzrate von 4,1 Personen pro 1.000 Einwohner. Übertragen auf Wolfsburg ist von 500 intensiv Drogenkonsumierenden auszugehen.⁵⁰

Chronisch Opiatabhängige im Erwachsenenalter können sich bei entsprechend qualifizierten Ärzten substituieren lassen. Die Behandlung erfolgt über die (tägliche) Vergabe der Ersatzstoffe sowie über die psychosoziale Betreuung in einer Drogenberatungsstelle. Ein großer Teil der Opiatabhängigen in Wolfsburg befindet sich in dieser langdauernden Behandlung (250 Personen).⁵¹

Glücksspiel

Die Studie zum Glücksspiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ergibt eine Quote von 0,8% der 16 bis 64 Jährigen für pathologisches Glücksspiel. Pathologisches Glücksspielen beginnt bei Männern oft schon in der späten Adoleszenz, während der Einstieg bei Frauen meist im mittleren Lebensabschnitt zu finden ist. Glücksspiel-Betroffene sind komorbid auch mit anderen seelischen Problemen belastet. Ein beträchtlicher Teil berichtet über stoffgebundenen Suchtmittelkonsum. Risikofaktoren für problematisches Spielverhalten sind männliches Geschlecht, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund. Die Hochrechnung auf Wolfsburg ergibt bei den 16 bis 64 Jährigen 632 Personen mit Glücksspielsucht.⁵²

Computer-Spielsucht und exzessive Internetnutzung

Computerspiele und die Nutzung des Internet sind für die meisten Jugendlichen und für viele Erwachsene attraktiv und ein Gewinn in Ausbildung und Beruf. Seit etwa 10 Jahren berichten Suchtkrankenhilfe sowie Jugendhilfe über das Auftreten von problematischem Computerspiel bzw. Internetgebrauch. Einheitliche und anerkannte Methoden der Symptombeschreibung und -einordnung, die eine Klassifikation im Suchtbereich ermöglichen, sind noch nicht erarbeitet.

Vier Fünftel der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren und etwa drei Viertel der 18 bis 25 Jährigen sind mit Computerspielen und Spielkonsolen beschäftigt. Der größte Teil der jungen Menschen zeigt dabei keine Verhaltensprobleme. Geschlechtsunterschiede finden sich weniger in der Häufung, als in der Art der exzessiven Internetnutzung. So tendieren Männer offenkundig eher zu Computerspielen, Frauen scheinen die intensive Nutzung sozialer Medien zu präferieren.

49 Pabst et al. 2013 und Stadt Wolfsburg 2014

50 Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2013 und Stadt Wolfsburg 2014

51 Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg 2014

52 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014 und Stadt Wolfsburg 2014

Die Ergebnisse der PINTA-Studie deuten auf eine Prävalenz der Internetabhängigkeit von unter 1 % bei den 14 bis 64-Jährigen in Deutschland hin, was aber der Bestätigung durch weitere Studien bedarf. Daher wird auf eine Risikoschätzung für Wolfsburg an dieser Stelle verzichtet.⁵³

Ambulante und stationäre Suchthilfe in Wolfsburg

Ambulante Suchthilfe

Die ambulante Suchthilfe in Wolfsburg setzt sich aus professionellen und ehrenamtlichen Akteuren zusammen und bietet differenzierte Handlungsbereiche.

Suchtberatungsstelle, Jugend- und Drogenberatung – gleich mit mehreren Teams – und Christliche Drogenarbeit haben in ausführlichen Interviews folgende Aspekte erläutert, die teilweise ergänzt wurden über die jeweiligen Jahresberichte 2013:

- Menschenbild und fachliches Selbstverständnis,
- Strukturqualität (Qualifikation und Stundeneinsatz der Mitarbeitenden, Aufbau der Teamarbeit, barrierefreie Ausgestaltung der Räumlichkeiten, Öffnungszeiten und Erreichbarkeit),
- Prozessqualität (Dokumentation der Fall- und Beratungsarbeit, Arbeitsabläufe, Reflektion und Supervision der Teams, erreichte Personen, vorgehaltene Angebote, Vernetzung innerhalb und außerhalb Wolfsburgs),
- Ergebnisqualität (Erreichungsgrad der Zielgruppe, Vermittlungserfolge, Dauer der Beratung und Betreuung, Einbindung der Zielgruppen bei anderen Akteuren, Zielgruppenbefragung, Berichtswesen),
- Überlegungen zur zukünftigen Arbeit.

Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werks – Fachstelle für Sucht und Suchtprävention

Die Suchtberatungsstelle/ Fachstelle für Sucht und Suchtprävention berät und unterstützt seit 1976 Menschen mit Problemen im Bereich Alkohol, Medikamente, Glücksspiel und Nikotin, sowohl Betroffene wie auch Angehörige. Der Schwerpunkt der Beratung ist im abstinenzorientierten Spektrum zu finden. Neben Einzelgesprächen stellen die Gruppenangebote der Ambulanten Rehabilitation ein wichtiges Standbein dar. Die Einrichtung ist suchtpräventiv in Schulen und in der Öffentlichkeit tätig. Spezifische Angebote richten sich an Menschen, die den kontrollierten Umgang mit ihrem Suchtmittel lernen möchten, oder an überwiegend junge Menschen, die unter Suchtmittelmissbrauch straffällig geworden sind.

Über den Träger, Diakonisches Werk Wolfsburg e.V., ist die Einrichtung in ein gut entwickeltes Qualitätsmanagement eingebunden. Dokumentation der Fallarbeit, interner Fachaustausch, externe Supervision, Evaluierung der Ergebnisse und Weiterbildung der multiprofessionellen Mitarbeitenden erfolgen professionell und umsichtig.

Beratungstermine können innerhalb weniger Tage vergeben werden. Alle Beratungsräume der Suchtberatung sind barrierefrei zugänglich.

Die Ratsuchenden sind weitestgehend dem Spektrum der alkoholbezogenen Störung zuzuordnen. Vereinzelt werden auch Menschen mit Glücksspielsucht oder exzessiver Mediennutzung beraten. Die relativ homogene Zusammensetzung der Klientel (in Bezug auf die Suchtform, Alter und Sozial-

⁵³ Rumpf et al. 2011

status) erleichtert die stringente Beratungs- und Vermittlungsarbeit. Für Menschen mit eingeschränkten Sprachkenntnissen ist der Zugang zur Beratung schwierig.

Die Einrichtung berichtet über die zufriedenstellende Kooperation mit vielen anderen Akteuren. Intensivere Zusammenarbeit ist gewünscht mit dem Jobcenter, dem Jugendamt, den psychosozialen Beratungsstellen.

Für die Zukunft sollte der Blick der Suchthilfe in Wolfsburg auf die Sucht im Alter, auf Medienabhängigkeit und auf die Vernetzung der ambulanten psychiatrischen Hilfen gerichtet sein.

Jugend- und Drogenberatung

Die Drogenberatungsstelle hat seit 1982 ein differenziertes Hilfeangebot für Menschen mit Drogen- und Glücksspielproblemen sowie ihre Angehörigen aufgebaut. Der Schwerpunkt der Beratung erfolgt im Einzelgespräch. Gruppen zur Ambulanten Rehabilitation oder zur Wiedererlangung des Führerscheins sind abstinentorientiert, weitere Angebote richten sich an junge Konsumenten von Partydrogen oder Cannabis mit dem Ziel der verbesserten Lebenskompetenz und Risikoabschätzung.

Unter dem Dach der Beratungsstelle arbeiten Teams mit eigenen Arbeitsaufträgen, aber gut vernetzt mit der Beratungsstelle: Sonderbar, Psychosoziale Betreuung Substituierter, Fachstelle für Suchtprävention sowie die Glücksspielberatung.

Die Leitlinie des Trägers sieht ausdrücklich den Einsatz evidenzbasierter Methoden und Ansätze vor und fördert vielseitige Fortbildung der Mitarbeitenden. Die Fallarbeit ist systematisch dokumentiert. Die Teams stehen in regelmäßigem internem Fachaustausch und externer Supervision. Durch die wissenschaftliche Begleitung der Landesprojekte (Psychosoziale Betreuung Substituierter, Fachstelle für Suchtprävention, Glücksspielberatung) sichert die Einrichtung den Zugang zu aktueller wissenschaftlicher Arbeit. Die Klienten werden in Abständen zu den Leistungen der Einrichtung befragt. Es gibt kaum Wartezeiten, die Räume sind teilweise barrierefrei erreichbar.

Die Ratsuchenden sind weitgehend der Cannabis- und der Abhängigkeit von harten Drogen zuzuordnen. Zusätzlich finden kleinere Gruppen von Abhängigen anderer Suchtformen den Weg in die Drogenhilfe. Nicht gut erreicht werden Kokainkonsumenten.

Insgesamt ist das Spektrum der Ratsuchenden recht heterogen mit Blick auf das Alter, den Sozialstatus und auf die Suchtform. Die Klientel ist zu einem hohen Maß bei anderen Institutionen in Betreuung, der Beratungs- und Unterstützungsprozess wird dadurch aufwändiger.

Die Einrichtung kooperiert mit vielen anderen Akteuren. Intensivere Zusammenarbeit ist gewünscht mit dem Jobcenter, dem Geschäftsbereich Jugend und der Selbsthilfe.

Für die Zukunft sollte der Blick der Suchthilfe in Wolfsburg auf bessere Zugänge zu Cannabis- und Kokainkonsumierende, auf die niederschwellige Betreuung für mehrfach geschädigte Drogenabhängige und auf die Sicherung der Landesprojekte nach Ende des Förderzeitraums gerichtet sein.

Psychosoziale Betreuung Substituierter

Das Team betreut seit 1992 substituierte Drogenabhängige. Es handelt sich um einen längerfristigen Prozess der körperlichen und sozialen Stabilisierung in Teilschritten (Gesundheitliche Verbesserung, Klären von Wohnen und Finanzen, Integration in Familie und Arbeit), der auf den Ausstieg aus Drogenkonsum und -milieu zielt.

Die Einrichtung ist in die qualitätssichernden Strukturen der Drogenberatung einbezogen (Dokumentation, Fallarbeit, Weiterbildung).

Das Team arbeitet sowohl in der Drogenberatung als auch aufsuchend in Szenenähe. Darüber sind sowohl bereits gut integrierte Betreute als auch weiterhin szenenah lebende gut für die Betreuung ansprechbar.

Die Einrichtung arbeitet gut vernetzt in Wolfsburg und überregional. Gewünscht ist mehr Kooperation mit den örtlichen Erziehungshilfen und mit den substituierenden Praxen.

Für die Zukunft sollte in Wolfsburg ein Substitutionsmodell eingeführt werden, das Substitution und psychosoziale Betreuung unter einem Dach vereint. Es sollte an Angebote für substituierte Frauen und ihre Kinder und an Versorgung für ältere Substituierte gedacht werden.

Glücksspielberatung

Das Präventionsteam Glücksspielsucht arbeitet unter dem Dach der Jugend- und Drogenberatung seit 2009. Die Projektförderung erfolgt über die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Ziele für die Beratungsarbeit sind die psychische Stabilisierung, der Ausstieg aus dem Glücksspiel und begleitend der (Wieder-)Aufbau der eigenen Existenz. Darüber hinaus geht es um den Aufbau öffentlichkeitswirksamer Strukturen.

Die Einrichtung ist in die qualitätssichernden Strukturen der Drogenberatung einbezogen (Dokumentation, Fallarbeit, Weiterbildung). Die Jahresplanung erfolgt in Abstimmung mit den Zielen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen.

Nicht gut erreicht werden riskant spielende junge Menschen und Spielsüchtige aus anderen Kulturen.

Die Beratung wünscht sich mehr Austausch mit Jugendamt, Jobcenter und Schulen.

Für die Zukunft sollte es in Wolfsburg mehr Sensibilisierung der Öffentlichkeit über das Problem Glücksspielsucht geben und damit einhergehend mehr Multiplikatorenschulung in Schulen, Vereinen und Betrieben. Es besteht der Wunsch an die Politik, weniger Standorte für Spielstätten zuzulassen.

Sonderbar

Die Sonderbar bietet seit 1999 einen niederschwellig konzipierten Kontakt- und Betreuungsort für Drogenabhängige der Offenen Szene. Sie stimmt ihre Öffnungszeiten mit der Christlichen Drogenarbeit ab, so dass ein großer Teil der Wochentage und anteilig das Wochenende geöffnet ist.

Akzeptierende Haltung zu Suchtverhalten und Methoden der Harm-Reduction (Spritzentausch, Safer-Use-Beratung) sind Grundlage der Arbeit. Die Einrichtung ist in die qualitätssichernden Strukturen der Drogenberatung einbezogen (Dokumentation, Fallarbeit, Weiterbildung). Es gibt muttersprachliche Kompetenz im Team (Russisch und Polnisch). Die Klientel setzt sich aus chronisch Drogenabhängigen zusammen, die zu einem großen Anteil substituiert sind. Hier zeigt sich ein positiver Effekt der Präsenz eines Mitarbeiters der Psychosozialen Betreuung Substituierter in der Sonderbar. Die Einrichtung verfügt über langjährige Kontakte zu den Betroffenen, die parallel in Betreuungsprozesse bei anderen Akteuren (Beratungsstellen, Jobcenter, Bewährungshilfe) eingebunden sind.

Wenig erreicht werden Menschen mit Hauptdroge Alkohol und gelegentlichem Drogenmissbrauch. Für die Zukunft sollte der Blick der Suchthilfe in Wolfsburg auf Hilfsangebote für ältere Drogenabhängige (60plus) im Bereich Wohnen und Alltagsstruktur, Arbeitsprojekte für szenenah Personen, Mittel für eine zweite Personalstelle gerichtet sein.

Christliche Drogenarbeit Wolfsburg

Die Christliche Drogenarbeit ist seit 1993 aus ehrenamtlichen Engagement hervorgegangen. Sie bietet niederschwellige Versorgung für randständige und langjährig mehrfach geschädigte Sucht-

mittelabhängige, die szenenah leben. Die Öffnungszeiten sind mit der Sonderbar abgestimmt, damit Klienten möglichst viel Betreuungskapazität in Anspruch nehmen können.

Es geht um die Motivation und Begleitung der Abhängigen zu drogenfreiem Leben sowie um eine Neuorientierung durch den christlichen Glauben. Safer-Use-Arbeit ist nicht umgesetzt.

Im Team sprechen mehrere Menschen Russisch, erreicht werden darüber viele russisch-stämmige Betroffene und ihre Familien. Beachtlich ist die Aktivierung von ehrenamtlichen Helfern. Über das Netzwerk der christlichen Lebenshilfen erfolgt auch der Großteil der Fortbildung.

Insgesamt gesehen ist die Klientel der christlichen Drogenarbeit hoch heterogen in Bezug auf die Suchtformen und langjährig sozial desintegriert. Die Einrichtung setzt sich engagiert für Belange der Betroffenen ein, die (telefonische) Erreichbarkeit ist bis in die Abendstunden ausgedehnt. Versorgungsangebote wie Essen und Trinken sind kostenfrei. Die Räumlichkeiten sind barrierefrei erreichbar.

In Bezug auf ihre fachliche Ausrichtung steht die Einrichtung an der Grenze zwischen Profession und Ehrenamt. In ihrer Arbeitsweise fehlen Spezifika der niederschweligen Drogenhilfe. Das fachliche Profil ist daher unklar.

Die Einrichtung wünscht mehr Wissen über Eingliederungshilfen und fallbezogenen Fachaustausch mit den anderen Akteuren der ambulanten Suchtarbeit.

Für die Zukunft sollte in Wolfsburg das Netzwerk der Christlichen Lebenshilfen bekannter werden, das u. a. niederschwellige Arbeitsprojekte für randständige Suchtkranke bietet. Angeregt werden ein Monitoring zu neuen synthetischen Drogen und ein Intervisionszirkel für Wolfsburg und die Region. Suchtkoordination bei der Stadt könnte Änderungswünsche und geänderte Bedarfe moderieren.

Selbsthilfegruppen in Wolfsburg

Für den Bericht konnten Sprecher fast aller Selbsthilfegruppen erreicht und für die Mitwirkung gewonnen werden. Folgende Fragestellungen wurden beantwortet:

- Anzahl, Alter und Geschlecht der Gruppenmitglieder,
- Anteil der Gruppenmitglieder unter 25 Jahren,
- Erreichte Personengruppen,
- Öffnungszeiten der Begegnungsstätten und Gruppenangebote,
- Kooperation innerhalb der Suchthilfe.
- Entwicklungsideen für die Zukunft

Die ehrenamtliche Selbsthilfe hält in Wolfsburg seit 1964 ein zunehmend intensiveres Netz von – teilweise täglich geöffneten – Begegnungsstätten mit Beratungsangeboten sowie Gruppensitzungen an jedem Tag der Woche vor. Angesprochen werden Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen, Spielsucht sowie deren Angehörige in allen Stadtteilen. Ein Selbsthilfeangebot richtet sich explizit an Glückspiel-Abhängige, eine Gruppe setzt sich aus Eltern von Drogenabhängigen zusammen. Lediglich in einer Gruppe sind auch Abhängige illegaler Drogen angesprochen.

Der Hauptteil der Mitglieder ist im Alterssegment über 50 Jahren zu finden, es gibt nur vereinzelt Mitglieder unter 25 Jahren. Etwa 40 % der Mitglieder sind weiblich, was auf einen hohen Anteil von Angehörigen hindeutet.

Nicht bzw. schlecht erreicht werden in der Selbsteinschätzung der Gruppen Jugendliche, Migranten, sozial stark randständige Menschen und auch Menschen mit besonderen Lebensentwürfen (gleichgeschlechtliche Paare).

Die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren wird überwiegend positiv erlebt. Jedoch haben Änderungen im System der Suchthilfe auch Folgen für die Selbsthilfe: Die Selbsthilfe hatte zunächst eine weitgehend unangefochtene Position im Bereich der langjährigen Nachsorge inne. Der Ausbau der betrieblichen Sozialarbeit, aber vermutlich auch die Nachsorgestrukturen der Rentenversicherungsträger, gehen teilweise zu Lasten der Selbsthilfe. Aktuell konstatieren viele Gruppen in Wolfsburg Nachwuchsmangel.

Im Bereich der Mitgliederakquise besteht deutlicher Veränderungsbedarf, wobei sich die Gruppen auf mehr Vielfalt (mit Blick auf Herkunft, Kultur, Suchtformen, Lebensentwurf) vorbereiten müssten.

Weitere Akteure

Begleitend sind niedergelassene Ärzte, (sozial-)psychiatrische Hilfen, Wohnheime sowie unterschiedliche kommunale Akteure (Geschäftsbereich Jugend, Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit, Jobcenter) in der Betreuung und Versorgung von suchtbetroffenen Menschen engagiert. Diese Hilfen sind nicht im Fokus dieser Übersicht und werden daher in ihrem spezifischen Beitrag nicht näher betrachtet.

Arbeitsmerkmale in der professionellen ambulanten Suchthilfe

Beratungsstellen und niederschwellige Drogenhilfen setzen an unterschiedlichen Stellen der Suchtstörungen an und erreichen darüber auch unterschiedliche Zielgruppen. Beratungsstellen setzen auf ein bestimmtes Maß der Eigenständigkeit und Strukturiertheit der Klientel bei der Prozessgestaltung und Betreuungsplanung. Eine konkrete Fragestellung kann unter Einsatz der individuellen Ressourcen zielorientiert bearbeitet werden. Im günstigen Fall greift die Unterstützung innerhalb einer überschaubaren Zeit und der Beratungsverlauf wird zu dem vereinbarten Abschluss gebracht. Diese Beratungsfolie passt bei noch gut sozial integrierter Klientel, die sich für abstinenzgerichtete Entwicklungsschritte interessiert und die Kompetenz der Berater für die „Wegeplanung“ gezielt nutzt. Die meisten Ratsuchenden der Suchtberatung und ein Anteil der Drogenklientel profitierten von diesem Ansatz. Wenn die Klientel jedoch langjährig randständig lebt und unter den milieutypischen bio-psycho-sozialen Folgen leidet, wird der Akzent der Betreuung und Versorgung stärker betont. Dazu gehört eine Zielhierarchie, die bei Hilfen zum Überleben im Alltag ansetzt und Konzepte der substanzakzeptierenden Arbeit umsetzt.

Methoden der Harm-Reduction reichen von Safer-Use-Beratung und Spritzentausch bis zur Anleitung zu möglichst wenig schädlichem Substanzkonsum. Diese Zielgruppe findet in der niederschwellig arbeitenden Drogenhilfe (Sonderbar, Christliche Drogenarbeit, psychosoziale Betreuung Substituierter) ihren Halt. Von dem Angebot profitieren auch chronisch mehrfach belastete Suchtkranke (Doppeldiagnose Sucht und Psychose) und nicht wenige Alkoholabhängige, deren Lebensmittelpunkt sich in der Offenen Drogenszene abspielt.

Soziodemographische Daten

Die Dokumentation von Suchtberatung, Drogenberatung, Sonderbar und Christlicher Drogenarbeit weist auf deutlich zu unterscheidende Gruppen in Bezug auf Alter, Sozialstatus, Vermittlungsraten und Verlaufsdauer hin.

Alter der Klientel in Beratung und Betreuung	Alter bis 29 Jahre	30 bis 50 Jahre	Über 50 Jahre
Suchtberatungsstelle	18,9%	45%	36,1%
Drogenberatung, Sonderbar, Psychosoziale Betreuung Substituierter	34,5%	56,1%	9,4%
Christliche Drogenarbeit	ca. 20%	ca. 58%	ca. 22%

Der Unterstützungsbedarf der unterschiedlichen Zielgruppen lässt sich über die Rate der Leistungsbeziehenden nach SGB II sowie der unter Bewährung stehenden Personen abbilden.

Teilhabebehmnisse der Klientel in Beratung und Betreuung	Bezug von Leistungen nach SGB II	Bewährungshilfe, Auflagen
Suchtberatungsstelle	12%	16%
Drogenberatungsstelle	30%	22%
Sonderbar, christliche Drogenarbeit	70%	40%

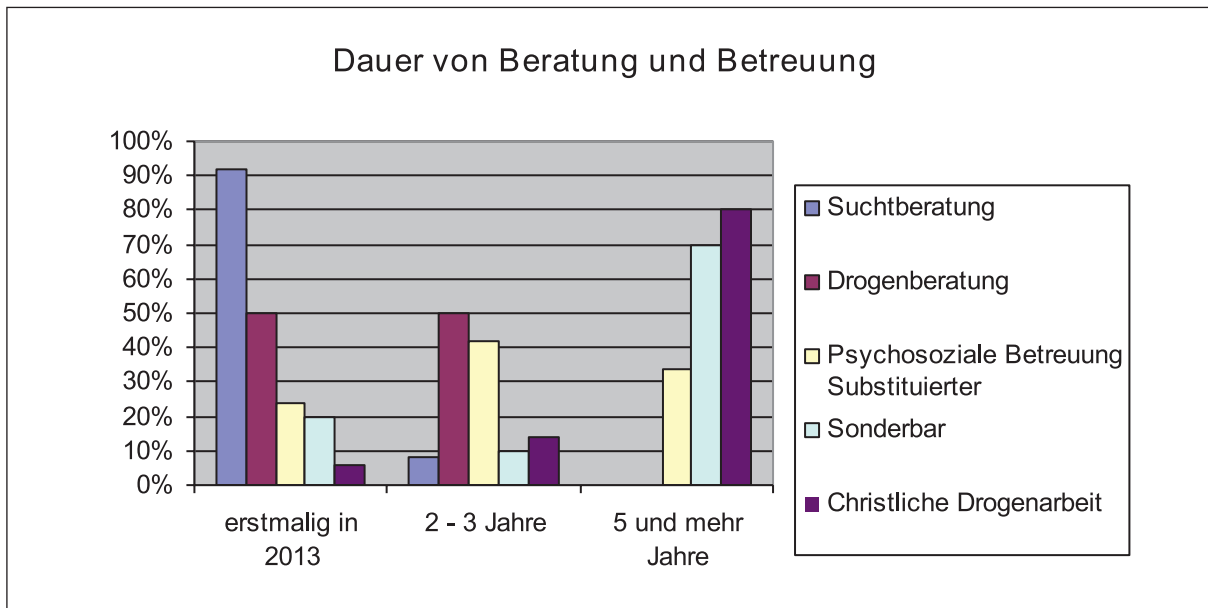
Die Suchtberatungsstelle kann einen beträchtlichen Anteil der – überwiegend gut sozial integrierten – Ratsuchenden zur Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung motivieren, die nach Wunsch auch ambulant durchgeführt wird.

Wir haben es in der Drogenhilfe hingegen mit einer Klientel zu tun, die jünger ist, in einem beträchtlichen Ausmaß von staatlichen Transferleistungen abhängig ist und häufiger unter Legalbewährung steht. Stabilisierung der Lebensführung und Ausstiegsprozesse gehen weniger stringent und in langsameren Schritten vor sich.

Vermittlung der Klientel	in Entzugsbehandlung	in Entwöhnungsbehandlung
Suchtberatungsstelle	17%	25%
Drogenberatungsstelle, Sonderbar, Christliche Drogenarbeit	18%	14%

Dauer von Beratung und Betreuung

Die unterschiedlichen Anforderungen der Zielgruppen korrespondieren mit der Dauer der Beratungs- bzw. Betreuungsverläufe. Der Betreuungsansatz von Suchtberatung und Drogenberatung ist auf kurz- bis mittelfristige (Ausstiegs-)Prozesse gerichtet. Sonderbar, Christliche Drogenarbeit und die Psychosoziale Betreuung Substituierter setzen auf langfristige Betreuung und Suchtbegleitung.



Stationäre Suchtkrankenhilfe

Die stationäre Suchtkrankenhilfe in Wolfsburg hat zwei große Akteure:

In der Kinderklinik des städtischen Klinikums werden Jugendliche behandelt, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation eingeliefert werden.

Das AWO-Psychiatriezentrum Königslutter ist die zentrale Anlaufstelle für Wolfsburg im Zusammenhang mit stationär zu behandelnden Suchtproblemen.

In den Befragungen der beiden stationären Träger ging es um folgende Themen:

- Welche Personengruppen mit Suchtproblemen werden erreicht?
- Welche Personengruppen müssten auf anderen Wegen erreicht werden?
- Wie sieht die Vernetzung mit der ambulanten Suchthilfe aus?
- Welche Zukunftsvorstellungen für die Weiterentwicklung der Wolfsburger Suchtkrankenhilfe gibt es?

Kinderklinik des Klinikums Wolfsburg

Die Kinderklinik nimmt akut alkoholintoxikierte Jugendliche bis zu 18 Jahren auf. In Einzelfällen werden Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten oder Ess-Störungen in der Psychosomatischen Abteilung behandelt.

Jährlich werden 10 Neugeborene mit Entzugserscheinungen behandelt, deren Mütter in der Substitution stehen. Hier erfolgt eine enge Abstimmung mit dem Jugendamt und der Drogenberatung.

Etwa 20 Jugendliche pro Jahr werden aufgrund akuter Alkoholvergiftung aufgenommen. Der Aufenthalt auf Station ist sehr kurz: die Aufnahme erfolgt anlassbezogen Freitag- oder Samstagabend, am Folgetag steht dann oft schon die Entlassung an. Das lässt tiefer gehende Gespräche des Klinikpersonals mit dem Jugendlichen und der Familie kaum zu, auch die ambulante Suchthilfe ist in der Regel nicht so schnell erreichbar. Den Familien wird jedoch die professionelle Jugend- oder Suchthilfe dringend empfohlen.

Deutlich zeigt sich die große Bedeutung der Peer-Group, wenn es um Alkoholtrinken oder Rauchen geht. Hier könnten aufsuchende Angebote der Sozialarbeit präventiv hilfreich sein.

Nach Beobachtungen der Klinik hat es in den letzten Jahren keine Steigerung der alkoholbedingten Aufnahmen von jungen Menschen gegeben.

Die Kinderklinik ist gut vernetzt mit Akteuren aus der Jugendhilfe (Jugendamt, AWO Familienberatungsstelle, Erziehungsberatung).

Als Zielgruppe mit besonderem Hilfebedarf wird auf bildungsbenachteiligte junge Erwachsene verwiesen, die aus dem System von Schule und Ausbildung herausgewachsen oder -gefallen sind und sich als wenig selbstwirksam erleben. Für diese Gruppe müssten (nicht nur in Krisenmomenten) spezifische Arbeits- und Betreuungskonzepte entwickelt werden.

AWO Psychiatriezentrum Königslutter

Das AWO Psychiatriezentrum ist die Wolfsburger Anlaufstelle für stationär zu behandelnde Suchtformen. Mit über 700 Behandlungen im Jahr 2013 ist die Klinik ein gewichtiger Partner für die ambulante Suchthilfe. Unter dem Dach des AWO Psychiatriezentrums finden sich die Tagesklinik für Kinder und Jugendliche sowie die ambulante Entzugsbehandlung, beide angesiedelt in Wolfsburg.

Im Erwachsenenbereich werden überwiegend Entzugsbehandlungen durchgeführt, in wenigen Fällen wird auch eine mittelfristige Entwöhnungstherapie angeboten. Die „klassische“ stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt in speziellen Fachkliniken.

Jugendliche ab 12 Jahren werden wegen Alkohol, Cannabinoiden, psychotropen Substanzen und Essstörungen aufgenommen. Zu den Eltern wird immer der Kontakt gesucht. Die Zahl der Jugendlichen ist in den letzten Jahren konstant geblieben, jedoch ist eine Steigerung der Aufnahmen im Segment der jungen Erwachsenen bis 25 Jahren zu verzeichnen.

Mit der Jugendhilfe, der ambulanten Suchthilfe sowie den Eingliederungshilfen bestehen regelmäßige Arbeitstreffen und Hilfeplanungen für den Einzelfall.

Die Klinik sieht sich in einer Schlüsselstelle zwischen ambulanten Hilfen, Entwöhnungsbehandlung oder Heimunterbringung. Bei komorbiden Problemen aus dem psychiatrischen Bereich wird innerhalb der Klinik nach einer passenden Behandlung gesucht.

Auf Initiative des AWO Psychiatriezentrums soll das Angebot der ambulanten Entzugsbehandlung in Wolfsburg ausgebaut werden. Ambulanter Entzug eignet sich sehr gut für Menschen mit stabilem Sozialgefüge, die somit zumindest anteilig ihren Verpflichtungen in Familie und Beruf weiter nachgehen können. Ein weiteres Projekt für die Zukunft wäre eine Tagesklinik für Suchtkranke in Wolfsburg, die sich gut in die ambulante psychiatrische Versorgung einbauen ließe.

Profil der Suchtbelastung in Wolfsburg

Die suchtbetragene Belastung der Wolfsburger Bevölkerung ist anhand der DSM-IV-Kriterien für das Jahr 2013 in Wolfsburg errechnet worden und liegt hier zusammengefasst vor. Zur Bewertung der Tabelle ist zu bedenken, dass viele Alkohol- oder Cannabisabhängige auch starke Raucher sind. Ebenso fällt ein beträchtlicher Teil der Abhängigen von harten Drogen durch begleitenden Medikamenten- und Alkoholmissbrauch auf. Von einer suchtmittelübergreifenden „Addition“ der Fallzahlen wird daher abgeraten.

Suchtmittel bzw. Suchtverhalten	Hochriskant konsumierende Jugendliche von 12 bis 17 Jahren	Hochriskant konsumierende junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahren	Abhängig konsumierende Erwachsene von 26 bis 64 Jahren
Alkohol	238	1.446	2.037
Tabak	147	2.389	7.099
Medikamente			4.309
Cannabis	51	370	328
„Harte Drogen“ (Opiate, Kokain, Amphetamin)		44	500
Pathologisches Glücksspiel			632 (16 bis 64 Jahre)
Exzessive Internetnutzung			nicht erhoben

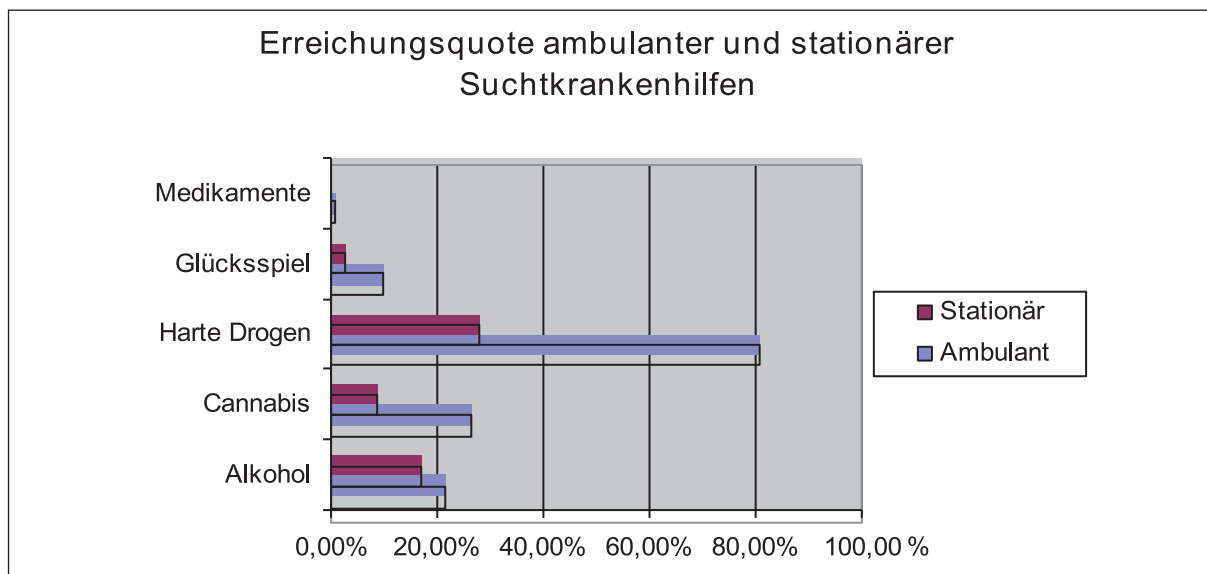
Erreichungsgrad der ambulanten und stationären Suchthilfe in Wolfsburg

Für die Einschätzung, wie gut die Rat- und Hilfesuchenden von den sozialen Einrichtungen erreicht werden, benötigt man zum einen die einrichtungsübergreifende Fallzahl pro Suchtform. Darüber wird die Relation zur Gesamtgruppe für Wolfsburg berechnet.

Die folgende Darstellung bezieht sich auf die Angaben der professionellen wie auch der ehrenamtlichen Hilfsstrukturen.

Bei der Bewertung gilt es zu bedenken, dass die Diagnose einer Suchtstörung nicht immer zeitnah mit einem Änderungswunsch des Betroffenen einhergeht. Entsprechend dauert es teilweise Jahre, bis die Bereitschaft zur Annahme der fremden Hilfen aufgebaut ist. Die Erreichungsquote wird daher immer deutlich unter der Gesamtzahl der Suchtbetroffenen liegen.

Die folgende Tabelle zeigt die Quote der erreichten Personen pro Suchtform in Prozent zum errechneten Gesamtumfang.



Quellen: Jahresberichte 2013 der Suchtberatungsstelle, Jugend- und Drogenberatung, Christliche Drogenarbeit, Angaben aus AWO Psychiatriezentrum und Kinderklinik des Klinikum Wolfsburg, Angaben aus der Selbsthilfe, eigene Berechnungen

Alkohol

Erreicht werden 378 Alkoholbetroffene über die professionellen ambulanten Hilfen und mindestens weitere 370 Betroffene über die Selbsthilfe. Da es neben diesem kommunal unterstützten Hilfesystem noch weitere Akteure (Betriebliche Sozialarbeit) gibt, kann hier eine sehr gute Erreichungsquote konstatiert werden.

In 584 Fällen erfolgte eine stationäre Behandlung (AWO Psychiatriezentrum, Kinderklinik Wolfsburg).

Die Zugänge in die Kliniken sind vielfältig: Oft wird die Vermittlung in den Entzug im Verlaufe eines Beratungsprozesses nötig und über den Hausarzt veranlasst. Ein – vermutlich älterer – Teil der Alkoholabhängigen steht nicht (mehr) in der Betreuung der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Hier steht beim Hausarzt die Stabilisierung des Allgemeinbefindens im Fokus. Je nach aktueller Verschlechterung bedeutet dies einen (erneuten) Entzug oder die vorgeschaltete Behandlung auf einer internistischen Station. Die Abstimmung zwischen der abgebenden und der aufnehmenden Klinik muss in jedem Einzelfall geklärt werden.

Bei den 124 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit akuter Alkoholvergiftung erfolgt die Einweisung oft über den Notarzt oder die Polizei. Die ambulante Suchthilfe ist (noch) nicht einbezogen, weil im Vorfeld für die Familien kein Beratungsbedarf zu erkennen war. Für einen Teil dieser Gruppe (junge Menschen ohne stabilisierende Strukturen) sollten geeignete Zugänge ins Hilfesystem entwickelt werden.

Tabak

Die starken Raucher stellen rein quantitativ gesehen die größte Problemgruppe dar. Obwohl diese Thematik auch zum Portfolio der Beratungsarbeit gehört, ist in 2013 keine Anfrage wegen Nikotin als Hauptdiagnose bei der Beratungsstelle dokumentiert. Entsprechend sind keine Angebote hinterlegt. Es ist zu hinterfragen, ob dieses Feld nicht mehr „beworben“ werden könnte.

Medikamente

34 Menschen mit problematischem Medikamentengebrauch haben sich an die ambulante Suchthilfe gewendet, 22 Personen sind stationär deswegen behandelt worden. Wie viele Medikamentenabhängige sich in der Selbsthilfe engagieren, ist nicht bekannt. Hier gilt es noch bessere Zugänge zu entwickeln und die Beratungsarbeit zielgruppenspezifisch aufzustellen. Es sollten insbesondere für den Seniorenbereich auch Angebote für die betreuenden Familienangehörigen und Multiplikatoren berücksichtigt werden.

Cannabis

Erreicht werden 185 Cannabiskonsumierende in ambulanten Hilfen. 61 Cannabisabhängige – darunter 26 junge Konsumenten bis 25 Jahren – sind stationär aufgenommen worden.

Die Zahl der Beratungs- und Behandlungsfälle mit Cannabismissbrauch konnte in den letzten Jahren überzeugend gesteigert werden.

Harte Drogen

Bezogen auf die Gruppe der problematisch konsumierenden Drogenabhängigen (Heroin, Kokain, Amphetamin) sind insgesamt 403 Personen über die ambulante Drogenhilfe erreicht worden, in 139 Fällen war eine stationäre Entzugsbehandlung indiziert. Die Erreichungsquote ist sehr gut.

Insbesondere bei der Gruppe der problematischen Drogenkonsumenten der Offenen Szene kann auf eine langjährige Kontakt- und Betreuungsarbeit verwiesen werden. Das vorrangige Ziel der akzeptierenden Drogenhilfe, das Überleben der Betroffenen zu sichern und schadensminimierend zu wirken, ist erfolgreich umgesetzt. Darüber hinaus fehlt aber ein Konzept für niederschwellig konzipierte Beschäftigungs- und Wohnmöglichkeiten, insbesondere für die mittlerweile große Gruppe älterer Drogenkonsumenten.

Glücksspiel

61 Menschen mit problematischem Glücksspielverhalten nutzen die ambulante Beratung für Spielsüchtige. 17 abhängige Spieler sind zusätzlich stationär behandelt worden. Das Projekt Glücksspielberatung ist in Wolfsburg ein noch recht junger Ableger im Spektrum ambulanter Hilfen. Hier stehen Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit noch in den Anfängen. Zielgruppenspezifische Angebote für Risikogruppen sind zu entwickeln (z. B. Migration). Die Nachfrage im Bereich Glücksspiel dürfte mit verstärkter Öffentlichkeitswirkung ansteigen.

Exzessive Internetnutzung

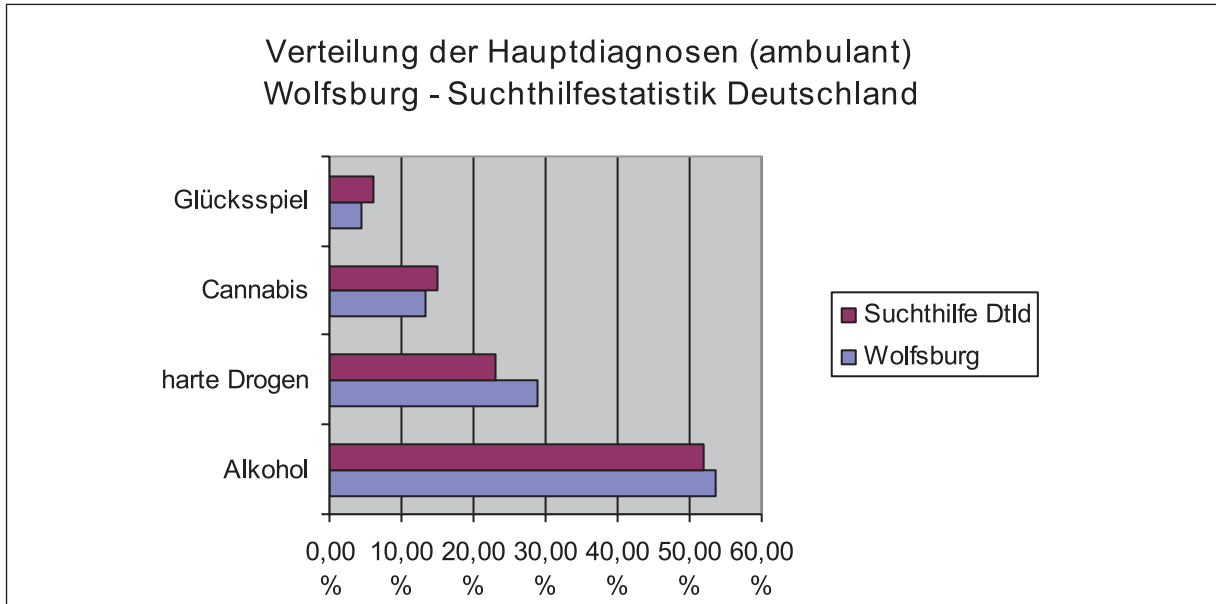
Ratsuchende mit problematischer Internetnutzung sind vereinzelt in den Suchtberatungsstellen, aber gleichermaßen bei Akteuren anderer Träger zu finden. Die Interventionen sind im Spektrum zwischen Prävention und Beratung angesiedelt, wenden sich an Betroffene wie auch Familien. Gemeinsame Standards sind in der Entwicklung.

Wolfsburger Suchthilfe im bundesweiten Vergleich

Die Suchthilfestatistik Deutschland berichtet jährlich über die Betreuung und Behandlung von Suchtkranken. Sie stützt sich auf die Daten von über 800 ambulanten und 200 stationären Einrichtungen. Bezugspunkt ist jeweils die primäre Betreuungs- oder Behandlungsdiagnose und ihr Anteil am gesamten Fallaufkommen.

Die folgende Grafik vergleicht die Ergebnisse der ambulanten Suchtarbeit in Wolfsburg mit den aggregierten Daten der Suchthilfestatistik Deutschland 2013. Darüber lässt sich verdeutlichen, ob

eine Region durch eine ungewöhnliche Häufung von bestimmten Problemfällen belastet ist oder – im umgekehrten Fall – eine bestimmte Konsumentengruppe nicht ausreichend versorgt ist. Wie zu sehen ist, sind die Anteile der betreuten Zielgruppen ähnlich verteilt.



Quellen: Auskünfte und Jahresberichte der Wolfsburger Suchthilfe 2014 und Brand et al. 2014

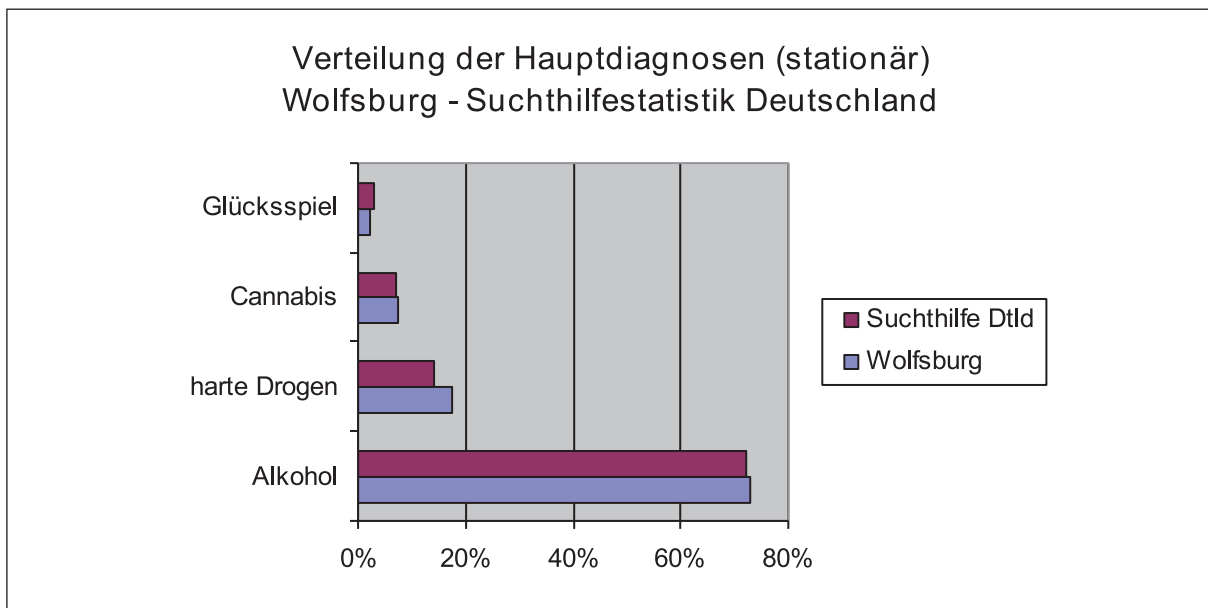
Eine Besonderheit in Wolfsburg ist eine leicht erhöhte Erreichungsquote im Bereich der harten Drogen auf (Differenz: 5,8%). Überwiegend geht es um Opiatabhängige, denn Kokain- oder Amphetaminkonsumenten finden generell viel seltener den Weg in das Hilfesystem.

Es können zwei Gründe für die höhere Betreuungsquote ausgemacht werden: zum einen hat die Stadt Wolfsburg mit den beiden niederschweligen Einrichtungen Sonderbar und Christlicher Drogenarbeit einen erfolgreichen Weg im Umgang mit der Offenen Drogenszene gefunden. Zum zweiten verfügt Wolfsburg über eine gut ausgebaute Substitution der chronisch Drogenabhängigen. Da die substituierten Personen meist viele Jahre in die psychosoziale Betreuung der Drogenberatung eingebunden sind, verbleiben sie dementsprechend lange im Dokumentationssystem der Drogenhilfe.

Medikamentenbelastete Personen stellen auch im bundesweiten Kontext der Suchthilfestatistik Deutschland eine statistisch wenig beachtete Zielgruppe dar. Der exzessive Internetgebrauch wird aufgrund der nicht geklärten diagnostischen Zuordnung nicht aufgeführt.

Das AWO Psychiatriezentrum hat 2013 insgesamt 723 Behandlungen im Bereich der stoffgebundenen Suchtformen sowie des pathologischen Glücksspiels durchgeführt.

Die Kinderklinik hat 20 Jugendliche mit Alkoholintoxikation behandelt. Die folgende Grafik vergleicht die prozentualen Häufigkeiten nach Hauptdiagnosen. Die Verteilung auf die unterschiedlichen Suchtformen in Wolfsburg deckt sich weitgehend mit den bundesweit aggregierten Daten der stationären Suchtkrankenbehandlung.



Quellen: AWO Psychiatriezentrum Königslutter: Suchtbehandlungen 2013.

Städtisches Klinikum Wolfsburg – Kinderklinik: Suchtbehandlung bei Jugendlichen 2013

Brand et al. 2014

Evidenzbasierte Suchtprävention

Beratung und Behandlung von suchtbezogenen Fragestellungen sind eindeutig der Suchtkrankenhilfe und somit dem Gesundheitswesen zugeordnet. Entsprechend sind die Akteure ausgebildet und tätig. Auch die Selbsthilfe sieht sich einem medizinisch orientierten Krankheitsbild der Abhängigkeit verpflichtet. Im Unterschied dazu hat Suchtprävention einen weniger eindeutig umrissenen Auftrag, der sich mittlerweile eher im Querschnitt allgemeiner Bildungsinhalte (Gesundheitshandeln und Förderung der Persönlichkeit) bewegt.

Akteure der Suchtprävention

Für den Schutz vor süchtigen Verhaltensweisen sind Akteure und Vernetzungspartner auf sehr unterschiedlichen Ebenen und Systemkreisen verantwortlich. Die folgende Aufzählung ist sicherlich noch zu erweitern.

Kommunale Ebene:

Präventives Handeln zum Schutz vor Gefahren und zum Hinwirken auf entwicklungsförderliche Lebensverhältnisse für junge Menschen gehört zu den Pflichtaufgaben der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII. Hier sind Jugendpolitik, Jugendamt und die freien Träger entscheidende Akteure. Angebote der Suchtprävention sind in der Regel bei der Jugendhilfe zu finden, jedoch sind Schnittstellen bewusst zu gestalten und zu pflegen. Eine aktuelle Studie in der stationären Jugendhilfe zeigt „Berührungsgänge“ auf, die vernetztes Handeln deutlich erschweren.⁵⁴

Krankenkassen:

Gemäß § 20 SGB V beteiligen sich gesetzliche Krankenkassen an den Leistungen der primären Prävention. Ziele sind die Förderung von Gesundheitswissen und –handeln sowie die Befähigung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln. Je nach aktueller Interessenlage der

Krankenkasse ergeben sich Kooperationsfelder mit der Suchthilfe, hier auch im Spektrum ehrenamtlicher Strukturen.

Gesundheitsberufe:

Da ein großer Teil der Bevölkerung regelmäßig von Ärzten erreicht wird und riskante Lebensführungen oft erstmalig beim Arzttermin erkannt und besprochen werden, könnten sich präventive Zugänge zu betroffenen Personen anbahnen lassen. Die Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Versorgungssystem und den Akteuren der Suchtprävention ist wenig systematisiert.

Bildungseinrichtungen:

Gesundheitsförderung ist in Kindertagesstätten gut verankert und über bewusste Ernährung, Bewegungsförderung und Elternarbeit realisiert. Es gibt für alle Schulstufen Unterrichtsmaterialien und Medienpakete zur Suchtprävention. Programme wie „Tom und Lisa“ oder „Lions Quest“ sind erfolgreich evaluiert und flächendeckend einsetzbar. Jedoch ist die konkrete Ausgestaltung der schulischen Suchtprävention letztlich in die Verantwortung der jeweiligen Schule gestellt.

Vereine, Verbände und Betriebe:

Der Sport – und meist gleichbedeutend mit der Mitgliedschaft in einem Verein – ist für einen Großteil der Jugendlichen zumindest zeitweilig von großer Bedeutung. Sportvereine sind wichtige Partner in der Prävention. Außerdem bietet der Sport eine gute Grundlage, um die Botschaft „Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe“ medienwirksam zu verbreiten.

Die Jugendverbände verfügen über speziell für den Freizeitbereich entwickelte Materialien, bei denen es um den Umgang mit konsumierenden Peers, Fragen zu Punktnüchternheit und um die Reflektion eigenen Drogenkonsums geht. Präventionsteams der Polizei sind sowohl in Schulen als auch in informellen Treffpunkten von Jugendlichen aktiv.

Mittlere und große Betriebe verfügen über interne Sozialberatungen, die (sucht)präventive Angebote (Raucher-Entwöhnung, Gesprächsgruppen) vorhalten. Darüber werden sowohl suchtgefährdete als auch abstinent lebende Beschäftigte im Nachsorgebereich betreut und stabilisiert. Dieses Segment der Suchthilfe hat sich parallel zu den (kommunal geförderten) Beratungsangeboten und zur freien Selbsthilfe etabliert. Die Zusammenarbeit mit Fachkräften der Suchtprävention wird insbesondere für Ausbildungsbetriebe als wirkungsvoll beschrieben.

Institutionen wie das kommunale Jobcenter, die Menschen mit suchtbefindlichen Teilhabehindernissen zu ihrer Klientel zählen, haben die Zusammenarbeit mit der (präventiven) Suchthilfe vertraglich vereinbart.

Exkurs „Risikobereitschaft bei Jugendlichen“

Suchtprävention hat sich lange Zeit an den Vorgaben des medizinischen Krankheitsmodells orientiert, was sich in den 70er Jahren in dem Paradigma der Abstinenz und der Abschreckungsszenarien („Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“) spiegelte. Von den drastischen Beispielen war die Lebenswirklichkeit der meisten Jugendlichen und Eltern allerdings weit entfernt. Im Gegenteil wirkten gerade sehr risikobereite Jugendliche nicht abgeschreckt, sondern eher neugierig auf die Herausforderung. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit dieser Paradigmen haben zur gravierenden Überarbeitung der Konzepte geführt.

In den 80/90er Jahren bestand die Kernannahme darin, in Programmen wie „Kinder stark machen“ die kindliche Persönlichkeit zu fördern und darüber die „bösen Drogen“ überflüssig zu machen.

Diese sehr allgemeinen Botschaften enthielten zu wenig konkrete Handlungsanleitungen, insbesondere das stark vereinfachte Ursache-Wirkungs-Modell zur Sucht wirkte kaum nachhaltig. Bereits konsumierende Jugendliche wurden nicht mehr erreicht.⁵⁵

Auf die Frage, warum diese Botschaften gerade bei den risikofreudigen und damit potentiell gefährdeten Jugendlichen nicht ankommen, können Befunde zu neurologischen Umbauprozessen in der Pubertät Antwort geben (nach Steinberg 2008 in: BZgA).

Neurowissenschaftlich wird ein sozio-emotionales Netzwerk beschrieben, das soziale und emotionale Informationen verarbeitet. Daneben gibt es das kognitiv-kontrollierende Netzwerk, das Verhalten und Entscheidungen reguliert und sozio-emotionale Verhaltensimpulse steuert.

Mit der Pubertät setzt ein großer Entwicklungssprung des sozio-emotionalen Netzwerks ein. Das kognitiv-kontrollierende Netzwerk bildet sich jedoch erheblich länger, bis Mitte Zwanzig, aus. So entsteht ein Ungleichgewicht in der Regulierung von Verhalten.

Wenn also das sozio-emotionale Netzwerk stark aktiviert wird, hat das – noch im Umbau befindliche – kognitiv-kontrollierende Netzwerk weniger Einfluss. Die nicht-rationalen Verhaltensimpulse werden dominant und damit steigt die Wahrscheinlichkeit des Risikoverhaltens. Besonders in Peer-Groups zeigt sich eine hohe Aktivierung des sozio-emotionalen Netzwerks. Dies erklärt es in vielen Fällen, warum ein Jugendlicher in der Gruppe wider besseres Wissen agiert, obwohl er alleine und in Ruhe ganz anders entschieden hätte.

Ansätze für die Prävention gefährlichen Risikoverhaltens bestehen in der Förderung zur Selbstwirksamkeit und in der Weiterentwicklung von verhältnispräventiven Maßnahmen in Gesellschaft und Familie, um Jugendlichen einen schützenden Rahmen zu bieten.⁵⁶

Wirkfaktoren evidenzbasierter Suchtprävention

Moderne Suchtprävention (seit 2005) wird nicht nur von speziell damit beauftragten „Fach-Experten“ durchgeführt, sondern beteiligt alle Akteure der Kommune über einen abgestimmten Policy-Mix von Handlungsfeldern.

Verhaltensprävention wie auch Verhältnisprävention sind sich gegenseitig stärkende und ergänzende Standbeine.

Verhältnisprävention eröffnet einen umfassenden Prozess, der strukturell die gesamte Kommune einbezieht und Prävention als Gemeinschaftsaufgabe skizziert. Vernetztes Planen und Arbeiten sowie Evaluierung der Effekte stellen den inneren Rahmen. Daraus leitet sich ein neues Selbstverständnis präventiven Wirkens ab, der zum Beispiel Politik als Partner und Zielgruppe von Prävention erkennt.⁵⁷

Substanzmissbrauch entwickelt sich als multikausales, komplexes Geschehen. Der verhaltenspräventive Blick muss auf alle Einflussfaktoren im Lebensbereich junger Menschen gerichtet bleiben (Familie, Schule, Peer-Group). Dabei erfolgt die sachbezogene Aufklärung (Information zu Art und Wirkung von Suchtmitteln) für Jugendliche und ihre Betreuungspersonen immer in Verbindung mit dem Aufbau individueller Lebens- und Risikokompetenz („Kenn dein Limit“), um Selbstwirksamkeit zu stärken und riskantes Probierverhalten zu kanalisieren.

⁵⁵ Kuttler 2014

⁵⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013

⁵⁷ Kuttler 2014

- Lebenswelt Schule: Interaktive schulische Programme zeigen Effekte auf das Konsumverhalten von Tabak, Alkohol, Cannabis und andere illegale Drogen. Die eingesetzten Methoden sind Austausch und Modelllernen zwischen Schülern, die Rolle der Lehrkraft ist auf Moderation beschränkt.
- Lebenswelt Familie: Umfassende familiäre Ansätze (Eltern- und Kinder- und Familientraining) haben sich als tabak- und alkoholpräventiv erwiesen.
- Lebenswelt Peer-Group: Es zeigen sich kleine Effekte bei Mentorenprogrammen, die sich auf Gruppenerleben und Stärkung der Sozialkompetenz beziehen. Andere Ansätze sind in ihrer Wirksamkeit noch wenig belegt (z. B. temporär aufsuchende Maßnahmen vor Partylocations).

Daneben benötigen besondere Zielgruppen spezifische Zugänge, die an der Schnittstelle zur Jugendhilfe und Migrationsberatung agieren:

- Kinder und Jugendliche aus schwierigen sozialen Lebenslagen (selektive Prävention): die besten Effekte haben Projekte mit kohärentem Interventionsmodell, bei denen eine Förderung der Lebenskompetenz mit Teambildung, Raum für Selbstreflexion und einer intensiven persönlichen Betreuung erfolgt.
- Kinder und Jugendliche mit riskantem Konsumverhalten (indizierte Prävention): motivierende Kurzintervention z. B. nach einer Krankenhausbehandlung, um Problembewusstsein und Verhaltensänderung zu fördern. Hier sind auch genderspezifische Angebote sinnvoll, weil hochriskantes Konsumverhalten überwiegend bei adoleszenten Männern auffällt.
- Prävention bei Familien mit Migrationshintergrund: Auf Seiten der Akteure gibt es wenig interkulturell ausgerichtete Präventionsprojekte und oft wenig Wissen über die kulturbezogenen „Bilder“ zu Krankheiten. Das in Deutschland in der Bevölkerung verankerte Verständnis von „Sucht als Krankheit“ wird von einem großen Teil der Familien mit Migrationshintergrund als unzutreffend abgelehnt.⁵⁸

Fachstelle für Suchtprävention in Wolfsburg

Die Fachstelle für Suchtprävention gehört zu den Einrichtungen unter dem Dach der Jugend- und Drogenberatung und steht in der Projektförderung des Landes Niedersachsen. Den Mitarbeitern steht ein Portfolio an wissenschaftlich evaluierten Methoden zur Verfügung, das in Klassen der allgemein- und Berufsbildenden Schulen, in Ausbildungsstellen, in Freizeiteinrichtungen und in der Öffentlichkeitsarbeit zum Einsatz kommt.

Die Fachstelle hat sich besondere Kompetenzen im Bereich der exzessiven Internet- bzw. Mediennutzung angeeignet und richtet sich damit an Einzelpersonen wie auch an Familien.

Der Bereich ist stark nachgefragt und erreicht jährlich etwa 1.000 Schüler und Auszubildende sowie etwa 500 Multiplikatoren. Anfragende Schulen oder Träger müssen sich auf Wartezeiten einstellen. Synergien mit der Präventionsfachkraft der Suchtberatungsstelle, mit der Schulsozialarbeit, den Präventionsteams der Polizei oder anderen Akteuren sollten ausgelotet werden, um Prävention wirklich flächendeckend auszubauen.

Dann könnte auch eine Verlagerung der Arbeitsschwerpunkte in Richtung auf vernetztes Arbeiten bei Hochrisikogruppen und die Mitwirkung in verhältnispräventiven Arbeitsgremien – unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien – angedacht werden.

⁵⁸ Bühler 2011 und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013

Für die Zukunft sieht die Fachstelle gesteigerten Bedarf von cannabisbezogenen Präventionsangeboten für die höheren Schulklassen und Berufsbildenden Schulen. Zielgruppenspezifische Konzepte für Vereine, Schulen und Betriebe sollten weiter entwickelt werden.

Bilanz und Ausblick

Die Erreichungsquote bei Alkohol, Cannabis und harten Drogen ist ambulant wie stationär zufrieden stellend. Das Verhältnis von ambulanter Beratung und stationärer Behandlung ist beeindruckend.

Die gut ausgestattete Selbsthilfe bietet Kontinuität und Stadtteilbezogenheit, was eine überzeugende Ergänzung zu professionellen Angeboten darstellt.

Insofern hat sich das Engagement in der Stadt Wolfsburg in Bezug auf die Sucht- und Drogenhilfe gut bewährt.

Es bleiben jedoch einige Fragen offen. Es geht um Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf und einige strukturelle Überlegungen zum zukünftigen Aufbau der Suchtarbeit.

In der Arbeit mit den Zielgruppen sind nicht in erster Linie neue Angebote erforderlich, sondern eher die gezielte Umsteuerung vorhandener Ressourcen.

Zielgruppen mit besonderen Herausforderungen:

- Die Zugänge zu riskant konsumierenden Jugendlichen (Cannabis, Alkohol) sind auszubauen. Hier könnte in gemeinsamem Wirken von Ausbildungsbetrieben, Schulen, Jugendhilfe und dem Fachwissen der Suchtarbeit eine proaktive Begleitung erfolgen.
- Junge bildungsbenachteiligte Menschen in Krisen benötigen unkomplizierte Zugänge in Arbeit und begleitende Betreuung. Das Engagement von Beschäftigungsträgern könnte mit einem individuellen Mentoring, z. B. durch Mitglieder der Selbsthilfe, verbunden werden.
- Menschen in höherem Alter und potentielle Betreuungspersonen sollten gezielt über die Risiken der psychotrop wirkenden Medikamente aufgeklärt werden. Fort- und Weiterbildung für mögliche Betroffene wie ihre Angehörigen sind in einer Kooperation von Seniorenservice mit den professionellen Beratungsstellen gut denkbar.
- Langjährig Drogenabhängige könnten von niederschwellig konzipierten Beschäftigungsprojekten profitieren. Über das Jobcenter sind Gelegenheiten für „Taschengeldprogramme“ auszuloten und in der Kooperation mit der niederschweligen Drogenhilfe in Umsetzung zu bringen.
- Menschen mit Migrationshintergrund benötigen kultursensitive Unterstützung für spielsüchtige Angehörige. Hier sind die Angebote der Glücksspielberatung in Kooperation mit der Migrantenselbsthilfe und den Migrationssozialdiensten weiter zu entwickeln. Väter der interkulturellen Väterarbeit und die Stadtteilmütter im Geschäftsbereich Jugend könnten erste Anlaufpunkte sein.

Darüber hinaus lassen sich in einem gemeinsamen Entwicklungsprozess sicherlich weitere geeignete Szenarien entwickeln.

Überlegungen zur zukünftigen Aufstellung der Wolfsburger Suchtarbeit

Profilschärfung der Wolfsburger Akteure:

Arbeitsweise und „Marketing“ der Einrichtungen ist jeweils für bestimmte Zielgruppen attraktiv. Die Entscheidung eines Ratsuchenden für oder gegen eine Einrichtung wird nicht nur über den „offiziellen“ Auftrag bestimmt, sondern beruhen auf informellem Wissen („Hörensagen“), eigenen früheren Erfahrungen oder Empfehlungen anderer Stellen.

Die Suchtberatung beispielsweise wird von einer verhältnismäßig homogenen Zielgruppe angesteuert, die sich – so die überzeugenden Rückmeldungen – durch das stimmige Setting und die Fachlichkeit gut vertreten fühlen. Wie sich in der Befragung gezeigt hat, entscheidet sich ein Teil der Zielgruppe jedoch für die Angebote der (niederschweligen) Drogenhilfe.

Das bedeutet, dass suchtmittelübergreifende Arbeit ihren Platz gefunden hat und ihre Berechtigung hat. Welche Folgerungen sich aus diesen Klientenbewegungen ableiten lassen (mehr Spezifität versus mehr Vielfalt), müsste im Kreis der Wolfsburger Suchthilfe reflektiert werden.

Ähnliches ist für die Situation der Selbsthilfe zu beschreiben. Um für neue Mitglieder interessant zu werden, muss sich Selbsthilfe auf einen möglichst ergebnisoffenen Prozess der Reflektion und der Findung einlassen. Zu diesem Prozess könnte sich die Selbsthilfe das Erfahrungswissen von anderen Akteuren, die sich neu aufgestellt haben, zu Nutze machen.

Synergien in der fachlichen Arbeit:

Es gibt eine Reihe gemeinsamer, synergetisch zu beantwortender Fragestellungen, die bisher kaum einrichtungsübergreifend ausgelotet wurden. Überfällig wäre ein Zusammenwirken der parallel vorgehaltenen Angebote, um sich über Einsatzfelder und das Methodenportfolio zu verständigen und dann gemeinsam die Bedarfe zu beplanen.

Ein wichtiger Baustein hier ist die Fachstelle für Suchtprävention. Sie arbeitet mit vielen Bildungseinrichtungen zusammen und ist stark ausgebucht. Die Schulsozialarbeit könnte verstärkt als Multiplikator fortgebildet werden. Darüber werden Kapazitäten frei für die Arbeit mit Hochrisikogruppen, für Multiplikatorenschulungen z.B. in der Seniorenarbeit, und für den Aufbau verhältnispräventiver Strukturen.

Schnittstellen der Suchthilfe zu Jugendhilfe und Jobcenter:

Mehr Zusammenarbeit und fallbezogene Nähe zur kommunalen Jugendhilfe wird von vielen Suchteinrichtungen gewünscht. Dies sollte gerade in Anbetracht des häufigen Personalwechsels im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamts regelmäßig auf die Agenda gesetzt werden.

Eine ähnliche Situation wird in Richtung Jobcenter wahrgenommen: hier liegen seit Jahren vertragliche Vereinbarungen vor, aber das Vernetzungswissen darüber ist an vielen Stellen fragmentarisch geworden. Vermutlich erklärt sich darüber die geringe Vermittlungsaktivität der Arbeitsverwaltung in die Suchtarbeit.

Schnittstellen Suchtarbeit – Psychiatrie:

Fallbezogen sind die (sozial-)psychiatrischen Hilfen gut mit der ambulanten Suchtarbeit verbunden. Die weiter im Aufbau befindliche ambulante Entzugsbehandlung und die Institutsambulanz werden zur Differenzierung und damit zur gesteigerten Effektivität der Wolfsburger Suchthilfe beitragen. Darüber ließe sich die etwas statisch anmutende Abfolge von Beratung – vollstationärer Entzug – Entwöhnungstherapie dynamisieren und gleichermaßen zu neuen Formen der übergreifenden Zusammenarbeit in Wolfsburg aufrufen. Diese Entwicklung eröffnet auch für die Selbsthilfe neue Einsatzfelder.

Schnittstelle Psychiatrie-Internistische Klinik bei Komorbidität:

An der Schnittstelle Psychiatrie Internistische Klinik sind Abläufe struktureller Art sinnvoll: gerade ältere Menschen mit Suchtproblemen sind über multiple körperliche Begleiterkrankungen belastet. Eine Stabilisierung des Allgemeinbefindens erfolgt im Allgemeinen in der Internistischen Klinik, eine Entzugsbehandlung müsste im AWO-Psychiatriezentrums erfolgen. Wie viel somatische Behandlung nötig ist, bevor sich der Entzug anschließen kann – oder umgekehrt, müsste zwischen den Fachabteilungen verlässlich geklärt werden. Hier könnte die neu eröffnete Geriatrische Abteilung des Klinikums vielleicht zur Lösung beitragen.

Suchtkoordination:

Es gibt den Arbeitskreis Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, der Teil des Sozialpsychiatrischen Verbunds ist und der Informationsvermittlung und dem gegenseitigen Kennenlernen dient. Es fehlt ein systematisches Monitoring über Suchtprobleme, das Veränderungen und Trends bei Jugendlichen wie Erwachsenen berichtet, die Bedarfe ermittelt und abgestimmte Konzepte erarbeitet. Darüber ließe sich genauer beschreiben, welche Probleme sich quantitativ zur exzessiven Internetnutzung zeigen und welche Akteure in die Beratung und Betreuung dieser Zielgruppe eingebunden sind.

Hier könnte die Suchtkoordination eine moderierende Funktion übernehmen und eine regelmäßige Berichterstattung aufbauen. Der Einbezug von Politik und anderer Akteure aus Arbeitswelt und Bildung eröffnet verhältnispräventive Zielfindungs- und Verständigungsprozesse.

Verfasserin:

Dipl. Psych. Doris Kahlert

Überarbeitet und ergänzt von:

Hartmut Hünecke-Roost, Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

Jürgen Horstmann, Diakonie Wolfsburg, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention

Sprecher des Arbeitskreises Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

Anke Scholz, Stadt Wolfsburg – Sozialpsychiatrischer Dienst

EIN GEMEINDEPSYCHIATRISCHES ZENTRUM FÜR WOLFSBURG – WIE MACHT MAN AUS BAUSTEINEN EIN NETZ?

Veröffentlicht in Sozialpsychiatrische Informationen 4/2015

Zusammenfassung In dem in Wolfsburg entstehenden gemeindepsychiatrischen Zentrum werden Behandlungsangebote der psychiatrischen Klinik mit den Angeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes verknüpft. Die ambulante psychiatrische Pflege sowie sozialtherapeutischen Eingliederungshilfen werden über ein System der Hilfeplanung mit Leistungen des Zentrums verbunden. Das AWO Psychiatriezentrum Königslutter und die Stadt Wolfsburg haben im Jahr 2011 eine Vereinbarung zum Aufbau eines solchen Zentrums getroffen. Eine Zusammenarbeit der Stadt und der Klinik gibt es seit über 20 Jahren. Die Vereinbarung für das Zentrum sieht vor, die Angebote unter einem Dach mit einer gemeinsamen Leitung zu realisieren. Die dafür vorgesehenen Räume können in drei Jahren bezogen werden. Es sind noch viele Fragen zu der künftigen Organisation offen; die Teams der Klinik und des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind zurzeit an zwei unterschiedlichen Standorten tätig. Es gibt zwar schon Arbeitsbereiche mit Mitarbeitenden beider Träger, die Entwicklungsstände der einzelnen Bereiche des zukünftigen Zentrums sind aber noch sehr unterschiedlich.

Wolfsburg als Versorgungsregion

Wolfsburg, die fünftgrößte Stadt Niedersachsens, hatte im Jahr 2014 rund 124.500 Einwohner (1). Die Kernstadt beherbergt 60.675 Einwohner, die Ortsteile 63.806. Hinsichtlich der Struktur des Siedlungsgebiets erinnert die Stadt eher an einen (kleinen) Kreis als an eine Großstadt. So beträgt die Fläche der Stadt 204 km², vom innenstadtnahen Standort des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) beträgt die Fahrzeit bis zu den Stadtgrenzen etwa 30 Minuten. Die Ortsteile haben zum Teil dörfliche Strukturen, zum größeren Teil wurden die dörflichen Kerne in den letzten Jahrzehnten durch Wohngebiete erweitert. Die Kernstadt, als »Stadt des KdF-Wagens« eine Gründung

des NS-Staates, ist in den letzten acht Jahrzehnten entstanden und gewachsen. Die Bevölkerungsdichte ist mit 600 Einw./km² für eine Großstadt niedrig; die Nachbarstadt Braunschweig, flächenmäßig mit 192 km² etwas kleiner als Wolfsburg, hat mit 1.287 Einw./km² eine etwa doppelt so hohe Bevölkerungsdichte (2). Allerdings liegt die minimale Bevölkerungsdichte in einem der dörflichen Ortsteile Wolfsburgs bei ca. 140 Einw./km², die maximale in einem städtischen Bezirk bei ca. 5.290 Einw./km²; in der Stadtmitte liegt der Wert bei 2.160 (4). Diese Daten sind für die Gemeindepsychiatrie von Bedeutung: Erwartungsgemäß ist die Inanspruchnahme des SpDi in den städtischen Bezirken um ein Vielfaches höher als in den eher ländlichen Bereichen (5).

Wolfsburg ist eine wirtschaftlich starke Kommune. 2014 hatte sie mit 4,5% die niedrigste Arbeitslosenquote der Region; in Braunschweig betrug sie 6,6%, in Helmstedt 7,1%, landesweit in Niedersachsen 6,2%, bundesweit 6,4% (3). Die hohe Zahl von ca. 117.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Stadt ist durch die 75.000 »Einpenderler« zu erklären (3). Dies wirkt sich auf die Infrastruktur der Stadt aus: »Einpenderler« aus den benachbarten Kreisen nutzen die Angebote der Stadt, was auch für das Gesundheitswesen und natürlich auch für die psychiatrischen Angebote Wolfsburgs gilt.

Das AWO Psychiatriezentrum (AW-PZ) Königslutter, zuständig für die psychiatrische Krankenhausbehandlung Wolfsburger Bürger, ist mit dem Auto in 30 Minuten vom Stadtzentrum erreichbar. Die Klinik ist regional zuständig für die stationäre psychiatrische Behandlung der Landkreise bzw. Städte Helmstedt, Gifhorn, Peine und Wolfsburg sowie anteilig für Wolfenbüttel und Braunschweig. Für die ca. 900.000 Einwohner dieses Einzugsgebiets stehen mehr als 700 Behandlungsplätze zur Verfü-

gung. Zwischen den Sozialpsychiatrischen Verbänden (SpV) im Einzugsgebiet des AWO- PZ besteht eine rege Zusammenarbeit.

Die Stadt Wolfsburg hat ab Anfang der 1990er Jahre begonnen, eigene gemeindepsychiatrische Strukturen aufzubauen. Inzwischen sind viele der erforderlichen Funktionen eines solchen Systems etabliert. Die Akteure der gemeindepsychiatrischen Versorgung arbeiten in verschiedenen Gremien des SpV Wolfsburg zusammen, dessen Geschäftsführung beim SpDi liegt.

Welche Leistungen sollen in dem künftigen Zentrum verknüpft werden?

Seit Anfang der 1990er- Jahre tritt das AWO-PZ als das zuständige psychiatrische Versorgungskrankenhaus mitgestaltend in der gemeindepsychiatrischen Versorgung Wolfsburgs in Erscheinung. Der Beginn dieser Entwicklung ist durch ein Planungsgutachten zur psychiatrischen Versorgung der Stadt markiert. Dieses wurde federführend von dem damaligen ärztlichen Direktor der psychiatrischen Klinik im Auftrag der Stadt Wolfsburg verfasst. Das erste von Klinik und Stadt gemeinsam etablierte Angebot war der psychiatrische Wochenend- und Feiertagskrisendienst (2001). Es folgte ein multiprofessionelles Team zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung (2003), das ebenso wie der Krisendienst von Mitarbeiterinnen beider Institutionen gebildet wird. In den Jahren 2009 und 2011 gab es weitere vertragliche Vereinbarungen, die Mitarbeiterinnen des SpDi Funktionen als Behandler in der inzwischen entstandenen Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und der Tagesklinik (TK) für Erwachsene zuwies.

Die im Jahr 2011 ratifizierte Vereinbarung zur Gründung eines gemeindepsychiatrischen Zentrums (»Interdisziplinäres Zentrum für seelische Gesundheit«) hatte nicht nur den Vorlauf der bereits erwähnten Kooperationen. Das Konzept, welches der Vereinbarung zugrunde liegt, ist über den Zeitraum von zwei Jahren von Mitarbeiterinnen beider Institutionen entwickelt worden. Die Zielrichtung ist eindeutig: Es geht um die Integration von Behandlungsleistungen und gemeindepsychiatrischen Hilfen. Das Zentrum soll Leistungen des SpDi, der PIA und der TK zusammenführen und andere gemeindepsychiatrische Anbieter einbeziehen. So sollen individuelle und komplexe Behandlungs- und Hilfsangebote für psychisch schwer und langfristig erkrankte Personen entstehen. Hilfeplankonferenzen (HPK) sollen die Verknüpfung der Behandlungsangebote mit den Eingliederungshilfen ermöglichen. Auch bei einem hohen Maß an Integration verschiedener ambulanter Maßnahmen bleiben die Kooperationspartner rechtlich für ihren Aufgabenbereich verantwortlich; die individuellen »Hilfepakete« müssen prinzipiell in ihren Kostenkomponenten erkennbar und unterscheidbar bleiben (6).

Die psychiatrischen Angebote, die das Zentrum bilden sollen, befinden sich aktuell an zwei unterschiedlichen Orten: im Gebäude der TK und im Gesundheitsamt der Stadt. Das gemeindepsychiatrische Zentrum soll in etwa drei Jahren Räume des Klinikums der Stadt Wolfsburg beziehen, die dann auf drei Etagen und mit Raumreserven im Keller die Nutzung einer Fläche von mehr als 2000 m² ermöglichen. Das Zentrum wird in die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie untergliedert sein. Der für das Zentrum vorgesehene Standort wird es ermöglichen, den psychiatrischen Konsiliardienst des Klinikums zu verbessern und den Klientinnen des gemeindepsychiatrischen Zentrums auf kurzem Wege medizinische Leistungen zu erschließen. Die Planungen zum Aufbau des Zentrums finden in den jetzigen Teams und in einer monatlich tagenden Arbeitsgruppe statt. Der SpV wird regelmäßig informiert.

Einige Bausteine, die zum gemeindepsychiatrischen Zentrum gehören sollen, werden eigenständig bleiben. Die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes ist für die Psychiatrieplanung und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Betreuung und Akquise von Zuverdienstjobs zuständig. Diese Aufgabenbereiche des SpDi werden ihren Platz in dem Zentrum bekommen, organisatorische Veränderungen sind aber nicht vorgesehen. Ob der dann vollzogene Abschied von der Behörde durch den Auszug aus dem Gesundheitsamt und die Verbindung zu den Behandlungssegmenten zu einer Veränderung der Arbeit führen wird, bleibt abzuwarten.

Die städtische Betreuungsstelle ist ein eigenständiges Team in der Abteilung »Sozialpsychiatrischer Dienst« des Geschäftsbereichs Soziales und Gesundheit. Diese Zuordnung stellt eine Besonderheit dar, die sich aber in den letzten 20 Jahren bewährt hat. Die Betreuungsstelle wird mit in das entstehende Zentrum ziehen, organisatorische Veränderungen sind nicht vorgesehen. Das Team der APP, aktuell provisorisch in der Nähe der TK beheimatet, gehört organisatorisch zum Medizinischen Versorgungszentrum des AWO-PZ. Die Zusammenarbeit der APP mit der PIA und der TK funktioniert gut, wobei selbstverständlich auch mit anderen Anbietern der APP kooperiert wird. Das Team der APP wird ebenfalls in das entstehende Zentrum ziehen.

Fokus Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dieser Bereich des Zentrums wird aus den folgenden Elementen entstehen: PIA-KJP in Wolfsburg, SpDi-KJP und TK-KJP. Während die PIA-KJP erst aufgebaut wird und noch nicht über eigene Stellen verfügt, ist der SpDi-KJP in Wolfsburg bereits seit Jahren mit ca. 1,5 Stellen (einschl. fachärztliche Leitung) tätig. Das Team erreicht jährlich etwa 200 psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Auch die TK-KJP ist in Wolfsburg etabliert, die Platzzahl wurde unlängst von fünf auf zehn aufgestockt.

Der Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie des SpV vernetzt die psychiatrische Klinik und den SpDi mit den nicht psychiatrischen Akteuren aus dem Jugendamt, den Jugendhilfeeinrichtungen, den Schulen, der Kinderklinik und den niedergelassenen Pädiatern. Der Bedarf an ambulanter psychiatrischer Behandlung für Kinder und Jugendliche in Wolfsburg ist hoch und wird von der einzigen fachärztlichen Praxis der Stadt nicht gedeckt.

Eine relevante Anzahl psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und deren Familien taucht zwar in den verschiedenen Hilfesystemen auf, z. B. in der Familien- und Erziehungsberatungsstelle (FEB), im SpDi, in der Schulsozialarbeit oder Kinderklinik. Es gelingt aber noch zu selten, ein ambulantes, auf Langfristigkeit und Beziehungskontinuität gegründetes Behandlungsangebot für schwerer psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu etablieren. Wir beobachten hier ein »Institutions-Hopping«: Mal wird der SpDi, mal die FEB, mal eine Facharztpraxis und mal eine Einrichtung der Jugendhilfe in Wolfsburg oder Umgebung in Anspruch genommen. Das führt zu Mehrfachuntersuchungen, nicht aber zu kontinuierlicher und effektiver Hilfe. Für diese Untergruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wäre die Integration der Hilfen des SpDi und der PIA die einzige realistische Chance zu einer Behandlung, die selbstverständlich eng mit Angeboten der Jugendhilfe und der jeweiligen Schule abgestimmt werden müsste.

Der SpDi kann, neben dem Case-Finding und der Zuweisung, Leistungen im Case-Management erbringen, die für die Gruppe der besonders schwierigen psychisch kranken Kinder und Jugendlichen wichtig wären. Die gute Vernetzung des SpDi und die Möglichkeit, Schule und Jugendhilfe als Institutionen einzubeziehen und psychiatrisch zu beraten, wären hier von großem Nutzen. Die PIA-KJP könnte, wenn die Fallzahlen zunehmen, personell aufgestockt werden, anders als eine ausschließlich kommunal finanzierte Stelle wie der SpDi. Eine solche Integration von sozialpsychiatrischen Leistungen und PIA-Behandlungen würde ein Team aus Mitarbeiterinnen der Klinik und der Stadt erfordern, ähnlich wie es in der Gerontopsychiatrie (siehe unten) bereits gelungen ist. Von dem Ziel einer Integration dieser Dienstleistungen sind wir in der KJP noch weit entfernt.

Der SpDi-KJP bringt als einziges Team des zukünftigen Zentrums ein Präventionsprojekt (»Kleine Angehörige«) und ein Anti-Stigma-Projekt (das Schulprojekt »Verrückt? Na und!« nach dem Konzept des Vereins Irrsinnig menschlich) in das entstehende Zentrum ein. Die Bedeutung dieser Projekte geht weit über das Feld der KJP hinaus und könnte anderen Arbeitsbereichen den Anstoß geben, sich ebenfalls auf den Feldern Prävention, Engagement gegen Stigmatisierung und Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen zu engagieren.

Fokus Allgemeinpsychiatrie

Dieser Bereich des Zentrums wird aus den folgenden Elementen entstehen: Die PIA Wolfsburg, das Team Beratung des SpDi für Erwachsene bis zum Alter von 65 Jahren, der Krisendienst und die TK für Erwachsene. Diese vier Bereiche haben eine einheitliche fachärztliche Leitung. Die PIA erreicht im Quartal etwa 130 Personen in der Gruppe der 18- bis 65-Jährigen. In diesem Segment der PIA sind auch Mitarbeitende des SpDi

beschäftigt. Das Team Beratung des SpDi ist neben der Beratung auch für Hilfeplanungen und HPK zuständig. In den Beratungssettings des SpDi werden an die 1.000 Personen erreicht; pro Jahr finden etwa 250 HPK statt. Der Krisendienst ist an Wochenenden und Feiertagen aus Mitarbeitenden des SpDi und des AWOPZ zusammengesetzt. An Wochentagen werden ausschließlich Mitarbeitende des SpDi eingesetzt. Der Krisendienst führt jährlich 400 bis 500 Kriseninterventionen durch und ist an etwa 140 Unterbringungen beteiligt. Die TK für Erwachsene hält 25 Behandlungsplätze vor.

Die Mitarbeiterinnen dieser Bereiche kennen sich alle persönlich aus langjähriger Zusammenarbeit. Die gemeinsame Leitung und die Mischungen der Teams ermöglichen bereits eine gewisse Integration der Leistungen von SpDi, TK und PIA.

Die TK nimmt Patienten direkt auf, aber auch aus dem stationären Sektor der Klinik für Allgemeinpsychiatrie in Königslutter zur Weiterbehandlung. Die TK und die PIA werden eng miteinander verbunden bleiben, weil die behandelnden Ärztinnen, Psychologen und Sozialarbeiter in beiden Bereichen tätig sind. Dies hat Vorteile bei der Zuweisung zur TK und der späteren Weiterbehandlung in der PIA, weil hier Behandlungsprozesse verstetigt werden und therapeutische Beziehungen fortbestehen. Sehr wichtig wird es sein, in dem zukünftigen Zentrum eine räumliche Trennung der Funktionsbereiche der PIA und der TK zu verwirklichen. Eine TK muss aus meiner Sicht die Privatheit und Intimität der dort behandelten Patienten schützen, eine völlige Verwischung der Grenzen zwischen PIA und TK erscheint mir nicht sinnvoll.

Der in erster Linie städtisch finanzierte Krisendienst sollte zukünftig eng mit der PIA zusammenarbeiten. Dabei sollen in dem Zentrum folgende Leistungen ermöglicht werden: Vermeidung stationärer Behandlung durch sofortige ambulante Behandlung, zusätzlich ggf. Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege (APP), um die Betreuungsintensität im Notfall zu erhöhen, sowie gemeinsame Notfall-Sprechstunden von Krisendienst und PIA. Neben einer festen Vereinbarung mit der TK zur sofortigen Aufnahme von Patientinnen und Patienten (in dann sehr eng begrenzter Anzahl, z. B. zwei pro Monat), sollte der Krisendienst auch ähnliche Vereinbarungen mit Anbietern von Kurzzeitpflege treffen, um bei Versorgungskrisen pflegebedürftiger älterer Personen auf Einweisungen ins Krankenhaus verzichten zu können.

Die Akteure der Allgemeinpsychiatrie kennen sich in Wolfsburg nicht nur aus der täglichen Arbeit, sondern auch über den SpV. Wenn das Team Beratung für die Betroffenen und mit ihnen Angebote aus dem weitgefächerten Spektrum der Eingliederungshilfen gemäß SGB XII erschließt, kann es daher auf gut entwickelte Kooperationsbeziehungen zählen. Das Team Beratung erhält in dem zukünftigen Zentrum die Funktion, das Segment der Eingliederungshilfe über eine systematische Hilfeplanung und durch die Koordination in HPK zu gestalten und diese Hilfen, wenn erforderlich, mit der auf Langfristigkeit und Beziehungskontinuität ausgerichteten Behandlung der PIA zu verknüpfen. Das gelingt in vielen Fällen bereits jetzt, die Koordination und die Kooperation müssen allerdings noch ausgebaut werden. Die Hilfen zur Teilhabe könnten auf diese Weise eingebracht werden, ohne dass ein weiteres sozialtherapeutisches Team, z. B. für das betreute Wohnen oder eine Tagesstätte, unter demselben Dach angesiedelt werden müsste.

Unabhängig davon wird das Team Beratung offene Sprechstunden und aufsuchende Beratung anbieten. Da diese Hilfen erfahrungsgemäß psychisch Kranke mit hohen medizinischen und sozia-

len Risiken erreichen, ist uns die räumliche und organisatorische Nähe zur PIA ein großes Anliegen. Damit besteht die Chance, einer relevanten Anzahl sonst unbehandelter psychisch kranker Personen Behandlungsleistungen zu erschließen. Damit das Gelingen kann, ist allerdings eine deutliche Weiterentwicklung der personellen Ressourcen der PIA erforderlich: Bei der jetzigen personellen Ausstattung sind die Kapazitätsgrenzen erreicht. Während die niedrigschwellige Beratung gut mit der PIA verknüpft oder auch integriert werden kann und es sich hier als Entwicklungsziel anbietet, Behandlung und Beratung durch ein gemeinsames Team zu leisten, wird die Durchführung von HPK davon getrennt werden müssen.

Fokus Alterspsychiatrie

Dieser Bereich des Zentrums wird aus den folgenden Elementen entstehen: Gerontopsychiatrische PIA Wolfsburg, SpDi für ältere Bürger und gerontopsychiatrische TK (in Planung). Die Alterspsychiatrie hat bei der Integration von Leistungen eine Pilotfunktion für das zukünftige Zentrum. Seit 2003 gibt es das multiprofessionelle Team »AGE«, eine Kooperation des AWO-PZ und des SpDi. Im Bereich der Hilfen gemäß NPsychKG werden jährlich an die 300 Personen erreicht; die PIA ist seit 2008 in Funktion und behandelt im Quartal etwa 160 Personen aus der Altersgruppe über 65 Jahre. Jedes Teammitglied (Arzt, Krankenschwester, Sozialarbeiterin, medizinische Fachangestellte) nimmt (mit Ausnahme der Berufspraktikantin) Aufgaben sowohl der PIA als auch des SpDi wahr.

Durch die tägliche Arbeit und den Arbeitskreis Gerontopsychiatrie sind die Mitarbeiter dieses Segments gut vernetzt mit der Beratungsstelle für ältere Bürgerinnen und Bürger der Stadt Wolfsburg sowie mit den stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Der mit NPsychKG-Mitteln finanzierte Anteil der Arbeit ermöglicht es, eine relevante Anzahl von Angehörigenberatungen vorzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob später auch ein Behandlungskontakt entsteht. Außerdem bleibt es möglich, »unwirtschaftlich« zu arbeiten: Hausbesuche bleiben das Mittel der Wahl, um mit schwierigen, isoliert lebenden älteren psychisch Kranken in Kontakt zu kommen und den Kontakt dann auch zu halten. Im besten Fall funktioniert es so, dass die Hilfen nach NPsychKG durch Behandlungskontakte der PIA abgelöst werden, wenn sich herausstellt, dass eine kontinuierliche psychiatrische Behandlung erforderlich und eine Zuweisung zu niedergelassenen Fachärzten unrealistisch ist. In diesen Fällen verändert sich die Finanzierung der Hilfe, die betreuenden Personen bleiben aber dieselben. Die wichtigsten Entwicklungsziele der Gerontopsychiatrie in dem zukünftigen Zentrum sind der Aufbau einer zusätzlichen gerontopsychiatrischen TK und die Ausweitung der PIA-Kapazität.

Abschließende Überlegungen: Ohne Pioniergeist geht es nicht!

Ich verstehe den SpDi als einen Akteur, der sich um schwer und langfristig psychisch erkrankte Bürgerinnen und Bürger der Stadt bemüht und versucht, diese zu stärken. Das kann auf unterschiedlichen Wegen und mit unterschiedlichen Mitteln gelingen. Wenn man, wie unser Dienst, individuellen Hilfen einen besonders hohen Stellenwert zumisst, bietet sich eine Kooperation mit der PIA und der TK an. Wichtig war für mich, dass die ärztliche Leitung des AWO-PZ ähnliche Vorstellungen zur Zielgruppe des gemeindepsychiatrischen Zentrums hat. Es ist normal, dass Klinik und städtischer Dienst verschieden sind. Das notwendige Vertrauen einer solchen Kooperation ist nichts Naturwüchsiges, es muss erarbeitet werden, und dafür benötigt man formelle und informelle Foren. Ich glaube, dieses Bemühen umeinander gelingt eher, wenn beide Kooperationspartner, wie in Wolfsburg, wissen und aus-sprechen, wie wichtig sie füreinander sind.

Es gibt viele inhaltliche Gründe für eine Verbindung der psychiatrischen Klinik und des SpDi: Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik profitieren davon, »sozialpsychiatrischer« zu werden; Kolleginnen des SpDi erweitern ihren Horizont, wenn sie »therapeutischer« werden. Ich glaube darüber hinaus, dass sich die psychische Belastung im SpDi reduziert, wenn Mitarbeitende langfristige therapeutische Beziehungen in der PIA mitgestalten und so unmittelbar erleben, wie positiv und sinnstiftend das langfristige Behandeln sein kann.

Aber bevor solche Effekte möglich werden, muss sich etwas verändern. Aus den »Bausteinen« SpDi, PIA und TK lässt sich kein Zentrum bilden – Bausteine kann man nicht vernetzen. Diese Elemente müssen sich verändern, sie müssen sich in Funktionen verwandeln, damit sie miteinander verknüpft werden können. Solche Veränderungsprozesse machen Mitarbeitenden Angst, und die Chancen, z. B. hinsichtlich einer verminderten psychischen Belastung, sind kein ausreichendes Mittel zur Beruhigung. Es empfiehlt sich daher, Mittel für ein professionelles Veränderungsmanagement bereit-zustellen. Man sollte vor dem Verändern genau wissen – also zählbar machen und als Verfahren beschreiben, was man in den unterschiedlichen Segmenten, die man mit-einander verbinden will, genau macht. Die Stichworte sind hier Evaluation und Qualitätsmanagement. Es ist ratsam, die Zielgruppe im Blick zu halten und die Leistungen des gemeindepsychiatrischen Zentrums beim Controlling voneinander zu trennen.

Ich bin mir bewusst, nicht auf alle Chancen und Risiken eines solchen Projekts hin-gewiesen zu haben. Wer sich wie wir in Wolfsburg und Königslutter auf den Weg macht, ein »Interdisziplinäres Zentrum für seelische Gesundheit« aufzubauen, sollte wissen, dass das ohne Pioniergeist und Fehlerfreundlichkeit nicht geht.

Literatur

[http://www.wolfsburg.de/rathaus/bekanntmachungen/daten- und -fakten](http://www.wolfsburg.de/rathaus/bekanntmachungen/daten-und-fakten) Bevölkerungsbericht 2015
Herausgeber: Stadt Wolfsburg Der Oberbürgermeister Referat Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik Januar 2012

[https://www.braunschweig.de/politik_ verwaltung/fb_institutionen/fachbereiche_referate/ref0120/stadtforschung/BS-KUPO-2015-04-14.pdf](https://www.braunschweig.de/politik_verwaltung/fb_institutionen/fachbereiche_referate/ref0120/stadtforschung/BS-KUPO-2015-04-14.pdf)

<http://www.wolfsburg.de/rathaus/bekanntmachungen/daten-und-fakten>

Arbeitsmarktbericht 2015 Herausgeber: Stadt Wolfsburg Der Oberbürgermeister Referat Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik Mai 2015

[http://www.wolfsburg.de/rathaus/bekanntmachungen/daten- und -fakten](http://www.wolfsburg.de/rathaus/bekanntmachungen/daten-und-fakten)
Profile 2015 – Gesamtstadt, Ortsratsbereiche, Stadt-und Ortsteile

Heimeshoff V, Machleidt W, Elgeti H. (2006): Qualitätsmanagement im Sozialpsychiatrischen Dienst. Gesundheitswesen 68: 154 – 160 [http://www.wolfsburg.de/newsroom/2015/ 02/12/19/27/sozialpsychiatrischerdienst](http://www.wolfsburg.de/newsroom/2015/02/12/19/27/sozialpsychiatrischerdienst)

Verfasser:

Dr. Volker Heimeshoff , Stadt Wolfsburg – Sozialpsychiatrischer Dienst

„ALLEINERZIEHEND IN WOLFSBURG – EINE STUDIE ÜBER EIN-ELTERN-FAMILIEN IM SGB II-BEZUG“ – ZENTRALE STUDIENERGEBNISSE

In der Stadt Wolfsburg mit ca. 123.000 Einwohnern ist jede vierte Familie eine Ein-Eltern-Familie. In den seltensten Fällen ist diese Lebensform bewusst gewählt und ist vermehrt in urbanen Gebieten zu finden. Die größte Gruppe der Alleinerziehenden sind Frauen. Es handelt sich aber keinesfalls um eine heterogene Gruppe, sondern diese Eltern unterscheiden sich teilweise deutlich in ihrer Lebenssituation hinsichtlich Bildung, Gesundheit, Einkommen, Alter sowie der Anzahl ihrer Kinder. Etwa 23 % der Alleinerziehenden in Wolfsburg beziehen darüber hinaus Leistungen nach dem SGB II, wobei sie im Vergleich zu anderen Gruppen deutlich länger auf diese Unterstützung angewiesen sind.

Da die Gruppe der Alleinerziehenden in den bisherigen Wolfsburger Erhebungs- und Befragungsscreenings unterrepräsentiert war, wurde die qualitative Untersuchung „Alleinerziehend in Wolfsburg – Eine Studie über Ein-Eltern-Familien im SGB II-Bezug“ bei der Gesellschaft für Organisation und Entscheidung aus Bielefeld (GOE) in Auftrag gegeben.⁵⁹ Bei der Stadt Wolfsburg handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen den Geschäftsbereichen Soziales und Gesundheit sowie Jugend und dem Jobcenter Wolfsburg. Fast 100 Personen (90 % Mütter und 10 % Väter⁶⁰) wurden im Sommer 2012 an einem Ort ihrer Wahl von zehn Interviewerinnen zu ihrer persönlichen Lebenssituation befragt. Insgesamt ergab dies eine Beteiligung von 14,5 %, was für die Zielgruppe ein sehr guter Wert ist.

Der Kontakt zu den Teilnehmenden wurde über das Jobcenter Wolfsburg realisiert. Alle dort im Leistungsbezug stehenden alleinerziehenden Eltern wurden angeschrieben und über die geplante Studie informiert. Diesem Schreiben lag eine portofreie Antwortpostkarte bei, über die sich Teilnahmeinteressierte direkt bei der GOE melden konnten. Über die GOE wurde sodann der Kontakt mit den Interviewerinnen vor Ort hergestellt, die mit den interessierten Eltern einen Termin vereinbart haben.

Um die Lebenssituation der Ein-Eltern-Familien möglichst passgenau abbilden zu können, wurden in den Face-to-Face-Interviews neben soziodemographischen Informationen folgende Themen behandelt: Umgang mit dem Einkommen, Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit und eigene Aktivitäten, eine angemessene Arbeit zu finden, Interaktion und Kommunikation mit dem Jobcenter, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Einbindung in ein soziales Netz, Alltagsprobleme, Unterstützungswünsche sowie gesundheitliche Aspekte beim Elternteil sowie bei den Kindern.

Die Heterogenität der Zielgruppe wird durch acht gebildete Subgruppen, nach denen ausgewertet wurde, deutlich:

- Alleinerziehende mit ausschließlichem SGBII-Leistungsbezug,
- Alleinerziehende, die aufstockende/ergänzende SGB II-Leistungen beziehen,
- Alleinerziehe mit einem Kind,
- Alleinerziehe mit zwei und mehr Kindern,
- Alleinerziehende mit Vorschulkindern,
- Alleinerziehende mit Schulkindern,
- Alleinerziehende mit Zuwanderungsgeschichte,
- Alleinerziehende ohne Zuwanderungsgeschichte.

⁵⁹ Die Studie sowie Begleitberichte stehen unter www.wolfsburg.de/alleinerziehende zum Download bereit.

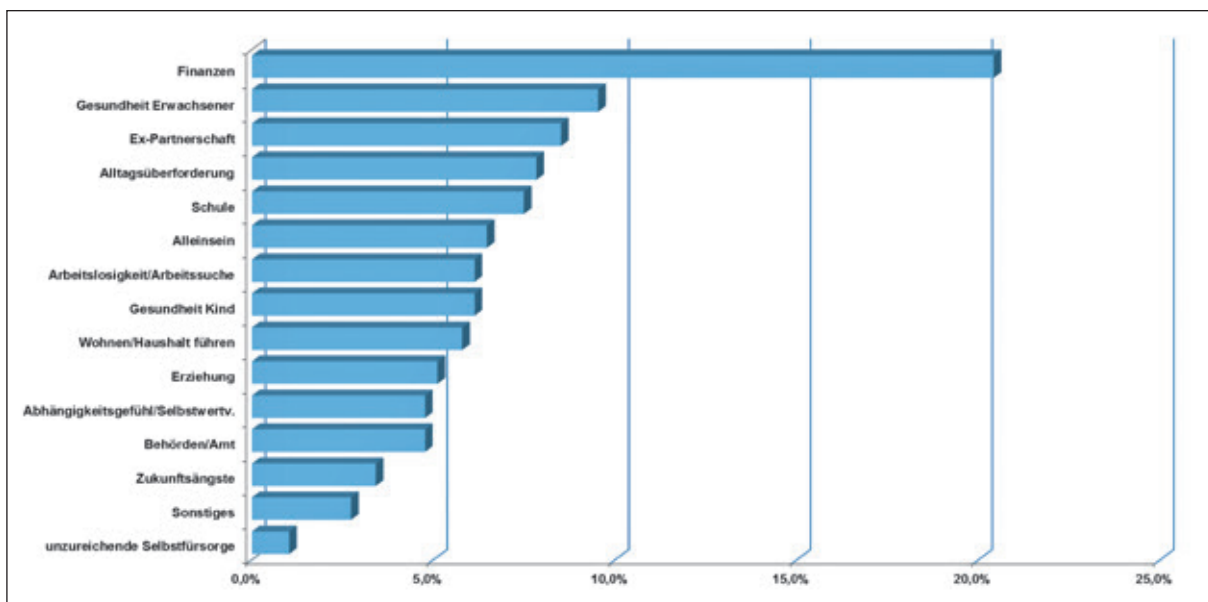
⁶⁰ Aufgrund der Zusammensetzung der teilnehmenden Personen wird im Folgenden von alleinerziehenden Müttern gesprochen, alleinerziehende Väter sind explizit mit gemeint.

Basierend auf den Erkenntnissen der Interviews wurden vom Forschungsinstitut Fazits entwickelt, die Empfehlungen für zukünftiges kommunales Handeln aufweisen. Die Erkenntnisse der Studie sowie jedes Fazit wurden mit Expertinnen und Experten innerhalb der Stadt Wolfsburg rückgekoppelt. Diese Resultate wurden in Stellungnahmen der Stadt Wolfsburg zusammengefasst und sind im Bericht nachzulesen.

Ausgewählte Studienergebnisse

Die 100 Alleinerziehenden nannten für sich persönlich im Schnitt mehr als drei Problemstellungen, die innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Interview gleichzeitig bestanden. Am häufigsten wurde nachvollziehbarer Weise die Kategorie Finanzen genannt. Die Gesundheit der Alleinerziehenden fand sich bereits an zweithöchster Stelle. Es folgten das Selbstverständnis als alleinerziehende Person, der Kontakt zum Ex-Partner, Alltagsüberforderung, schulische und auch gesundheitliche Probleme des Kindes/der Kinder oder auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit der Umgang mit zumeist knappen Zeitressourcen. Ferner wurde die Interaktion und Kommunikation mit dem Jobcenter als problematisch rückgespiegelt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Die größten Probleme der letzten sechs Monate vor dem Interview – Zuordnung der Probleme zu Problembereichen



Quelle: GOE Bielefeld, 2012.

Diese Gleichzeitigkeit der Probleme, die sich teilweise gegenseitig bedingen, macht die hohe Alltagskomplexität von alleinerziehenden Eltern deutlich, woraus sich große Herausforderungen an die Alltagsbewältigung ergeben. Die Konstanz der Problemlagen spiegelte sich im großen Anteil von 75,2% der innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Interview nicht gelöster Probleme wieder und führt zu einem Erleben von konstanten, stabilen sowie mehrschichtigen Problemlagen. Die Befragten sahen sich oftmals nicht in der Lage, ihre Probleme wirkmächtig anzugehen.

Eine wichtige Aufgabe besteht also zweifelsohne darin, die Personen zur selbstbewussten Inanspruchnahme der unterschiedlichen Unterstützungsangebote zu motivieren und gleichzeitig die Wirksamkeit der Angebote selbst zu erhöhen. Durch die Vielschichtigkeit der Probleme ist es darüber hinaus notwendig, mit mehreren Akteuren zu kommunizieren, wobei nicht immer bekannt ist, welcher der korrekte Ansprechpartner bzw. die richtige Institution ist. Um sich schnell und unkompliziert eine Übersicht zu Angeboten, Leistungen und Voraussetzungen verschaffen zu können, wurde von der Stadt Wolfsburg die Broschüre „Alleinerziehend – na und?! Wolfsburg zieht mit“ veröffent-

licht, die überall in Wolfsburg kostenlos ausliegt. Weitere Informationen liefert auch die Internetseite www.wolfsburg.de/alleinerziehende.

Auskommen mit dem Einkommen

Die finanzielle Situation gehörte fast immer zu den zentralen Problemen der Befragten. Daher wurde im Interview gefragt, wie häufig innerhalb der letzten sechs Monate am Ende des Monats kein Geld mehr verfügbar war. Hier lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den o. g. Subgruppen erkennen: Bei den Alleinerziehenden mit Schulkindern kam die Mehrzahl (55,3 %) mit ihrem Geld bis zum Monatsende aus, die jungen Mütter mit jungen Kindern wirtschafteten am schlechtesten (23,7 %). Der Median lag bei Alleinerziehenden mit Kindern im Vorschulalter bei 21,5 Tagen, bei Alleinerziehenden mit Schulkindern bei 27 Tagen.

Um die Teilhabe von allen Kindern am kulturellen und gesellschaftlichen Leben zu fördern, wurde 2011 das Bildungs- und Teilhabepaket (BuT) durch den Bund ins Leben gerufen. 53,7 % der Interviewten gaben an, entsprechende Leistungen beantragt zu haben, allerdings sagten auch 23,2 %, dass sie BuT nicht kennen, und dass, obwohl 100 % der Befragten Anspruch hätten. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass obwohl das Jobcenter bei jedem SGBII-Antrag auch über die Leistungen des BuT informiert und diesen Antrag direkt stellt, die anspruchsberechtigten Personen das BuT nicht als Zusatzleistungen erfassen. Die Kenntnis dieser Unterstützung sollte daher bei den anspruchsberechtigten Personen verstärkt werden.

In diesem Zusammenhang regte das Institut an, ein Kompetenzzentrum „Wirtschaften“ einzurichten. Die Idee wird von Seiten der Kommune als grundsätzlich sinnvoll erachtet, soll aber weiterhin dezentral im Stadtgebiet verteilt sein, denn die einzelnen Kooperationspartner sind an ihren Standorten bereits gut etabliert. Wichtig sind dabei die Zusammenführung von unterschiedlichen Blickwinkeln sowie die Schaffung von aufsuchenden Angeboten. Die Stadt Wolfsburg sieht dringenden Handlungsbedarf in Bezug auf die Wirtschaftskompetenz von jungen Eltern, daher soll unter anderem die zielgruppenspezifische Elternbildung in Kinder- und Familienzentren und Stadtteiltreffs weiter ausgebaut werden.

Interaktion und Kommunikation mit dem Jobcenter

Nach Durchführung der Interviews im Sommer 2012 wurde die Struktur im Jobcenter Wolfsburg verändert und ein Team Alleinerziehende eingeführt. Drei spezialisierte Arbeitsvermittlerinnen kümmern sich speziell um die Zielgruppe. Durch eine herabgesenkte Kontaktdichte ist eine enge Zusammenarbeit möglich. Ferner sind Kooperationen zu weiteren Institutionen, wie den Kindertagesstätten, dem Familienservice oder Beratungsstellen intensiviert worden.

Die Einführung des Teams Alleinerziehende hat für die Klientinnen im Jobcenter bereits viel Positives mit sich gebracht, dennoch sollen einige ausgewählte Ergebnisse aus den Interviews dargestellt werden. Die Befragten wünschten sich aufgrund der Komplexität ihrer Lebenslagen eine ganzheitliche Betrachtung ihrer persönlichen Situation sowie die Vermittlung in passgenaue Arbeitsstellen. Diese Erkenntnis unterstreicht die Wichtigkeit sowie die Etablierung des Teams Alleinerziehende im Jobcenter und die damit zusammenhängende engere Zusammenarbeit zwischen der arbeitssuchenden Person und Arbeitsvermittlung.

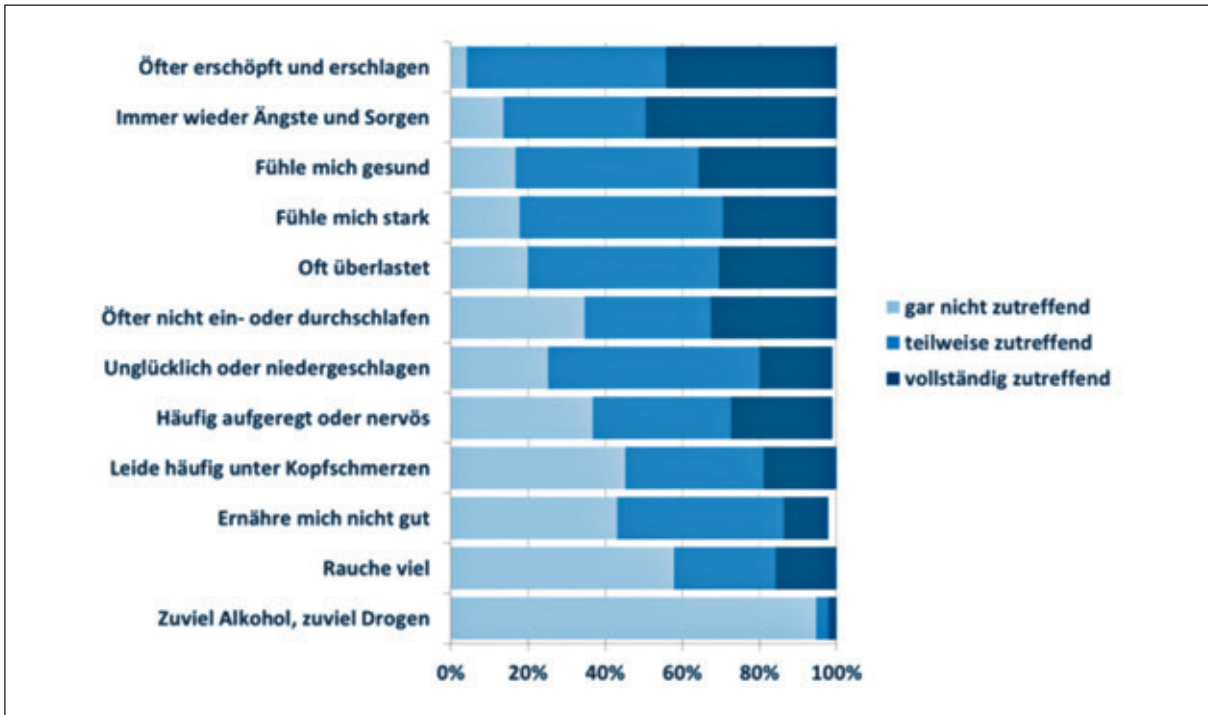
Allerdings gaben nur 10,5 % der Befragten an, ihre wichtigste Erwerbstätigkeit durch das Jobcenter vermittelt bekommen zu haben. Mit 39,5 % gab die Mehrheit an, diese durch Freunde und Familie erhalten zu haben.

Darüber hinaus wurde gefragt, was hilfreich wäre, um wieder erwerbstätig zu sein. Am nützlichsten benannten die Befragten ein Auto, Führerschein sowie Gesundheit bzw. psychische Stabilität. Hinsichtlich der ersten beiden Punkte bietet das Jobcenter bereits die Möglichkeit, den Führerschein sowie ein Auto zu finanzieren, sofern dies zur Ausübung der angebotenen Tätigkeit notwendig ist.

Gesundheit

Im Rahmen der Befragung wurde deutlich, dass Wechselwirkungen zwischen dem Eintritt in Arbeitslosigkeit und der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit vorliegen: Gesundheitliche Probleme spielen für das Eintreten, aber auch hinsichtlich des Verbleibs in Arbeitslosigkeit eine zentrale Rolle. 63,2% der Befragten teilten mit, dass gesundheitliche und psychische Stabilität für die Ausübung einer Arbeit hilfreich wäre. Die Eltern fühlten sich öfter erschöpft und erschlagen (trifft teilweise bzw. vollständig auf fast 96% der Befragten zu) oder hatten verstärkt Ängste und Sorgen (86,3%).

Abbildung 2: Aussagen zum Gesundheitszustand – Interviewte Person



Quelle: GOE Bielefeld, 2012.

75,6% der Befragten berichteten, dass auch ihre Kinder von Krankheiten, Beeinträchtigungen oder Auffälligkeiten betroffen sind. Am häufigsten wurden seelische Beeinträchtigungen benannt, vor allem bei Kindern von Aufstockerinnen (36,7%). Alleinerziehende ohne Zuwanderungsgeschichte sowie Eltern von Kindern im Vorschulalter benannten überdurchschnittlich häufig aggressives, trotziges Verhalten ihrer Kinder. Bei 35,4% der Kinder wirkten sich ihre Erkrankungen belastend auf ihren Alltag aus. Im Subgruppenvergleich ergab sich die mit Abstand höchste Belastung bei den Eltern mit erkrankten Kindern, die zwei oder mehr Kinder haben. Die Eltern von 52,1% dieser Kinder gaben an, dass sich die Erkrankung des Kindes auf den eigenen Alltag als „eher“ oder „sehr belastend“ auswirkte.

Im Hinblick auf diese Erkenntnisse ist es nicht verwunderlich, dass über die Hälfte der Befragten angaben, sie wünschen sich Unterstützung im Bereich Gesundheit für sie selbst; für die Kinder ergaben sich im Gesundheitsbereich Unterstützungswünsche von 46,8%. Jene Alleinerziehenden, die Unterstützungswünsche formuliert hatten, wurden gefragt, ob sie wissen, wo sie die passende Unterstützung erhalten können. Bei Erziehungsfragen oder bei schulischen Problemen der Kinder wussten die Befragten, an welche Stellen sie sich wenden können. Gesundheitliche Angebote waren in den Köpfen nicht so präsent: 55% wünschten sich in diesem Bereich Unterstützung, aber nur 44% wussten, wo sie sie erhalten können. Daher wurde von der GOE angeregt, Stadtteiltreffs zu wohnortnahen Gesundheitstreffs in der Stadt Wolfsburg weiter zu entwickeln. Entsprechende Gespräche

und Konzeptideen werden derzeit in Kooperation zwischen den Stadtteiltreffs, dem Gesundheitsamt sowie dem Sozialpsychiatrischen Dienst geführt bzw. entwickelt.

Fazit und Ausblick

Die Untersuchung hat viel dazu beigetragen, Informationen über die in Wolfsburg lebenden Ein-Eltern-Familien im SGB II-Leistungsbezug zu gewinnen. Darauf aufbauend gilt es, passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten und die Familien zur selbstbewussten Inanspruchnahme von Leistungen zu motivieren. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist mit der Veröffentlichung „Alleinerziehend – na und?! Wolfsburg zieht mit“ gegangen worden. In dieser Broschüre werden verschiedenste Angebote von Kinderbetreuung über Beantragung von Arbeitslosengeld II bis hin zu praktischen Tipps zur Antragstellung einfach und anschaulich beschrieben. Weitere Informationen liefert auch die Internetseite www.wolfsburg.de/alleinerziehende.

Die zentralen Akteure und Institutionen sind bereits entsprechend ihrer Arbeitsschwerpunkte über die Ergebnisse der Studie sowie die Lebenslagen der Ein-Eltern-Familien im SGB II-Bezug in Wolfsburg sensibilisiert worden.

Derzeit arbeitet die Verwaltung bezogen auf das Gesamthilfesystem an der Etablierung eines Netzwerkes für Alleinerziehende. Hierzu gehört die Gründung einer zentralen Anlaufstelle für Alleinerziehende, die zielgerichtet in den Bereichen Wirtschaften, Vergünstigungen, Kinderbetreuung etc. beraten und ggf. weitervermitteln kann. Ferner werden derzeit von der Erziehungsberatung interdisziplinäre Angebote für Familien in Trennungs- und Scheidungssituationen aufgebaut.

Zur Stärkung des persönlichen Umfeldes sowie zum Aufbau von Kontakten werden außerdem Angebote und Treffpunkte anhand der benannten Bedarfe von Ein-Eltern-Familien optimiert.

Im Bereich Gesundheit wird an einem Informations- und Beratungsnetzwerk für Alleinerziehende gearbeitet. Hier sollen unter anderem wohnortnahe Gesundheitstreffs sowie zielgerichtete Angebote zur Gesundheitsförderung etabliert werden.

Zur Sensibilisierung und stärkeren Vernetzung der Akteure innerhalb der Stadt Wolfsburg findet derzeit eine Workshopreihe statt, die ebenfalls aus der Befragung resultiert. Hier wurden Expert/-innen, Multiplikator/-innen und Institutionen eingeladen, zu deren Zielgruppe Ein-Eltern-Familien gehören. Die Reihe startete zum Thema „Treffpunkte im Stadtteil“, darauf aufbauend wurde gemeinsam der Bereich „Wirksamkeit sozialer Hilfen“ bearbeitet. Im November 2014 wird sich der vorläufig letzte Workshop der „(Psycho)sozialen Gesundheit von Alleinerziehenden und deren Kinder“ widmen.

Damit auch zukünftig die Zielgruppe selbst in den Prozess weiter eingebunden bleibt, plant die Verwaltung für 2015 einen Fachtag zum Thema, an dem sich Institutionen untereinander, aber auch Ein-Eltern-Familien über Angebote informieren und sich miteinander vernetzen können.⁶¹

Verfasserin:

Eva Gommermann-Schramm, Stadt Wolfsburg – Sozialplanung

⁶¹ Erschienen in der Ausgabe der NST-N 11/2014 des Niedersächsischen Städtetages

DEMENZ – ARBEIT DES SENIOREN- UND PFLEGESTÜTZPUNKT

Der Senioren- und Pflegestützpunkt (SPN) befasst sich neben der Beratungstätigkeit zu Themen des Alterns, Pflegebedürftigkeit, Antragstellungen und Wohnen auch mit zielgruppenorientierten Angeboten. Diese ergeben sich aus den Bedarfen, die sich bei den umfangreichen Beratungsgesprächen/ -situationen herauskristallisieren. In diesen Zusammenhang ist die Beschäftigung mit dem Thema Demenz einzuordnen.

Demenz ist in seinem Krankheitsbild, seinem Krankheitsverlauf vielfältig. Demenz ist ein angstbehaftetes Thema. Gründe liegen in der Annahme von Persönlichkeitsveränderungen, Kompetenzverlusten, Verlust von Eigenständigkeit, abhängig oder peinlich zu sein. Die Unterstützung durch Dritte als auch der Abbau von Selbstbestimmungsfähigkeiten prägt das Wahrnehmungsbild.

Die Pflege von Demenzerkrankten ist vielfach am Abbau und Verlust von körperlichen und geistigen Fähigkeiten orientiert und lässt Möglichkeiten von Förderung und Wahrnehmung der vorhandenen Kompetenzen außen vor. Für pflegende Angehörige ist dieses Thema von noch größerer Bedeutung.

Häufig sind pflegende Angehörige selber in einem Alter, das von altersbedingten Einschränkungen begleitet ist, die

- Persönlichkeitsveränderungen der Erkrankten auszuhalten,
- adäquat damit umzugehen,
- möglicherweise Berufsaufgabe – damit einhergehend Einkommensverluste,
- soziale Isolation mit sich bringen.

Diese unvollständige Auflistung erfordert eine Neuorientierung in vielerlei Hinsicht.

Ist ein „gutes“ Leben mit einer Demenzerkrankung möglich? Wer entscheidet es? Woran wird es ausgemacht?

Die Beantwortung dieser Fragen ist differenziert zu betrachten. Zum einen ist die umfassende Information zu Krankheitsbild, Krankheitsverlauf, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, Finanzierungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige erforderlich. Zum anderen bedürfen sie eines Angebots für gemeinsame Aktivitäten von Erkrankten und Pflegenden im öffentlichen Raum. Für viele ist ein Austausch mit Gleichbetroffenen eine Entlastung der Alltagssituation.

Die Kommunikation von und mit Demenzerkrankten basiert häufig nicht auf verbalen Äußerungen sondern ist häufig nur über Körper- und Sinneserfahrungen erleb- und spürbar. Dafür zu sensibilisieren, ist eine Aufgabe von Leistungsanbietern.

Der Senioren- und Pflegestützpunkt arbeitet mit dieser Zielrichtung seit 2009 mit dem Mehrgenerationenhaus (MGH) zusammen. Durch die Initiierung des Rundes Tisches (AWO, SoVD, Paritätischer, Kirchen, Stadtebibliothek, Seniorenzentrum St. Marien, MGH, SPN) konnte sukzessiv die Themenfolge – Information, sensibilisierende und ressourcenorientierte Angebote – erarbeitet und umgesetzt werden.

Es gab die Informationsreihe „Leben mit Demenz“ (von Informationen zum Krankheitsbild über Umgang mit Verhaltensänderungen, Vorsorge bis hin zu entsprechenden Hilfsmitteln). Diese Vortragsreihe ist aktuell ausgesetzt durch entsprechende Angebote anderer Anbieter vor Ort.

Basierend darauf wurde das

- „Café VergißMeinNicht“ (seit Nov. 2010) – ein einmal monatlich stattfindender Gesprächskreis für pflegende Angehörige mit ihren Erkrankten.

Es folgten Angebote aus dem musischen, sportlichen und spirituellen Bereich. Hier sind zu benennen, ein kunsttherapeutisches Angebot, das nicht angenommen wurde, des weiteren

- die „TanzZeit“ – ein Bewegungsangebot mit einer Tanzlehrerin und Musikgeragogin – (ein seit 2012 bestehendes Angebot, einmal monatlich)
- sowie der seit 2011 einmal jährlich stattfindenden „Gottesdienst am See“.

Das Thema Demenz ist ein kommunales Thema. Vielerorts gibt es bereits Bestrebungen hinsichtlich einer demenzfreundlichen Kommune mit den Fragestellungen: Wie können kommunenrelevante Angebote von wertschätzender Haltung hinsichtlich dieses Krankheitsbildes heute und zukünftig aussehen?

Unter anderem initiierten vor diesem Hintergrund verschieden Akteure in Wolfsburg, WOB AG, Sozialpsychiatrischer Verbund und AGE, Senioren- und Pflegestützpunkt, in 2015 den „Treffpunkt Demenz“. Das Angebot zum Thema Demenz wurde erweitert. So gab es Veranstaltungen für das Handwerk, für professionelle Pflege, für Laienpflege und Interessierte.

Es wurde erstmals eine Veranstaltung zum Thema „Demenz-Balance-Modell“ angeboten. Pflegende Angehörige können die Schulungsmaßnahme wahrnehmen bei gleichzeitiger Betreuung der zu pflegenden Angehörigen.

Diese Fortbildung konnte nur mit Unterstützung anderer Einrichtungen stattfinden:

Finanziert wurde die Maßnahme durch die Margarete-Schnellecke-Stiftung, die Betreuung der Erkrankten erfolgte durch das Angebot des Paritätischen Wolfsburg „HilDe“ (Hilfe bei Demenz). Eine Gesundheitskasse vor Ort (Deutsche BKK) war bereit für ihre Versicherten die Betreuungsgelder zusätzlich zu zahlen.

Die kontinuierliche Auswertung dieser Angebote bietet Ansatzpunkte für zukünftige, neu zu planende Veranstaltungen sowie Unterstützungs- und Entlastungsangeboten.

- Die Informationen müssen Grundlagen wie z.B. Pflegeversicherung, Betreuungsrecht wie auch spezifische Problemfelder beinhalten z.B. aggressives Verhalten und Ablehnung über Schluckbeschwerden bis hin zu Essgeschirr.
- Kooperationen und Vernetzung sind anzustreben. Aufgrund der Notwendigkeit von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige ist eine Vielzahl, eine Ergänzung und eine Profilierung von Angeboten auch in einem Stadtteil ein zu verfolgender Ansatz.
- Menschen – pflegenden Angehörige, Erkrankte – für Angebote zu gewinnen ist eine weitere Herausforderung. Eine Beratung aufzusuchen ist ein Thema, ein Entlastungsangebot (in welcher Form auch immer) wahrzunehmen ist eine oftmals wesentlich größere Hürde – das sogenannte „Annehmen“ und „Loslassen“ können.

- Die Mehrzahl der Angebote oder auch der einsetzbaren Materialien orientiert sich an frauenspezifischen Bedarfen oder Biografiethemen. Spezifische Männerangebote sind schwer zu finden und müssen bzw. werden eigenständig erarbeitet. Es finden sich keine von Männern geleiteten Gruppen zum Thema Demenz.
- Kontinuität, feste Ansprechpersonen, Finanzierungsmöglichkeiten, feste Orte sind entscheidend für ein Zustandekommen von Vorhaben. Das Engagement der Beteiligten, der regelmäßige Austausch der beteiligten Akteure führte zu einer Offenheit und Interessiertheit, z. B. hat die Stadtteilbibliothek Materialien neu angeschafft, die nun erprobt werden können.

In Wolfsburg finden sich Beratungseinrichtungen wie den Senioren- und Pflegestützpunkt und AGE – Angehörigenberatung, Gedächtnissprechstunde, Einzelfallhilfe.

Wolfsburg bietet Informationsveranstaltungen, Schulungsmaßnahmen, Betreuungs- und Entlastungsangebote, Tagespflegeeinrichtungen, stationäre Versorgung und Gesprächskreise.

In Wolfsburg gibt es die Wohngemeinschaft für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen „Neues Land“, mit 10 Bewohnern, solitär, in Nachbarschaft in einem Mehrfamilienhaus.

Das Zukunftsthema „Leben mit Demenz in der Kommune“ neu zu gestalten, weiterzuentwickeln, innovative Vorhaben zu unterstützen sind als zukünftige Aufgabe anzusehen. Ebenso wie für aktuelle Problemlagen wie z. B. Demenz im Krankenhaus muss sensibilisiert werden.

Demenz als ein Krankheitsbild, das zunehmen wird (u. a. bedingt durch die höhere Lebenserwartung), Demenz als ein Thema für den Umgang mit sich verändernden Persönlichkeit, Demenz und Pflege vor den sich ändernden Familienkonstellationen und soziale Beziehungen sind Herausforderungen und auch Verantwortung sowohl in wirtschaftlicher, kultureller, politischer als auch sozialer Hinsicht.

Verfasserin:

Gerda Kamphaus, Stadt Wolfsburg – Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen

PROFESSIONELLE HILFEN IM PSYCHIATRISCHEN NOTFALL: LÖSUNGSANSÄTZE JENSEITS VON BEVORMUNDUNG UND UNTERLASSENER HILFE

Vortrag am 20.09.2011 zum 10-jährigen Jubiläum des Krisendienstes von Dr. Volker Heimeshoff

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Wie können wir im psychiatrischen Notfall gute Lösungen finden? Lösungen die Zwang nur als wirklich letzte Möglichkeit einsetzen, Lösungen in unübersichtlichen, emotional aufgeheizten Situationen?

Ich möchte mit diesem Vortrag Hinweise darauf geben, was uns bei der Arbeit im Krisendienst solchen Lösungen näher bringt. Dazu werde ich Aspekte der psychiatrischen Kriseninterventionen beschreiben. Ich werde auf das Thema Zwang eingehen, und ich werde gemeindepsychiatrische Angebote benennen, die es dem Krisendienst ermöglichen, fachlich gute Lösungen zu finden. Ich schildere zunächst zwei Beispiele aus der Praxis.

Erstes Beispiel: Ein 80-jähriger Mann wird auf einer Intensivstation des Klinikums Wolfsburg nach einem Schlaganfall behandelt. Dies erschien ratsam, weil anfänglich erhebliche Blutdruckprobleme bestanden und aus der Vorgeschichte weitere somatische Erkrankungen bekannt waren. Er wurde mit einer kompletten Aphasie aufgenommen, er war selbstständig gehfähig bei der Aufnahme. Fünf Tage später ist er nun unruhig und aggressiv, was auch der Grund dafür ist, dass die zuständigen Ärzte der Station eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung anfordern. Dabei stellen sie dem Krisendienst zwei Fragen: Kann die Sedierung verbessert werden? Ist die Verlegung in eine psychiatrische Klinik möglich? Der alte Mann hatte am Vortag einen Mitarbeiter der Intensivstation so heftig getreten, dass dieser jetzt arbeitsunfähig ist. Mir ist eine Verständigung mit dem erheblich sedierten Mann nicht möglich, er ist fixiert, wälzt sich unruhig hin und her und versucht jede Annäherung abzuwehren. Der Blutdruck sei stabil, so berichten mir die Ärzte der Station, die Folgen des Schlaganfalls seien in der CCT deutlich rückläufig, der Verlauf sei in somatischer Hinsicht ohne Komplikationen, eine Verlegung könne zügig erfolgen.

Auf den ersten Blick scheint es hier keine befriedigende Lösung zu geben. Es ist unwahrscheinlich, dass eine Umstellung der beruhigenden Medikamente das Problem des aggressiven Verhaltens schnell lösen und eine Normalstation des Klinikums die weitere Behandlung sofort übernehmen kann. Eine Verlegung ins psychiatrische Krankenhaus kommt in Frage, ist aus verschiedenen Gründen aber keine überzeugende Lösung.

Ich habe dieses Beispiel ausgewählt, weil es die häufig vorkommende Problemkonstellation aus aggressivem Verhalten und einer hirnorganischen Schädigung illustriert. Ein psychiatrischer Krisendienst ist damit in Pflegeheimen und auch im ambulanten, häuslichen Bereich regelmäßig konfrontiert.

Im geschilderten Fall ließe sich einwenden, dass hier möglicherweise die Psychiatrie gar nicht zuständig sei, die Unruhe und Aggressivität des Patienten könnte ja allein auf die Schädigung des Gehirns zurückgehen, so dass Neurologen, Internisten oder Neurochirurgen zuständig wären.

Vielleicht kann ich Sie dann aber doch mit der Lösung überraschen. In diesem Fall wurde die Unterbringung des alten Herrn im psychiatrischen Krankenhaus als letzte Möglichkeit in Erwägung gezogen. Der Vorschlag einer Unterbringung erfolgte unter der Annahme, dass die Aussage der Krankenhausärzte zutraf und die körperliche Seite des Problems ausreichend behandelt war. Außerdem wurde vermutet, dass der Patient, wenn er nicht mehr massiv sediert wäre, umherlaufen könnte und

dass eine Fixierung auf einer psychiatrischen geschlossenen Station allenfalls anfangs erforderlich sein würde und die aggressive Verhaltensstörung dort am besten behandelt werden könnte. Dies wurde mit den Angehörigen besprochen.

Dadurch entstand ein ganz neuer Lösungsansatz: Eine Angehörige widersprach dem Vorschlag nämlich vehement. Sie erklärte sich bereit, den Großteil des Tages an dem Bett des alten Herrn zu wachen. Die Intensivstation stellte dafür ein Einzelzimmer zur Verfügung. Die sedierende Medikation wurde drastisch reduziert unter der Annahme, dass der bei der Notfallaufnahme ruhige und umgängliche Mann wahrscheinlich später so massiv reagiert hatte, weil er durch die Bedingungen der anfangs erforderlichen intensivmedizinischen Behandlung verängstigt und verunsichert war und sich wegen der Sprachstörung auch nicht äußern konnte. Die Beruhigung durch die vertraute Person, eine leichte medikamentöse Sedierung, die ruhigere Umgebung des Einzelzimmers und der in dieser Behandlungsphase mögliche Verzicht auf verschiedene aufwändige und eingreifende intensivmedizinische Maßnahmen führten dazu, dass das psychiatrische Anfangsproblem, nämlich Unruhe und Aggressivität, verschwanden.

Diese Krisenintervention habe ich Ihnen vorgestellt, weil hier einiges typisch und die Lösung einfach und ungewöhnlich zugleich ist. Anfangs scheint ganz viel Psychiatrie nötig zu sein um das Problem zu lösen zum Ende stellt sich heraus, dass weitergehende psychiatrische Hilfen nicht erforderlich sind. Hier geht es um ein häufig auftretendes Problem (Aggressivität und Unruhe eines älteren hirnorganisch kranken Menschen) und das System, das die Hilfe anfordert ist an den Grenzen der eigenen Möglichkeiten angelangt. Zur Häufigkeit dieses Problems gestatten Sie mir einen Blick in den Alltag psychiatrischer Krankenhäuser: Bei einer Untersuchung in 10 verschiedenen psychiatrischen Kliniken wurde bei 10 bis 50 % der Patienten mit der Diagnose F0 Zwangsmaßnahmen angewendet (1). Es geht in meinem Beispiel typischerweise auch um Gewalt: Im vorliegenden Fall ist ein Mitarbeiter der Intensivstation verletzt worden.

Die tatsächliche Lösung verknüpft verschiedene, von allen Beteiligten geteilte Einschätzungen und wird dadurch möglich, dass die Angehörige Gelegenheit hatte Position zu beziehen. Neben der Flexibilität der Akteure war das transparente, auf gemeinsames Entscheiden angelegte Vorgehen wichtig und es war wichtig, dass zusätzliche Ressourcen eingebracht wurden: Das Einzelzimmer der Intensivstation, die Zuwendung und das Engagement der Angehörigen.

Ich komme nun zu meinem zweiten Beispiel. Die eigentliche Krisenintervention ist von der Faktelage eher unspektakulär: Die betroffene Person ruft beim Krisendienst an, teilt mit, dass sie es zu Hause nicht aushalte und bittet darum, dass die sofortige Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus organisiert werde. Die Mitarbeiter des Krisendienstes machen einen Hausbesuch, bestellen den Krankentransport, der erst losfahren kann, nachdem die Person über einen Zeitraum von mehr als einer Stunde verschiedene Taschen, Tüten und Koffer gepackt hat. Die Person ist hochakut psychotisch. Sie hat große Angst, fühlt sich von allen Seiten bedroht und kann sich kaum noch zielgerichtet und planvoll verhalten.

Die Person ist bis dahin wegen einer ziemlich atypischen paranoiden Schizophrenie in der psychiatrischen Ambulanz behandelt worden und wurde auch vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut, sie erhielt zudem Betreuungsleistungen im Rahmen des persönlichen Budgets. Ambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst sind bei uns organisatorisch und personell eng verzahnt, so dass bei den Kontakten, durchschnittlich drei bis fünf pro Woche, eine hohe personelle Kontinuität möglich war.

Die Person hatte die Helfer in den letzten Monaten intensiv beansprucht. Die antipsychotische Medikation wirkte schon längere Zeit nicht mehr ausreichend. Sie war seit einigen Monaten nicht mehr ausreichend behandlungs- und krankheitseinsichtig, eine rationale medikamentöse Behandlung war nicht mehr möglich. Dennoch gelang es aber immer wieder, sie im Gespräch zu beruhigen. Als einer der Bezugstherapeuten im Urlaub war, schlug ihr psychotisches System, in dessen Rahmen sie sich in Beziehungen zu verschiedenen imaginierten Liebes- und Hassobjekten verstrickt sah, in ein dra-

matisches Verfolgungsszenario um. Diese nun als extrem bedrohliche erlebte Situation führte zu ihrem eigenen Entschluss, eine stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Diese stationäre Behandlung war überfällig. Ihre freiwillige Bereitschaft dazu auf dem Höhepunkt der Krise hat alle Beteiligten überrascht. Das Beispiel zeigt, dass bei einer ausreichend intensiven, partnerschaftlichen Zusammenarbeit, einem „shared decision making“, so viel Vertrauen entstehen kann, dass eine fachlich richtige, von der Person aber in den Wochen zuvor vehement abgelehnte Lösung, schließlich doch möglich wird. Dabei lag eine klassische Krankheitseinsicht nicht vor.

Das Risiko einer Vertrauenskrise wäre bei der Anwendung von Zwang in den Wochen vorher hoch gewesen. Eine spätere Zusammenarbeit wäre wahrscheinlich schwierig geworden. Längle und Bayer berichten in der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ über die Sichtweise betroffener Patienten zu Zwangsbehandlungen:

„Sowohl im direkten zeitlichen Kontext als auch mit langem Abstand zur Zwangsbehandlung empfindet eine Mehrheit diese Maßnahme als ungerechtfertigt. Ein relevanter Stichprobenanteil ist im Verlauf behandlungseinsichtig.“ (2)

Diese sehr polarisierte Sicht Betroffener, also mehrheitliche Ablehnung und eine Minderheit, die der Zwangsbehandlung im Nachhinein zustimmt, soll auch bei anderen Untersuchungen gefunden worden sein. Man hat sich jedenfalls, so scheint der Stand des Wissens zu sein, damit abzufinden, dass ein relevanter Anteil Betroffener Zwangsbehandlungen ablehnt.

Für beide Beispiele gilt, dass gute Lösungen in psychiatrischen Kriseninterventionen überraschend möglich werden, wobei solche Überraschungen durch die psychiatrischen Interventionen systematisch vorbereitet wurden. Eine weitere Gemeinsamkeit dieser Lösungen ist, dass fachlich kompetente Helfer auf strukturelle Ressourcen des Versorgungssystems zurückgreifen können. Während dies im ersten Fall das Engagement der Angehörigen und die Flexibilität der somatischen Klinik sind, ist dies im zweiten Fall ein System von Helfern, das die Person auch durch die abenteuerlichsten psychotischen Äußerungen begleitet und die strapaziöse Auseinandersetzung über längere Zeit auf mehrere Schultern verteilt. Im Augenblick der dann überraschenden Bereitschaft zur stationären Behandlung wird eine weitere Ressource benötigt, nämlich die psychiatrische Klinik.

Wenn wir nach guten Lösungen suchen, lohnt es sich systematisch zu ergründen, wer einen psychiatrischen Krisendienst in Anspruch nimmt? Die WHO hat das in ihrer internationalen Untersuchung über Krisendienste im Jahr 1993 (3) so kategorisiert, dass es erstens diejenigen sind, die im wesentlich psychisch gesund sind, aber durch psychosoziale Belastungen (z. B. Verlust eines Menschen, Trennung) in eine seelische Krise geraten sind. Als zweite Gruppe gelten die psychiatrischen Notfallpatienten im engsten Sinne (akut depressive, akut psychotische Personen z. B.) und in einer dritten Gruppe finden sich die chronisch psychisch Kranken einer Gemeinde. Jede dieser Gruppen stellt andere Anforderungen an den Krisendienst.

Das erste Beispiel aus dem Krankenhausalltag lässt sich nur auf den ersten Blick nicht so recht in eine dieser Kategorien einordnen. Würde uns diese Problemkonstellation (hirnorganische Störung und aggressive Verhaltensstörung) im ambulanten Feld begegnen, dann wäre dies am ehesten als Problem eines chronisch Kranken (Demenz) und seines sozialen Umfeldes einzuordnen. Das zweite Beispiel passt zunächst in die Kategorie der chronisch psychisch Kranken; die betroffene Person hat sich über längere Zeit mit ihren Alltagskatastrophen an den Krisendienst gewandt. Der Dienst stand vor der schwierigen Aufgabe, bei den oft dramatisch vorgetragenen psychotischen Verzerrungen alltäglicher Konflikte zu unterscheiden, ob hier tatsächlich eine psychiatrische Notfallsituation vorlag. In der Gruppe derjenigen, die den Krisendienst wegen einer schweren psychosozialen Belastung in Anspruch nehmen, geht es oft um große Verzweiflung bis hin zu akuter Suizidalität, gelegentlich spielt auch die schwere, verstörende Belastung nach einem Trauma eine Rolle. Diese Gruppe sehen wir oft konsiliarisch im Klinikum der Stadt, oft nach Suizidversuchen. In diesen Fällen kommt selten

eine stationäre psychiatrische Behandlung in Betracht; zu einer fachlich guten Krisenintervention würden hier oft zwei bis drei akutpsychotherapeutische Nachbehandlungstermine gehören. Der Wolfsburger Krisendienst kann das manchmal, aus meiner Sicht zu selten, anbieten. Wichtig wäre hier, dass wer den Erstkontakt in der Krise gemacht hat, auch die Folgekontakte anbietet. Eine Überweisung zu anderen Hilfesystemen gelingt in solchen Situationen zu selten.

Schaut man ausschließlich auf die Diagnosen der Klientel eines Krisendienstes, so ist mit einer bunten Mischung zu rechnen. Bei den akuten psychiatrischen Störungen sind Komplikationen einer Sucht sowie Störungen aus dem Spektrum der Schizophrenien am häufigsten. Auch bei den chronisch psychisch Kranken, die den Dienst häufiger wegen verschiedener Versorgungsprobleme in Anspruch nehmen, sind Schizophrenien häufig, bei älteren Menschen geht es oft um Verhaltensauffälligkeiten oder Versorgungsprobleme bei Demenzen.

Nun ist es, wie sie sich sicherlich denken können nicht so, dass die Inanspruchnahme eines Krisendienstes regelmäßig von den Betroffenen selbst gesteuert wird. Häufig, in über der Hälfte der Fälle, melden sich andere als die Betroffenen selbst.

Für einen Krisendienst, ist es besonders wichtig, dass der Zugang leicht möglich, die Zugangsschwelle also niedrig ist. Andernfalls erreichen Sie Menschen mit besonderen Beeinträchtigungen nicht. Wenn Sie im Krisendienst wenig zu tun haben wollen, können Sie mit folgenden Maßnahmen die Zugangsschwelle verlässlich erhöhen: Machen Sie auf keinen Fall Hausbesuche und entscheiden Sie über Ihre Zuständigkeit grundsätzlich und abschließend, ohne die oder den Betroffenen gesehen zu haben.

Ich komme nun zu einigen Elementen psychiatrischer Kriseninterventionen.

Im ersten Schritt geht es darum, Informationen zu erheben, zu bewerten und das eigene Vorgehen zu planen.

Hier ist es wichtig, dass Mitarbeiter sich gegenüber denjenigen öffnen, die sich an den Krisendienst wenden, dass sie also in kognitiver und emotionaler Hinsicht Informationen aufnehmen, erst nach ausreichend intensivem Zuhören in einen Klärungsprozesse eintreten und bei der Planung eines Einsatzes neben vielen im engeren Sinne fachlichen Fragen nicht vergessen, sich ausreichend selbst zu schützen.

Ich erwähne die Aspekte des Zuhörens und des Bewertens der Informationen, weil diese Aktivitäten störanfällig sind. Als Mitarbeiter eines Krisendienstes, so muss ich genauer formulieren, sind wir störanfällig, weil sich die Angst, die Aufregung, der Ärger oder die Hilflosigkeit derjenigen, die auf eine Krise hinweisen, häufig auf uns übertragen.

Bei der Analyse der Informationen geht es um erste Einschätzungen. Hinsichtlich der sachlichen Ebene Ihrer Informationen sollten Sie sich darüber im Klaren sein, mit welchen Vermutungen sie bei der Krisenintervention auftreten werden. Gehen Sie davon aus, als psychiatrischer Fachdienst zuständig zu sein? Welche diagnostische Vermutung haben Sie? Erwarten Sie, einem aggressiven Menschen gegenüber zu treten?

Beachten Sie aber auch besonders ihre emotionale Einstellung: Haben Sie Angst? Sind Sie aufgeregt oder gelangweilt, verärgert, abgelenkt oder müde? Ihr Voreingenommen sein und ihre eigene Emotionalität beeinflussen ihr Handeln in der Notfallsituation. Das Problem ist nicht, dass Sie, ich denke jetzt an mich selbst im ersten Beispiel, aufgeregt und in Zeitnot in eine Krisenintervention starten, dass Sie erwarten, dass dieser Fall, den sie ja noch gar nicht persönlich gesehen haben, nur durch eine Unterbringung zu regeln ist. Sie gehen vielleicht davon aus, weil ihre Vorerfahrungen immer so waren und von Seiten des Klinikums fast immer eine Überweisung ins psychiatrische Krankenhaus gefordert worden ist.

Diese affektiven und logischen Kurzschlüsse sind erst dann ein Problem, wenn sie Ihnen nicht bewusst werden und Sie diesen Erwartungshorizont nicht systematisch prüfen. Dann würden Sie wenig offen für die reale Situation antreten und hätten schon einen Großteil ihrer Möglichkeiten für Lösungen verspielt.

Das Problem dabei ist, dass der eigene Erwartungshorizont uns (unreflektiert) zumeist schlüssig vorkommt und wir dazu neigen, uns der eigenen Überprüfung zu entziehen. Nach kritischer Überprüfung des eigenen Vorwissens und Reflexion der eigenen Gefühle und Handlungsimpulse ergeben sich in vielen Fällen Spielräume.

In Notfallsituationen sind wir und andere Beteiligte sehr schnell dabei vermeintliche Sachzwänge zu konstruieren. Es herrscht oft ein hoher Handlungsdruck. Dieser hat aber, und das erkennen wir nur mit einer angemessenen Reflexion über uns selbst und die Situation, manchmal mehr mit den Akteuren als mit den tatsächlichen Problemen zu tun.

Es lohnt sich bei der Arbeit im Krisendienst, die eigene Angst grundsätzlich ernst zu nehmen. Wenn sie erkennen, dass diese wenig mit Ihnen und mehr mit der Situation zu tun hat, die sie wahrscheinlich bei ihrem Einsatz vorfinden werden, dann ist es höchste Zeit darüber mit den Sie begleitenden Kollegen zu sprechen und festzulegen, wie Sie sich ausreichend schützen können.

Rupp hält in seinem Buch „Notfall Seele“ dazu vier Gebote fest:

- Drohung ernst nehmen,
- Distanz nehmen und wahren,
- Sicherheit durch Übermacht,
- Beruhigen Sie sich und andere (4).

Wichtig um unsere inneren Handlungsspielräume zu erhalten ist neben einer selbstreflexiven Klärung und einer Kommunikation mit anderen Akteuren der Faktor Zeit. In einer Krisenintervention sollte uns etwas Paradoxes gelingen: Obwohl alles auf eine Lösung drängt, empfiehlt es sich, den Prozess zu entschleunigen.

Ich möchte auf diesen Aspekt nicht detailliert eingehen, letztlich geht es darum, die tatsächlich vorhandenen zeitlichen Spielräume zu erkennen, zu nutzen und den zeitlichen Ablauf der Krisenintervention selbst zu gestalten.

Schließlich geht es, bevor wir uns detailliert im persönlichen Gespräch um die der Krise zu Grunde liegende Problematik kümmern darum, die Begegnungs-, die Gesprächssituation, also das Setting zu gestalten. Auch dies möchte ich hier nur in Erinnerung rufen und nicht eingehend abhandeln. Nur so viel dazu: Wenn Sie einen Menschen nach einem Suizidversuch im Mehrbettzimmer der Intensivstation befragen, kommen Sie zu anderen Ergebnissen als bei einem Gespräch in ungestörter Umgebung. Wenn Sie wirklich etwas über Suizidalität erfahren wollen, benötigen Sie ein intensives Gespräch, eine konzentrierte, dichte Atmosphäre. Es ist im Krisendienst wichtig, die eigenen Settingregeln auf fremdem Terrain aktiv einzubringen. Sie müssen die Gesprächssituation auch hinsichtlich der Umgebungsfaktoren aktiv gestalten.

Rupp hat in „Notfall Seele“ die folgenden (unspezifischen) Elemente einer Krisenintervention aufgezählt (3):

- Stimulation verhindern,
- Komplexität vermindern,
- Lösungsorientiert arbeiten.

Ich möchte das aktive Handeln in einer Krisenintervention mit folgenden Begriffen zusammenfassen:

- Informationen gewinnen, emotional und kognitiv bewerten;
- Setting gestalten, Rollen (er)klären,
- Deeskalieren,
- Untersuchen, weitere Informationen erheben, klären,
- Reflektieren, Ebene im Gespräch wechseln,
- Feststellen (Problem, Krankheit, Ressourcen, Veränderungshemmnisse, Prognose [Prognosekriterien])
- Ziel der Krisenintervention benennen,
- Mitteilen
- Verhandeln
- Umsetzung (Festlegen: die nächsten Schritte, wer macht was)

Damit sind aus meiner Sicht die wesentlichen Faktoren beschrieben, die sie gestalten sollten.

Die Krisenintervention bei einem akut paranoiden Menschen verläuft allerdings anders als die Krisenintervention bei einer Person, die im Zusammenhang mit einem Trennungskonflikt suizidal war oder ist. Kriseninterventionen sind also auch störungsspezifisch. Ich möchte dies an dieser Stelle nicht detailliert ausführen, sondern nur darauf hinweisen, dass die oben aufgeführten Elemente ergänzt werden müssen, um das spezielle psychiatrisch-psychotherapeutische Know How. Bei einem paranoiden Menschen werden sie vorsichtiger sein, sie müssen viel mehr beruhigen, stabilisieren und strukturieren und machen sich darauf gefasst, dass sie in ihrem Anliegen und ihrer Rolle als Helfer nicht unbedingt verstanden oder nicht akzeptiert werden. Bei einem nach einer Trennung verzweifelten Menschen, können sie in der Regel direkter und offener kommunizieren. Hier haben Sie große Chancen im direkten Gespräch zu erfahren, wie die aktuelle Suizidalität entstanden ist, welche Veränderungsressourcen und welche Hemmnisse für eine Veränderung vorliegen; sie gewinnen ein „rundes“ Bild. Genau das dürfen Sie bei dem akut psychotischen Menschen nicht erwarten: Sie werden bruchstückhaftes erfahren, Sie müssen sehr oft beruhigen und auf Unsicherheit und Angst eingehen.

Ich komme nun zu dem Problem des Zwangs bei psychiatrischen Kriseninterventionen. Zwang spielt in meinem ersten Beispiel, dem alten Mann, der in seiner Verwirrtheit eine Pflegekraft erheblich verletzt hatte, in mehrfacher Hinsicht eine Rolle (Fixierung, Sedierung, Erwägung der Unterbringung). Zwang spielte aber auch bei dem zweiten Beispiel eine Rolle und diesen Aspekt trage ich nun nach. Der Krisendienst empfahl der Ordnungsbehörde eine Unterbringung nach §18 NPsychKG vorzunehm-

men, obwohl die Person den Wunsch nach stationärer Behandlung äußerte. Auf der Fahrt von Wolfsburg nach Königslutter haben Klienten schon mehrfach darauf bestanden, auf halber Strecke auszu steigen. Die Person war hochgradig ambivalent und paranoid (Krankheitssymptome). Mit der vorläufigen Unterbringung beabsichtigte der Krisendienst, der RTW Besatzung eine Handhabe zu geben, die Person zurückhalten zu können. Die Person kommentierte dies so, dass sie ohnehin in der Klinik ihre Freiwilligkeit erklären würde und der Richter sie dann gar nicht unterbringen könne, insofern sei ihr völlig egal, was der Krisendienst mache.

Die gesetzliche Grundlage des SpDi, das NPsychKG, macht den Sozialpsychiatrischen Dienst bekanntlich zum Akteur der Hilfen für psychisch Kranke. Es verleiht dem SpDi aber auch besondere Befugnisse im psychiatrischen Notfall. Diese Passagen finden sich in der Systematik des Gesetzes nach einer detaillierten Aufzählung von Hilfen und einer kurzen Aufzählung der Aufgaben in der Psychiatrieplanung. In der Logik des Gesetzes kommt Zwang erst ins Spiel, wenn die Hilfen ausgereizt sind.

Dabei denke ich an die Befugnis unmittelbaren Zwang auszuüben in §12, an die Bestimmungen zur Untersuchung und Vorführung des §13 und natürlich auch an die rechtlichen Vorschriften des Dritten Abschnitts des Gesetzes mit der Überschrift „Unterbringung“.

Ein Krisendienst ist keine Ordnungsmacht. Und wenn er aus bestimmten Gründen eng mit der Ordnungsbehörde oder der Polizei zusammenarbeiten sollte, so geht es eben wirklich um Zusammenarbeit, und nicht um die Übernahme der gesetzlichen Aufgabe, Sicherheit und Ordnung herzustellen. Damit dieser Irrtum, Krisendienst als Ordnungsmacht, gar nicht erst aufkommt, ist in Wolfsburg, anders als in manchen anderen Städten und Kreisen, die im Unterbringungsverfahren gemäß §17 NPsychKG Antrag stellende Behörde organisatorisch und personell getrennt vom Sozialpsychiatrischen Dienst.

Wenn ein Krisendienst für psychiatrische Notfälle zuständig ist, darf die Möglichkeit von Zwang nicht kategorisch ausgeschlossen werden. Es wäre unterlassene Hilfeleistung, beispielsweise schwer psychotische oder hochgradig demente Menschen sich selbst zu überlassen, wenn diese, obwohl hilfebedürftig, Hilfe ablehnten. Zwang, von manchem als „Schattenseite“ der Psychiatrie bezeichnet, spielt in der Arbeit eines Krisendienstes oft eine Rolle. Es wäre schädlich, dies zu verschweigen oder das Thema zu tabuisieren. Das enthusiastische „Freiheit heilt“ müssen wir im Krisendienst mit der nüchternen Feststellung „und Zwang schützt“ ergänzen.

Die Anwendung von Zwang sollte im Prozess der Krisenintervention immer transparent gemacht werden. Ich habe in meinem ersten Beispiel darauf hingewiesen: Die Transparenz sorgte dafür, dass die Angehörige Einspruch erheben und eine Alternativlösung vorschlagen konnte.

Transparenz bedeutet aber auch, das Ausmaß an Zwang zu veröffentlichen. Schließlich geht die Anwendung von Zwang auf gesellschaftliche Einigungen zurück (Gesetze) und das Ausmaß von Zwang ist gestaltbar, es ist sicher abhängig von demographischen und sozialen Parametern (worüber zu wenig bekannt ist), es ist aber unter anderem auch abhängig von der Kompetenz der psychiatrischen Fachleute und der Qualität des gemeindepsychiatrischen Systems.

Bevor ich dazu einige Zahlen aus Wolfsburg vorstelle, sei darauf hingewiesen, dass es bundes- und landesweit keine trennscharfen Statistiken zu dem Thema „Zwang in der Psychiatrie“ gibt. Dieser Mangel führte dann auch zu Spekulationen über einen drastischen Zuwachs von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken, die sich inzwischen als nicht haltbar erwiesen haben (5).

Zwangsmaßnahmen nach NPsychKG in Wolfsburg

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Unterbringung (§§16,17,18)	145	133	153	147	151	168

Sie sehen hier einen leichten Zuwachs der absoluten Zahlen. Differenziert man die Werte aus dem Jahr 2010 nach Geschlecht, so sind von den in Wolfsburg untergebrachten Personen 57 % männlich und 43 % weiblich. Bei 23 % der Unterbringungen war oder wurde die Polizei beteiligt.

Im Jahr 2010 dokumentierte der Sozialpsychiatrische Dienst rund 10 % der Klientenkontakte als Krisenintervention. Ungefähr ein Fünftel des Budgets des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird für den Krisendienst benötigt. Kriseninterventionen führten etwa in einem Drittel der Fälle zur Unterbringung.

Zu den von der Stadt Wolfsburg (bzw. im weiteren Verfahren vom Amtsgericht Wolfsburg) untergebrachten Personen müssen noch schätzungsweise 60 Personen zugezählt werden, die außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im AWO Psychiatriezentrum gemäß §13 vorgeführt und nach §18 NPsychKG von der zuständigen Behörde des Landkreises Helmstedt untergebracht wurden. So kann die Anzahl der nach NPsychKG untergebrachten Wolfsburger auf etwa 230 Personen geschätzt werden. Das entspricht einer Rate von (gerundet) 189 Personen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2010.

Solche Zahlen machen Vergleiche erforderlich: Aus Hannover wird berichtet, dass 2007 83 Personen/ 100.000 Einwohner nach §18 NPsychKG untergebracht wurden (6) (Wolfsburg 2007: geschätzt mindestens 164/ 100.000 Einwohner, also doppelt so viele Personen).

Diese Zahl sollte uns aufmerken lassen; aber bevor wir darauf reagieren, möchte ich weitere Vergleichszahlen benennen. Der folgende Vergleich versucht nun, auch diejenigen Personen einzurechnen, die nach dem Betreuungsgesetz untergebracht wurden.

Wir können die Wolfsburger Zahlen nicht unterscheiden nach BGB Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus und solchen, die im Pflegeheim vorgenommen werden. Salize schlägt vor anzunehmen, dass die Hälfte der Unterbringungen nach §1906 BGB im psychiatrischen Krankenhaus erfolgte (5). Setzen wir diese 50 % Quote ein, kommen wir für Wolfsburg im Jahr 2010 auf eine Rate von 213 Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus/ 100.000 Einwohner im Jahr 2010.

Zum Vergleich Schätzwerte zu Raten (5), die sich auf das Jahr 2003 beziehen:

BaWü	Bay	Ber	BraB	HBre	HaHa	Hes	MeVo
79,2	262	62,1	28,1	252,1	170,9	197,8	97,2
Nied	NoWe	ReiP	Saar	Sac	Sanh	Schl	Thü
172,5	214,1	161,4	110	67,9	49,3	239,4	53,1

Sie sehen hier eine sehr weite Streuung dieser Raten. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, deren Effekt auf die Unterbringungsrate wir im Einzelnen nicht kennen:

- Soziale Lage, Stadt- Land, Demographie,
- Unterschiedliche Standards/ Prozesse bei der Anwendung der Unterbringungsgesetze,
- Unterschiedlich gut entwickelte psychiatrische Versorgungssysteme.

Im Kontext dieser Schätzwerte die auf das Jahr 2003 zu beziehen sind, ist der Wolfsburger (Schätz-) Wert von 213 Unterbringungen/100.000 Einwohner (2010) bundesweit in einem oberen Bereich einzuordnen und sollte –auch wenn man nicht mehr so erstaunt wie bei einem Vergleich der NPsychKG Unterbringungen zwischen Wolfsburg und Hannover, dazu anspornen, die psychiatrische Versorgung verbessern.

Ich habe stillschweigend vorausgesetzt, dass Lösungen in Notfallsituationen möglichst ohne Zwang auskommen sollten. Auf die mehrheitliche Ablehnung von Zwang durch Betroffene habe ich hingewiesen. Der GAU einer psychiatrischen Zwangsbehandlung ist aus meiner Sicht dann erreicht, wenn diese zu einer Traumatisierung führt. Das Erleiden eines Traumas im Kontext einer psychiatrischen Behandlung ist aus meiner Sicht deswegen ein besonderes tragisches Ereignis, weil die Prävalenz von Traumatisierungen bei Psychiatriepatienten ohnehin überdurchschnittlich hoch ist und Traumata bei einer Reihe psychischer Störungen ätiologisch bedeutsam sind (7). Dass Zwang nicht grundsätzlich zu einer Traumatisierung führt, sei ausdrücklich betont. Es gibt inzwischen einige Vorschläge zu einem zurückhaltenden und professionellen Umgang mit Zwang, z. B. auch in den DGPPB Leitlinien zum Umgang mit aggressivem Verhalten (8).

Steinert und Kallert finden bei einer Eingrenzung des Themas Zwang auf die Akzeptanz einer Zwangsmedikation bei schizophren Erkrankten folgendes:

„Neuere Untersuchungen geben ein differenzierteres Bild, wonach zwar ein Teil der betroffenen Patienten die Maßnahme im Nachhinein akzeptiert oder sogar begrüßt, ein etwa gleich großer, in manchen Studien sogar überwiegender, von Ärzten und Pflegenden eher unterschätzter Anteil sie aber nachhaltig ablehnt, auch langfristig mit vielen negativen Gefühlen und Bewertungen verbindet und retrospektiv für vermeidbar hält.“ (9)

Damit Zwang nicht traumatisierend wirkt ist es wichtig, Betroffene nicht nur umfassend über ihre Rechte zu informieren, sondern auch die verbleibenden Handlungsspielräume einer von Zwang geprägten Situation aufzuzeigen und den Betroffenen damit deutlich zu machen, welchen Spielraum sie weiterhin nutzen können. Formalisierten Abläufe, die auch die unterschiedlichen Rollen deutlich machen (Hilfsangebote formulierender Krisendienst, attestierender/ feststellender Krisendienst, entscheidungsbefugte Ordnungsbehörde, ggf. Verfahrenspfleger, Attest prüfende Ärzte im Krankenhaus, überprüfendes und letztlich entscheidendes Gericht) verdeutlichen Betroffenen den Prozess der Entscheidung und zeigen auf, wo man widersprechen oder mitwirken kann.

Wenn ich auf mein zweites Fallbeispiel zurückgreife, dann ist hier eine „atraumatische“ Einweisung beschrieben. Dieses Beispiel belegt, dass auch Patienten, mit deutlich herabgesetzter Steuerungsfähigkeit und sehr eingeschränkten Möglichkeiten abwägend und kritisch zu entscheiden, in einer Krisensituation, bei kompetenter Anleitung, den Weg in die dann angemessene Behandlung finden können. Die Chance kompetent anleiten zu können war im Fallbeispiel 2 dadurch besonders groß, da die Person umfangreiche positive Erfahrungen mit psychiatrischen Helfern und Institutionen hatte.

Dennoch legen die zuvor gegebenen Hinweise einmal mehr nahe, dass Zwang in der Psychiatrie lediglich eine Ultima Ratio sein darf. Aber die mit Zwang verbundene Lösung sollte mindestens nützlich sein. Was ist darüber bekannt?

Ich glaube, dass erfahrene Psychiater im individuellen Fall aussagekräftige Prognosen über Nutzen oder Nutzlosigkeit von Zwang erstellen können. In einem wissenschaftlichen Sinne ist aber zu wenig über Prognosekriterien bekannt, die uns evidenzbasiert in unseren gutachterlichen Empfehlungen leiten könnten. Ich habe der Literatur entnehmen können, dass die Studienlage für den stationären Bereich dürftig sei. Zudem kann man auch hier wieder nur störungsspezifisch Aussagen treffen, ob Zwang in der Behandlung nützlich sein könnte (9).

Aus rechtlicher Sicht betrachtet hat der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts mit seinem Beschluss vom 23. März 2011 Feststellungen zum Umgang mit Zwang getroffen (10). Letztlich werden diese auch für die Arbeit eines Krisendienstes bedeutsam werden, denn als eine Konsequenz aus dem Urteil wird das NPsychKG novelliert werden müssen. Dabei wird der Aspekt der Behandlung von der Unterbringung entkoppelt werden.

Das Bundesverfassungsgericht hatte zu klären, ob die medikamentöse Zwangsbehandlung einer psychotischen Person gegen deren Willen erlaubt wäre.

Kammeier (11) formuliert dazu in der Psychosozialen Umschau:

„Dem Zutritt dieses helfenden Zwangs in das „gestörte Leben“ eines psychotisch erkrankten Menschen hat das Bundesverfassungsgericht mit seiner Entscheidung vom 23. März 2011 ...eine stake Kette an die Tür gelegt, die diese nur noch einen kleinen Spalt breit offen lässt.“

Schauen wir uns diesen „kleinen Spalt“ einmal näher an, denn so erhalten wir auch Hinweise darauf, an welchen rechtlichen Normen wir unsere Arbeit auszurichten haben, wenn wir den Einsatz von Zwang in Erwägung ziehen.

Unter welchen Umständen wäre eine medikamentöse Zwangsbehandlung verfassungskonform?

Erstens müsste eine *krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit* der betroffenen Person vorliegen.

Zur Erinnerung: Von einer krankheitsbedingten Einsichtsunfähigkeit kann man ausgehen, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, in einem rechtlichen Sinne freie Willensentscheidung zu treffen. Eine freie Willensentscheidung ist im Wesentlichen durch drei Aspekte gekennzeichnet:

- das Verstehen des zugrunde liegenden Sachverhaltes,
- die Fähigkeit des kritischen Abwägens von Informationen die sich auf den Sachverhalt beziehen,
- die Anwendung der zu treffenden Abwägung auf die eigene Person. (Appelbaum zitiert nach (8))

Liegt keine freie Willensentscheidung vor wenn Betroffene eine Behandlung ablehnen, dann darf eine Zwangsmaßnahme nur dann erfolgen, wenn sie erwartbar Erfolg verspricht und wäre nur dann möglich, wenn eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos erscheint. Die (auch subjektive) Belastung des Betroffenen muss durch den Nutzen aufgewogen werden. Schließlich darf die Zwangsbehandlung nur von begrenzter Dauer sein; zuvor ist ein ernsthafter Versuch erforderlich, das erforderliche Vertrauen des Betroffenen zu gewinnen. Aufklärung ist in jedem Fall erforderlich. Eine Zwangsmedikation zum Schutz Dritter ist nicht möglich, ebenso wenig eine medikamentöse Behandlung aus disziplinarischen Gründen. (10)

Diese sehr deutliche rechtliche Klarstellung benennt sicherlich keine, für die alltägliche Praxis gänzlich neuen Implikationen. Was zuvor schon hätte gute Praxis sein müssen, wird hier im Sinne rechtlicher Normen festgelegt.

Wer in seiner psychiatrischen Arbeit auf den Dialog setzt, auf das Verhandeln, auf Transparenz und ein „shared decision making“ wird sich durch die Feststellungen des Bundesverfassungsgerichtes bestärkt fühlen. Aus meiner Sicht wird das therapeutische Mandat der Psychiatrie durch dieses Urteil gestärkt. Denn wenn klargestellt ist, dass eine eingreifende Behandlung nur in sehr gut begründeten Ausnahmen gegen den Willen Erkrankter erfolgen darf, muss ein gemeindepsychiatrisches System so organisiert sein, dass auch Menschen, die klassischen Behandlungspfaden nicht folgen wollen, hilfreiche Angebote vor Ort bekommen.

Sie haben von mir in diesem Vortrag Hinweise auf die allgemeinen und speziellen Kompetenzen von Helfern bei Kriseninterventionen gehört. Die Qualität unserer Lösungen in Notfallsituationen ist aber auch abhängig von der Strukturqualität unseres Versorgungssystems. Schließlich geht es auch darum, wie wir die Kompetenzen der Helfer mit den Strukturen vor Ort verknüpfen, also wie die Prozesse der Krisenintervention gemanagt werden. Das Thema Zwang in der Psychiatrie ist auch eine gesundheitspolitische Frage: Der Beitrag der psychiatrischen Fachleute dazu sollte mindestens darin bestehen, verlässliche Daten, z. B. über die Anwendung von Zwang zu ermitteln und zu veröffentlichen.

Ich möchte meinen Vortrag mit einigen Anregungen und Einschätzungen beenden:

1. Krisendienste sind aus meiner Sicht bei den Sozialpsychiatrischen Diensten organisatorisch gut aufgehoben. Wenn uns Lösungen vorschweben wie durch den Titel des Vortrags nahe gelegt, dann sollten Krisendienste auch weiterführende Hilfen anbieten und koordinieren können. Dazu gehört auch die enge Vernetzung mit Behandlungsangeboten. Ein Zusammengehen von SpDi und PIA bietet sich aus meiner Sicht hier an.
2. Für schwer und langfristig erkrankte Personen werden gut koordinierte Hilfspakete benötigt, wie im Beispiel zwei, der psychotisch erkrankten Person. Die wissenschaftlichen Hinweise darauf, dass intensive ambulante Behandlung und Betreuung stationäre Behandlungen seltener und kürzer werden lässt, sind überdeutlich. Die Hoffnung, dass mit einer Reduktion der stationären Inanspruchnahme auch die Häufigkeit von Zwangseinweisungen sinkt, ist daher berechtigt. Weder die PIA, noch der SpDi oder Budget- oder IV-Leistungen können diese Behandlungsdichte für sich genommen herstellen. Führen wir diese Leistungen also zusammen!
3. Weiterführende ambulante Hilfspakete sollten auch psychotherapeutische Angebote mitführen. Wie das bei schizophrenen Erkrankten aussehen könnte, kann man sehr gut in der S3 Leitlinie nachlesen (12); wie das praktisch geht, können Sie z. B. in einem Vortrag der diesjährigen Psychiatrietage in Königsutter erfahren. Notfallpsychotherapeutische Hilfen im Anschluss an eine Krisenintervention im engeren Sinne sind für Menschen mit Belastungsreaktionen erforderlich.
4. Wir benötigen eine Berichterstattung über die Anwendung und Häufigkeit von Zwang in der Psychiatrie; hier hoffe ich auf die Sozialpsychiatrischen Verbände. Berichte sollten interkommunal vergleichbar werden. Sie könnten als ein Kapitel im (IST) Sozialpsychiatrischen Plan verortet werden.
5. Fortbildung: Ich habe darauf hingewiesen, dass es basale psychotherapeutische Aspekte der Arbeit eines Krisendienstes gibt, die sich in der Grundhaltung, der Klarheit über die eigene berufliche Rolle, in dem bewussten Umgang mit der Gegenübertragung wieder finden. Außerdem war es mir wichtig, dass professionelle psychiatrische Kriseninterventionen auch störungsspezifisch sein müssen; auch diesbezüglich sehe ich Fortbildungsbedarf und würde mich freuen, wenn dies, z. B. von Fort- und Weiterbildungsinstituten aufgegriffen würde. Schließlich halte ich regelmäßige Trainings der Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen

zur Schulung im Umgang mit aggressivem Verhalten im Sinne von Deeskalations- und Sicherheitstrainings für erforderlich.

Quellen:

- (1) Steinert T et al. Effekte eines Kraft-und Bewegungstrainings auf die Fixierungshäufigkeit bei Demenzpatienten in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Praxis 2009; 26: 273-278
- (2) Längle G, Bayer W. Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. Psychiatrische Praxis 2007; 43, Supplement 2: S203- S207
- (3) Katschnig H, Konieczna T, Cooper J E. Emergency Psychiatric And Crisis Intervention Services In Europe. Copenhagen: WHO 1993
- (4) Rupp M. Notfall Seele. Stuttgart. Thieme Verlag: 2003
- (5) Salize HJ et al. Zwangseinweisungen psychisch Kranker- wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern? Psychiatrische Praxis 2007; 34, Supplement 2: S196- S202
- (6) Gapski J et al. Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun? In: Elgeti, H. Psychiatrie in Niedersachsen Bd. 4. Bonn 2011. Psychiatrieverlag.
- (7) Frommberger U et al. Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Berger M (Hrsg.) Psychische Erkrankungen. München: Urban und Fischer 2009)
- (8) http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf
- (9) Steinert T, Kallert TW. Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 2006; 33:160-169
- (10) BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. (1 – 83), http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html
- (11) Kammeir H. Darf der Staat mich vor mir selbst schützen. Psychosoziale Umschau 032011, S. 21-22.
- (12) <http://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info/files/s3-kurzversion.pdf>

LITERATURVERZEICHNIS

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2005): Der personenzentrierte Ansatz – Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem: 5. erweiterte und aktualisierte Auflage 2005 (Psychosoziale Arbeitshilfen 11)

Berger M. (Hrsg.) (2009): Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie

Betreuungsrechtliche Praxis – BtPrax. Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung herausgegeben in Verbindung mit dem Betreuungsgerichtstag e.V. Hamburg, 23. Jahrgang, 06/2014

Brand et al (2014): Suchthilfe in Deutschland 2013 – Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). Institut für Therapieforschung, München

Bundesagentur für Arbeit, Statistik – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen, 2015

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen – aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Expertise zur Suchtprävention – aktualisierte und erweiterte Neuauflage

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014): Glückspielverhalten und Glückspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bühler A. (2011): Was ist gute Suchtprävention? – Erkenntnisse der Präventionsforschung. In: 12. Bayerisches Forum für Suchtprävention 2011

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2013): Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013): S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie

Elgeti H., Ziegenbein M. (Hrsg.)(2015): Psychiatrie in Niedersachsen 2014/2015, Band 7, 1. Auflage 2015. Psychiatrie Verlag

Frommberger U et al.(2009): Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Berger M. (Hrsg.) Psychische Erkrankungen. München: Urban und Fischer 2009

Gapski J. et al.(2011): Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun? In: Elgeti, H. Psychiatrie in Niedersachsen Bd. 4. Bonn 2011. Psychiatrie Verlag

Heimeshoff V., Machleidt W., Elgeti H. (2006): Qualitätsmanagement im Sozialpsychiatrischen Dienst. Gesundheitswesen 68: 154 – 160

Herlyn U., Tessin W. (2000): Faszination Wolfsburg 1938-2000. Opladen: Leske +Budrich

Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg: Jahresbericht 2014

Kammeir H.(2011): Darf der Staat mich vor mir selbst schützen. Psychosoziale Umschau 03/2011, S. 21-22

Katschnig H., Konieczna T., Cooper J. E.: Emergency Psychiatric And Crisis Intervention Services In Europe. Copenhagen: WHO 1993

Kuttler H. (2014).: Von der Verhaltensprävention zu kommunalen Präventionskonzepten – Erfahrungen nach einem Jahrzehnt HaLT. DHS Fachkonferenz 2014

Lampert et al. (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013 (56), 802 – 808

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht: Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Forum Sucht 2014, Sonderband 8

Längle G., Bayer W. (2007): Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. Psychiatrische Praxis 2007; 43, Supplement 2: S203- S207

Pabst et al.(2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59 (6), 321 – 331

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen). Faktenblätter zu KiGGS-Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012.

Robert-Koch-Institut (2014): Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) 2008 bis 2011. In: Drogen- und Suchtbericht 2014

Rumpf et al. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit – PINTA. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit

Rupp M. (2003): Notfall Seele. Stuttgart. Thieme Verlag: 2003

Salize HJ. et al. (2007): Zwangseinweisungen psychisch Kranker- wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern? Psychiatrische Praxis 2007; 34, Supplement 2: S196- S202

Stadt Wolfsburg (2014): Sozialbericht Wolfsburg 2014

Stadt Wolfsburg, Referat 21 – Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, (2015a): Bevölkerungsbericht 2014

Stadt Wolfsburg, Referat 21 – Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, (2015a): Bevölkerungsbericht 2015

Stadt Wolfsburg, Referat 21 – Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, (2015b): Bevölkerungsprognose 2015

Stadt Wolfsburg, Referat 21 – Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik, (2015c): Arbeitsmarktbericht 2015

Statistisches Bundesamt, Destatis 2015

Steinert T., Kallert TW.(2006): Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 2006; 33:160-169

Steinert T. et al.(2009): Effekte eines Kraft-und Bewegungstrainings auf die Fixierungshäufigkeit bei Demenzpatienten in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Praxis 2009; 26: 273-278

Stölzl C. (Hrsg.) (2009): Die Wolfsburg Saga. (3. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Theiss

Technische Universität Berlin, Institut für Stadt- und Regionalplanung: Verbundantrag für das Verbundprojekt:“ LOKAL LernOrte für ko-aktives Leben“ 2015

Zweckverband Großraum Braunschweig (Hrsg.)(2015): Masterplan Demographischer Wandel, 2015

Gesetze

Bürgerliches Gesetzbuch – BGB

Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997

Niedersächsisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Nds. SOG)

Internet

<http://aok-bv.de/gesundheitskompetenz/index.html> (15.06.2015)

https://www.braunschweig.de/leben/gesundheitsdienst/beratungsangebot/sp_plan_bs_2012.pdf (30.12.2015)

https://www.braunschweig.de/politik_verwaltung/fb_institutionen/fachbereiche_referate/ref0120/stadtforschung/BS-KUPO-2015-04-14.pdf

http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. (1 – 83)

http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf

<http://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info/files/s3-kurzversion.pdf>

http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheitspsychiatrie_und_psychologische_hilfen/14025.html (15.09.2015)

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html (6.1.2016)

RKI Berlin 2015. www.kigss-studie.de

<http://sozialpsychiatrische-dienste.de/> (30.12.2015) Thesen des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste im Anschluss an die 2. Fachtagung „Segel setzen!“ in Hannover (22.-23.03.2012)

<http://www.wolfsburg.de/rathaus/bekanntmachungen/daten-und-fakten-Arbeitsmarktbericht-2015>
Herausgeber: Stadt Wolfsburg Der Oberbürgermeister Referat Strategische Planung, Stadtentwicklung, Statistik Mai 2015

<http://www.wolfsburg.de/newsroom/2015/02/12/19/27/sozialpsychiatrischerdienst>

Redaktion

Scholz, Anke – Stadt Wolfsburg Sozialpsychiatrischer Dienst

Mitwirkende und Autoren

Blattner, Jennifer – Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Gommermann-Schramm, Eva – Stadt Wolfsburg, Sozialplanung

Dr. Grabowski, Gabriele – AWO Psychiatriezentrum, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. Heimeshoff, Volker – Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Horstmann, Jürgen – Diakonie Wolfsburg, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention

Hünecke-Roost, Hartmut – Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

Humperdinck-Kessling, Dorothee – Stadt Wolfsburg, Beratungsstelle AGE

Kahlert, Doris – Diplom Psychologin (ehem. Stadt Wolfsburg, Jugendhilfeplanung)

Kamphaus, Gerda – Stadt Wolfsburg, Hilfen im Alter, bei Pflege und Behinderung

Lenz, Klaus-Dieter – Stadt Wolfsburg, Hilfen im Alter, bei Pflege und Behinderung

Müller-Kruzel, Klaudia – Stadt Wolfsburg, Betreuungsstelle

Polan, Alette – AWO Psychiatriezentrum, Beratungsstelle AGE

Pieronczyk, Beate – Stadt Wolfsburg, Hilfen im Alter, bei Pflege und Behinderung

Prell, Ingrid – InProgress

Reim, Sandra – Lebenshilfe Wolfsburg, Heilpädagogischer Kindergarten Rappelkiste

Riegler, Silvia – Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Schmidt, Angelika – Stadt Wolfsburg, Betreuungsstelle

Dr. Siemann, Jennifer – Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Zenk, Reinhild – Klinikum Wolfsburg, Pädiatrie

Titelbild

Stephan Lindegger – Stadt Wolfsburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Druck

oeding print GmbH

ADRESSVERZEICHNIS

Das Adressverzeichnis untergliedert sich in folgende Kategorien.

Behandlung und Therapie

- Ambulante Behandlung, Diagnostik und Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapie
- Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchterkrankungen

Beratung und Betreuung

- Psychosoziale Beratungsstellen
- Betreuung im Rechtssinn

Pflege und betreutes Wohnen

- Pflegedienste, Sozialstationen und Tagespflege
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Alten- und Pflegeeinrichtungen

Tagesstrukturierung und Beschäftigung

- Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung
- Arbeit, berufliche Förderung und Integration

Spezielle Angebote nach Altersgruppen und Unterstützungsbedarfen

- Kinder- und Jugendliche
- Hilfen für Menschen 65+
- Suchtkrankenhilfe
- Beratung für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
- Selbsthilfe

Mehrfachnennungen einiger Einrichtungen, die spezialisierte Angebote anbieten, sind nicht ausgeschlossen. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Der Datenstand bezieht sich auf Januar 2016.

BEHANDLUNG UND THERAPIE

Ambulante Behandlung, Diagnostik und Psychotherapie

Allgemeinmedizin und Psychotherapie

Dr.-medic. Rozsa Bazsa

Schulenburgallee 52
38448 Wolfsburg
Tel.: 05361 61238

Allgemeinmedizin und Psychotherapie

Dr. med. Uwe Grimm

Amtsstr. 6
38448 Wolfsburg
Tel.: 05363 9899177

Ambulante Entgiftung und Suchtambulanz

AWO Psychiatriezentrum

Tagesklinik Wolfsburg
Laagbergstraße 24
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 2982-0
Website: www.awo-psychiatriezentrum.de

Neurologische Gemeinschaftspraxis am Klinikum

Dr. med. Wilhelm Hallermann, Jens Hoffmann, Dr. med. Volker Otto

Sauerbruchstraße 7d
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 848-30
E-Mail: neuro-wob@t-online.de
Website: www.neurologie-wob.de

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

AWO Psychiatriezentrum

Tagesklinik Wolfsburg
Laagbergstraße 24
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 2982-20
Website: www.awo-psychiatriezentrum.de

Psychiatrische und Psychotherapeutische Praxis

Josef Grzyb

Lange Straße 24
38448 Wolfsburg
Tel.: 05363 7072-77 -78

Psychiatrische und Psychotherapeutische Praxis

Cornelia Pless-Steinkamp

Schillerstraße 16
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 898 5200
E-Mail: mail@psychiaterin-wob.de
Website: www.psychiaterin-wob.de

Psychiatrische und Psychotherapeutische Praxis**Dipl. med. Silvia Haker**

Detmeroder Markt 14a

38444 Wolfsburg

Tel.: 05361 7018399

E-Mail: praxishaker@gmail.com

Psychiatrische und neurologische Praxis**Dr. Nils Bergmann**

Amtsstr. 6

38448 Wolfsburg

Tel.: 05363 8091142

Psychiatrische und neurologische Praxis**Dr. Christian Kieslinger**

Porschestraße 72

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8128-22

Psychiatrische und neurologische Praxis**Dr. Rowa Skeik**

Schachtweg 27

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 22777

Psychotherapeutische Facharztpraxis**Joachim Ballandat**

Westerstraße 35

38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 949256

E-Mail: joachim.ballandat@t-online.de

Psychiatrische und Psychotherapeutische Praxis**Katharina Pöschel**

Steinweg 37

38444 Wolfsburg

Tel.: 05365 9790065

Psychiatrische und Psychotherapeutische Praxis**Solveig Landsberg**

Amtsstr. 6

38448 Wolfsburg

Tel.: 05363 9899181

Psychotherapeutische Facharztpraxis**Bernhard Otto**

Theodor-Heuss-Straße 28

38444 Wolfsburg

Tel.: 05361 772744

E-Mail: bernhard.otto@dgn.de

Krisendienst

Stadt Wolfsburg
Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit
Sozialpsychiatrischer Dienst
Tel.: 05361 28-2040

Psychologische Psychotherapie

Psychologische Psychotherapie

Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Heike Bertram

Birkenweg 24
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 8919750
E-Mail: info@dr-heike-bertram.de

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Tonja Bockelmann

Porschestr. 102
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 864700
Website: www.tonjabockelmann.de

Psychologische Psychotherapiepraxis

Dipl. Psych. Martina Bathory

Kleiststr. 13
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8944696

Psychologische Psychotherapie

Monika Freitag

Lahnstraße 26
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 557711

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Dipl. Sozialarbeiterin/ -pädagogin Marion Golla

Schubertring 23
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 276055

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych Rainer Golla

Schubertring 23
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 276055

Psychologische Psychotherapie

Gregor Joppich

Westerstraße 35
38442 Wolfsburg
Tel.: 05362 938693

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Katrin Kleinau**

Schillerstr. 54
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 861561

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Birgit Laudan**

Jenaer Straße 47
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 76122

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Filip Lehrke**

Alte Landstraße 21
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 557940

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Kerstin Meyer-Krems**

Porschestr. 56
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 17737

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Thomas Paschkow**

Zuckerstraße 1a
38442 Wolfsburg
Tel.: 05362 505560

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Christiane Pawlak**

Am Schmiedeberg 8
38446 Wolfsburg
Tel.: 05365 9420128

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Ulrike Quiring-Seibertz**

Im Eichholz 8
38448 Wolfsburg
Tel.: 05363 1437

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Annegret Sauer-Bass**

Tischlerstr. 1a
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 276707

Psychologische Psychotherapie**Dipl. Psych. Hannah Schmidt**

Porschestr. 68
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8480520

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Volker Schmidt

Porschestr. 68
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8480519

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Doris Schneider

Virchowhang 5
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 24234

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Gunter Schuller

Laagbergstr. 50
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 843548

Psychologische Psychotherapie

Dr. rer.nat. Dr. rer.medic. Dipl. Psych. Andreas Schulze

Hauptstr. 37
38446 Wolfsburg
Tel.: 05363 71695

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Elisabeth Sowinski

Porschestraße 68
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8480660

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Uwe Spörer

Porschestr. 84
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 2751234

Psychologische Psychotherapie

Dipl. Psych. Nadine Stich

Porschestr. 68
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 272727

Psychologische Psychotherapiepraxis

Bernd Walter

Am Schmiedeberg 8b
38446 Wolfsburg
Tel.: 05365 9420127

**Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie
und Suchterkrankungen**

AWO Psychiatriezentrum Königsutter

Vor dem Kaiserdom 10
38154 Königsutter
Tel.: 05353 90-0
Website: www.awo-psychiatriezentrum.de

Haus Niedersachsen gGmbH

Fachklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen

Feldstraße 5
29386 Dedelstorf/Oerrel
Telefon: 05832 8-20
E-Mail: info@haus-niedersachsen.de
Website: www.haus-niedersachsen.de

Klinikum Braunschweig

Salzdahlumer Straße 90
38126 Braunschweig
Tel.: 0531 595-24 52
Website: www.klinikum-braunschweig.de/238.0.html

Privat-Nerven-Klinik

Dr. med. Kurt Fontheim

Lindenstraße 15
38704 Liebenburg
Tel.: 05346 81-0
E-Mail: info@klinik-dr-fontheim.de
Website: www.klinik-dr-fontheim.de

BERATUNG UND BETREUUNG

Psychosoziale Beratungsstellen

Autismus Therapie-Beratungszentrum

An der Grandkuhle 5
38442 Wolfsburg
Tel.: 05362 5006-67
E-Mail: info@autismus-wolfsburg.de
Website: www.autismus-wolfsburg.de

Ambulante Hilfe Wolfsburg Stiftung Wohnen und Beraten Beratungsstelle

Poststraße 39
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 21413

Beauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderung Stadt Wolfsburg

Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit
Porschestraße 49
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 28-2895

Beratungsstelle für Schwangere und Familien Caritasverband Wolfsburg e.V.

Antonius-Holling-Weg 8 und 10
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8900920

Diakonisches Werk des Kirchenkreises Wolfsburg Haus der Kirche

An der Christuskirche 2
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 89333-40/ -41
Website: www.kirche-wolfsburg.de

Dialog e.V.

Balance – Courage – Rote Zora

Goethestraße 59
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8912300
E-Mail: dialog@wolfsburg.de
Website: www.dialog-wolfsburg.de

Ehe-, Familien- und Lebensberatung der evangelischen Kirche

Laagbergstraße 50
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 13162
E-Mail: lebensberatung@wolfsburg.de
Website: www.lebensberatung-wolfsburg.de

Ehe-, Familien- und Lebensberatung der katholischen Kirche

Kleiststraße 27
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 25325
E-Mail: ehe-und-lebensberatung@wolfsburg.de
Website: www.eheberatung-wolfsburg.de

Krisendienst**Stadt Wolfsburg****Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit**

Sozialpsychiatrischer Dienst
Tel.: 05361 28-2040

Lebenshilfe Wolfsburg gGmbH – Geschäftsführung und Verwaltung

Suhler Straße 10
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 8700
E-Mail: lebenshilfe@lhwob.de
Website: www.lhwob.de

Obdachlosenbetreuung**Stadt Wolfsburg****Bürgerdienste – Team Wohnungsnotfälle**

Porschestraße 49
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 28-2423
E-Mail: heike.frommberg@stadt.wolfsburg.de

profamilia**Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung,
Sexualpädagogik und Familienplanung e.V.**

Stormhof 2
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 25-457
E-Mail: wolfsburg@profamilia.de
Website: www.profamilia.de

Sozialpsychiatrischer Dienst**Stadt Wolfsburg****Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit**

Rosenweg 1a
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 28-2040
E-Mail: sozialpsychiatrischerdienst@stadt.wolfsburg.de
Internet: www.wolfsburg.de

Betreuung im Rechtssinn**Amtsgericht Wolfsburg**

Rothenfelder Str. 43
38440 Wolfsburg
Tel. 05361 846-0

Betreuungsstelle

Stadt Wolfsburg

Rosenweg 1a
38446 Wolfsburg
Tel: 05361 28-1783
E-Mail: betreuungsstelle@stadt.wolfsburg.de

Wolfsburger Betreuungsverein e.V.

Seilerstraße 6
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 2787-0
Email: achilles@wob-bv.de
Website: www.wob-bv.de/

Berufsbetreuer

Berufsbetreuerin

Sabine Busch

Zwickauer Str. 12
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 3851401/ 05361 3069540
Handy: 0162 9382162
E-Mail: sabinebusch.betreuung@freenet.de

Berufsbetreuerin

Bojana Böhnke

Am Diekberg 3
29393 Groß Oesingen
Tel.: 05838 991148
Handy: 0170 3443998

Berufsbetreuer

Rüdiger Behrens

Elsterweg 11
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 557206
Handy: 0176 21714129
E-Mail: ruediger.behrens@pdpraxis.de

Berufsbetreuerin

Tatjana Detko

Gerta-Overbeck-Ring 1-11
38446 Wolfsburg
Tel.: 05363 7078766
Handy: 0157 31573744
E-Mail: tanjadetko@web.de

Berufsbetreuer

Jaroslav Detko

Gerta-Overbeck-Ring 1-11
38446 Wolfsburg
Handy: 0176 84344682

Berufsbetreuer**Holger Droese**

Bottroper Str. 3
38108 Braunschweig
Tel.: 0531 6184647
Handy: 0160 97579000

Berufsbetreuerin**Edelgard Geschwender**

Niedersachsenring 12
29378 Radenbeck/Wittingen
Tel.: 05836 979934
Handy: 0151 58121173
E-Mail: Edel12@t-online.de

Berufsbetreuer**Herr Niels-Volkhard Köhler**

Mühlenweg 13
38476 Barwedel
Tel.: 05366 959705
Handy: 0173 1829589

Berufsbetreuerin**Helga Koppeel**

Ahlersfeld 26
38527 Mein/ OT Grassel
Tel.: 05304 501041

Berufsbetreuerin**Rechtsanwältin Alexandra Maniura-Wagner**

Porschestraße 98
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 888600

Berufsbetreuerin**Meike Schulz**

Postfach 1332
39633 Gardelegen
Tel.: 03907 715845
Handy: 0160 8049254
E-Mail: meike.schulz@t-online.de

Berufsbetreuer**Dr. Reinhard Schunke**

Willy-Brandt-Ring 61
38350 Helmstedt
Tel.: 05351 8935
Handy: 0174 9818773

Berufsbetreuer

Klaus Schwarz

Finkenweg 17

38554 Weyhausen

Tel.: 05362 71339

Handy: 0160 6318510

E-Mail: klaus.schwarz@flexiblehilfen.net

Berufsbetreuer

Rechtsanwalt Sebastian Thiele

Porschestraße 66

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 893231

Verein für transkulturelle Betreuungen

Hannoversche Straße 41

38116 Braunschweig

Tel.: 0531 580 865 0

Berufsbetreuer

Thomas Wagner

Hagenbruchwiesen 4

38446 Wolfsburg

Tel.: 05365 9413270

Handy: 0178 8433149

PFLEGE UND BETREUTES WOHNEN

Pflegedienste, Sozialstationen und Tagespflege

Advie gGmbH Pflegepartner ambulanter Pflegedienst und Tagespflege

Am Mühlengraben 22
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 29-1030
E-Mail: Leitung@advie.de

APD Wolfsburg GmbH – Ambulante Pflegedienst Wolfsburg

Laagbergstrasse 65
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 77916-10
E-Mail: info@apd-wolfsburg.de

AWO Gesundheitszentrum – Ambulante Psychiatrische Pflege

Laagbergstr. 24
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 272920-0
Mobil: 0151 18201020
E-Mail: info.app@awo-gesundheitszentrum.de

Ambulantes Zentrum Hildesheim

Theodor-Heuss-Straße 28 (in den Räumen der Praxis Otto)
38444 Wolfsburg
Tel.: 05121 2081777
Mobil: 0171 1412502
E-Mail: info@ambulantes-zentrum-hildesheim.de

Bettina Harms GmbH

Ambulante Krankenpflege

John -F.-Kennedy-Allee 65
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 2759-657 oder 0172 5684682
E-Mail: bharms@t-online.de

Caritasverband Wolfsburg e.V. Sozialstation Wolfsburg – Süd

John -F.-Kennedy-Allee 9
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 7712-77
Handy: 0171 3705806
E-Mail: caritas-sozialstation@wolfsburg.de

Der Paritätische Wolfsburg

Paritätische Sozialstation Wolfsburg – Nord

Bartenslebenring 51
38448 Wolfsburg
Tel.: 05361 6551-96/-97
E-Mail: ilonka.bachmann@paritaetischer.de

DIAPP gGmbH – Diakonische Ambulante Psychiatrische Pflege

Tel.: 05361 5011717

E-Mail: info@diapp-harzheide.de

Diakonische Sozialstation Wolfsburg – Mitte

Erich-Bammel-Weg 2

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 501-1700

E-Mail: sozialstation.mitte@diakonie-wolfsburg.de

DRK Sozialstation Wolfsburg – West

Hoffmannstr. 7

38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 503190

E-Mail: sozialstation.fallersleben@drk-wolfsburg.de

DRK Tagespflege Vorsfelde

Heinrich-Jasper-Str. 31a

38448 Wolfsburg

Lagune Pflegedienst Wolfsburg GmbH

Grauhorststraße 40

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 308956-2

E-Mail: info-wob@laguneplus.de

Pflegedienst Zweisam

Sarah und Jens Käske GbR

Steinweg 37

38444 Wolfsburg

Tel.: 05365 94233-77

E-Mail: info@pflegedienst-zweisam.de

Selena Pflegedienst

Dunantplatz 8

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 7004082

E-Mail: Webseite: info@selena-pflege.de

Sozialstation Vorsfelde gGmbH

Neuhäuserstraße 32

38448 Wolfsburg

Tel.: 05363 73976

Bereitschaftshandy: 0177 3163395

E-Mail: ramona.schulz@sozialstation-vorsfelde.de

Tagespflege Hanns-Lilje

Diakonisches Wolfsburg

Martin-Luther-Str. 22

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 501-6135

E-Mail: tagespflege-hanns-lilje@diakonie-wolfsburg.de

Tagespflege „Rosenwinkel“

Marktstr. 15
38442 Wolfsburg
Tel.: 05362 501910
E-Mail: info@tp-rosenwinkel.de

Ambulant Betreutes Wohnen**CJD Wolfsburg**

Walter-Flex-Weg 14
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 8564-0
E-Mail: cjd.wolfsburg@cjd.de

Diakonie Kästorf**Jugend- und Familienhilfe**

Kleiststraße 37
38440 Wolfsburg
E-Mail: kontaktstelle-wob@diakonie-kaestorf.de

Diakonie Wolfsburg – Suchthilfe**Ambulant Betreutes Wohnen**

Nordsteimker Straße 3
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 501 1803
E-Mail: wohnensucht@diakonie-wolfsburg.de

Flexible Hilfen Weyhausen

Finkenweg 17
38554 Weyhausen
Tel.: 05362 71339
Mobil: 0160 6318510
E-Mail: buero@flexiblehilfen.net

Impulse GbR – aktivierende Erziehungs- und Eingliederungshilfe

Heinrich-Heine-Str. 19
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 8905370
Mobil: 0173 2016872
E-Mail: info@impulse-helfen.de
Website: www.impulse-helfen.de

Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg e.V.

Lessingstraße 27
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 27-900
E-Mail: info@drogenberatung-wolfsburg.de
Website: www.drogenberatung-wolfsburg.de

Neuerkeröder Wohnen und Betreuen GmbH

Ambulant Betreutes Wohnen

Schillerstraße 60
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 2763-867

Netzwerk Wolfsburg gGmbH

Schillerstraße 50
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 89271-11
E-Mail: gmbh@netzwerk-wolfsburg.de
Website: www.netzwerk-wolfsburg.de

Alten- und Pflegeeinrichtungen

AWO Wohn- und Pflegeheim „Goethestraße“

Goethestr. 49
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 609678-0
E-Mail: goethestrasse@awo-bs.de

DRK-Seniorenzentrum Vorsfelde GmbH

Fritz-Weiberg-Straße 2a
38448 Wolfsburg
Tel.: 05363 8099-0
E-Mail: info@drk-seniorenzentrum-vorsfelde.de

Emmaus-Heim

Altenpflegeheim

Diakonie Wolfsburg

Nordsteimker Straße 1
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 501-3109
E-Mail: emmausheim@diakonie-wolfsburg.de

Hanns-Lilje-Heim

Altenpflegeheim

Diakonie Wolfsburg

Martin-Luther-Straße 22
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 501-60
E-Mail: hanns-lilje-heim@diakonie-wolfsburg.de

Hasselbachtal Seniorenwohnanlage

Walter-Flex-Weg 4
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 501-50

NEUES LAND „Neue Burg“

Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen

Ansprechpartner AGE Tel.: 05361 2982-24
Seniorenservicebüro Tel.: 05361 28-2750

Perfekta Pflegeheim Heiligendorf GmbH**„Mein Zuhause Heiligendorf“**

Steinweg 24

38444 Wolfsburg

Tel.: 05365 94330

E-Mail: info@perfekta-pflege.de

P.U.N.S. „Am Klieversberg“

Sauerbruchstr. 13

38440 Wolfsburg

Tel. 05361 / 272 56-0

Fax: 05361 / 272 56-19

Schulzenhof**Altenpflegeheim des DRK**

Schulzenhof 28

38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 50315-0

E-Mail: info.schulzenhof@drk-wolfsburg.de

Seniorenzentrum Detmerode**Senioren- und Pflegeheim Johannes Paul II**

Maignanestraße 12

38444 Wolfsburg

Tel.: 05361 89977-789

E-Mail: johannes.paul@diakonie-wolfsburg.de

St. Elisabeth**Katholisches. Alten- und Pflegeheim der Christophorus Kirchengemeinde**

Antonius-Holling-Weg 4-5

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 206-0

E-Mail: st.elisabeth@diakonie-wolfsburg.de

St. Marien – Seniorenzentrum**Diakonie Wolfsburg**

Schulenburgallee 21a

38448 Wolfsburg

Tel.: 05361 501-80

E-Mail: st.marien@diakonie-wolfsburg.de

Seniorenwohnanlage „WIR“

Neues Feld 1

38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 9646-0

Email: marcela.drapal@drk-wir.de

Email: miriam.schiefler@drk-wir.de

TAGESSTRUKTURIERUNG UND BESCHÄFTIGUNG

Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung

Diakonie Kästorf

Kontaktstelle Wolfsburg

Kleiststraße 37

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 27668-82

E-Mail: kontaktstelle-wob@diakonie-kaestorf.de

Website: www.diakonie-kaestorf.de

Mobile Assistenzen und Familienentlastender Dienst (FED)

Ev. Stiftung Neuerkerode

Schillerstraße 60

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 2763-867

E-Mail: fed-wob@neuerkerode.de

Website: www.neuerkerode.de

Tagestreff „Carpe Diem“

Stiftung Wohnen und Beraten – Ambulante Hilfe Wolfsburg

Poststraße 39

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 291314

CJD Jugenddorf

Teilhabezentrum „Lessing 26“

Lessingstraße 26

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 292485

Arbeit, berufliche Förderung und Integration

BNW – Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft gGmbH

Benzstraße 27

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 464680

Website: www.bnw.de

CJD Wolfsburg

Walter-Flex-Weg 14

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 8564-0

E-Mail: cjd.wolfsburg.@cjd.de

Website: www.cjd-jugenddorf-wolfsburg.de/jugenddorf-wolfsburg

**Fahrradwerkstatt
Netzwerk gGmbH**

Poststrasse 33
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 35860
Website: www.netzwerk-wolfsburg.de

**Integrationsfachdienst
Netzwerk Wolfsburg gGmbH**

Porschestraße 38
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 89076-0
E-Mail: ifd@netzwerk-wolfsburg.de
Website: www.netzwerk-wolfsburg.de

Jobcenter Wolfsburg

Porschestr. 2
38440 Wolfsburg
Tel: 05361 4649-100
E-Mail: Jobcenter-Wolfsburg@jobcenter-ge.de

Oskar-Kämmer-Schule

Heßlinger Straße 13-15
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 4646718

Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke (RPK)**LaVie gGmbH**

Fallersleber Straße 12
38154 Königslutter
Tel.: 05353 9518-0
E-Mail: lavie@t-online.de
Website: www.lavie-reha.de

Remotec – Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung**Betriebsstätte Lebenshilfe Wolfsburg gGmbH**

Robert-Bosch-Weg 1
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 4648-70
E-Mail: lebenshilfe@lhwob.de
Website: www.lhwob.de

Tagesstätte**LaVie gGmbH**

Poststraße 38a
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 557065
E-Mail: tagesstaette.wolfsburg@lavie-reha.de

Wolfsburger Beschäftigungs gemeinnützige GmbH

Seilerstraße 3

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8939880

E-Mail: info@wbg-wob.de

Website: www.wbg-wob.de

Therapeutischer Zuverdienst

Koordinierungsstelle

Sozialpsychiatrischer Verbund Wolfsburg

Rosenweg 1a

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 28-2392

E-Mail: sozialpsychiatrischerverbund@stadt.wolfsburg.de

SPEZIELLE ANGEBOTE NACH ALTERSGRUPPEN UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARFEN

Kinder und Jugendliche

Behandlung und Diagnostik

Autismus Therapie-Beratungszentrum

An der Grandkuhle 5

38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 5006-67

E-Mail: xinfo@autismus.wolfsburg.de

Website: www.autismus-wolfsburg.de

Gesundheitsamt

Team Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Stadt Wolfsburg

Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit

Rosenweg 1a

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 28-2030/-31/-17

E-Mail: gesundheitsamt@stadt.wolfsburg.de

Website: www.wolfsburg.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Klinikum der Stadt Wolfsburg

Sauerbruchstraße 7

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 80-1379

E-Mail: paed@klinikum.wolfsburg.de

Website: www.wolfsburg.de

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

AWO Psychiatriezentrum

Vor dem Kaiserdom 10

38154 Königslutter

Tel.: 05353 90-0

Website: www.awo-psychiatriezentrum.de

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tagesklinik Wolfsburg

AWO Psychiatriezentrum

Laagbergstraße 24

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 2982-0

Website: www.awo-psychiatriezentrum.de

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Dr. Martina Vogts

Eichendorffstraße 6

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 609377-0

E-Mail: info@praxis-martina-vogs.de

Website: www.praxis-martina-vogs.de

Sozialpsychiatrischer Dienst

Team Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stadt Wolfsburg

Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit

Rosenweg 1a

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 28-2040

E-Mail: sozialpsychiatrischerdienst@stadt.wolfsburg.de

Website: www.wolfsburg.de

**ZEUS – Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie und
Heilpädagogische Frühförderstelle**

Klinikum Wolfsburg

Sauerbruchstraße 5a

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 80-1389

E-Mail: zeus@klinikum.wolfsburg.de

Website: www.klinikum.wolfsburg.de

Psychologische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapiepraxis

Heidi Bachmann

Röntgenstraße 8

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 655909

E-Mail: bachmann-mueller@t-online.de

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapiepraxis

Nadine Fischer

Laagbergstr. 65

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 7759317

E-Mail: fischer@kjp-wolfsburg.de

Kinder- und Jugendliche Psychotherapiepraxis

Marion Golla

Schubertring 23

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 2760-55

E-Mail: praxis@psychotherapie-golla.de

Kinder- und Jugendliche Psychotherapeutin**Merle Haverkamp**

Steinweg 7

38444 Wolfsburg

Tel.: 05365 94270-86

E-Mail: kjp.haverkamp@yahoo.de**Kinder- und Jugendliche Psychotherapiepraxis****Dipl.-Päd. Jutta Hoyer**

Hans-Thoma-Ring 6

38448 Wolfsburg

Tel.: 0151 22337000

E-Mail: info@psychotherapeutin-juttahoyer.de**Kinder- und Jugendliche Psychotherapiepraxis****Dipl.-Päd. Adriane Eva Kögl**

Porschestraße 46a

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 7016470

E-Mail: eva.koegl@gmx.de**Kinder- und Jugendliche Psychotherapiepraxis****Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH) Ulrike Köhle**

Porschestraße 46a

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 7013967

E-Mail: ulrike.koehle@arcor.de**Kinder- und Jugendlichen Psychotherapiepraxis****Hildegard Leifels-Schepers**

Goethestraße 59

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 557710

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapiepraxis**M.A. Béatrice Mahmood**

Hans-Thoma-Ring 6

38448 Wolfsburg

Tel.: 0531 1227240

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapiepraxis**Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Gisela Rodewald**

Grauhorststraße 46

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 7003166

E-Mail: gisela.rodewald@t-online.de

Ambulant Betreutes Wohnen, Sozialpädagogische Familienhilfe, Beratung, Begleitung

Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)

Stadt Wolfsburg
Geschäftsbereich Jugend
Pestalozziallee 1
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 28-2827

CJD Wolfsburg

Walter-Flex-Weg 14
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 8564-0
E-Mail: cjd.wolfsburg@cjd.de
Website: www.cjd-jugenddorf-wolfsburg.de/jugenddorf-wolfsburg

Diakonie Kästorf

Jugend- und Familienhilfe

Kleiststr. 37
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 27668-82
Website: www.diakonie-kaestorf.de

Diakonie Wolfsburg

Kinderdorf

Erich-Bammel-Weg 5
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 50-1389

Erziehungsberatung Wolfsburg

Stadt Wolfsburg

Geschäftsbereich Jugend

Braunschweiger Straße 12
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 28-1161

Familienentlastender Dienst (FED) und Mobile Assistenz

Ev. Stiftung Neuerkerode

Schillerstraße 60
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 2763-867
Mobil: 0151 40225519
E-Mail: fed-wob@neuerkerode.de
Website: www.fed-wolfsburg.de oder www.neuerkerode.de

Heilpädagogischer Fachdienst Westhagen

Detmeroder Markt 14a
38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 76077
E-Mail: zkf.fachdienst@t-online.de

Heilpädagogischer Kindergarten**Lebenshilfe Wolfsburg gGmbH**

Goethestraße 10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 12564

E-Mail: info.rappelkiste@lhwob.de

Impulse GbR – aktivierende Erziehungs- und Eingliederungshilfe

Heinrich-Heine-Str. 19

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8905370

Mobil: 0173 2016872

E-Mail: info@impulse-helfen.de

Website: www.impulse-helfen.de

Kompetenz für Menschen gGmbH – Jugendhilfeteam Wolfsburg

Porschestraße 58

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 861097

E-Mail: info@kom-wob.de

Website: www.kom-bs.de

Sozialpädagogische Familienhilfe**Diakonie Wolfsburg**

Erich-Bammel-Weg 4

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 501-1466

E-Mail: SPFH@diakonie-wolfsburg.de

Website: www.diakonie-wolfsburg.de

Hilfen für Menschen 65+**AGE – Psychiatrische Hilfen für Ältere Bürger**

Laagbergstraße 24

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 2982-24

FAX: 05361 2982-23

HilDe – Hilfen bei Demenz**Paritätische Sozialstation**

Bartenslebenring 51

38448 Wolfsburg

Tel. 05361 655196/97

FAX: 05361 655198

Senioren- und Pflegestützpunkt – Hilfen im Alter, bei Pflege und Behinderung**Stadt Wolfsburg**

Geschäftsbereich Soziales und Gesundheit

Porschestraße 49

Tel.: 05361 28-2848

FAX: 05361 28-2488

E-Mail: seniorenservicebuero@stadt.wolfsburg.de

E-Mail: pflegestuuetzpunkt@stadt.wolfsburg.de

SUCHTKRANKENHILFE

Beratung und Begleitung

Christliche Drogenarbeit Wolfsburg – Projekt Kaffeetwete e.V.

Poststraße 6
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 861318
FAX: 05361 276215
E-Mail: kaffeetwete@t-online.de

Fachstelle für Suchtprävention Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

Dieselstraße 20
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 20480
Email: praevention@drogenberatung-wolfsburg.de

Glücksspielberatung der Jugend- und Drogenberatung

Dieselstr. 20
38440 Wolfsburg
Tel: 05361 2048-17
gluecksspiel@drogenberatung-wolfsburg.de

Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

Lessingstraße 27
38440 Wolfsburg
Tel.: 05361 27-900
E-Mail: info@drogenberatung-wolfsburg.de
Website: www.drogenberatung-wolfsburg.de

Suchthilfe Diakonie Wolfsburg

**Suchtberatungsstelle/ Fachstelle für Sucht und Suchtprävention
Beratung und ambulante Behandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, patho-
logischem Glücksspiel, Essstörungen und Onlinesucht**

Nordsteimker Straße 3
38446 Wolfsburg
Tel.: 05361 501-1800
E-Mail: suchtberatung@diakonie-wolfsburg.de
Website: www.diakonie-wolfsburg.de

BERATUNG FÜR MENSCHEN MIT ZUWANDERUNGSGESCHICHTE

IntegrationsReferat

Stadt Wolfsburg

Porschestraße 49

38440 Wolfsburg

Tel: 05361 28-2672

E-Mail: integrationsreferat@stadt.wolfsburg.de

Integrationszentrum "MeiNZ"

Diakonie Wolfsburg

Dessauer Straße 30b

38444 Wolfsburg

Tel: 05361 773980

FAX: 05361 375182

E-Mail: pro-integration@diakonie-wolfsburg.de

Migrationsberatung

Caritasverband Wolfsburg e.V.

Antonius-Holling-Weg 10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 890090

FAX: 05361 21212

E-Mail: migration@wolfsburg.de oder caritas@wolfsburg.de

Website: www.caritas.wolfsburg.de

SELBSTHILFE

**Anonyme Alkoholiker Wolfsburg
AI-Anon/ Familiengruppen**

Kontakttelefon Hans: 05361 34497 oder Christine: 05364 1841

Anonyme Alkoholiker Wolfsburg

Kontakttelefon Christa: 05361 67567

**Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
Ortsverein Wolfsburg**

Bebelstraße 9

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 23470

Website: www.blaues-kreuz.de

Blaues Kreuz in Deutschland e. V.

Ortsverein Vorsfelde

Lange Straße 34

38448 Wolfsburg

Tel.: 05363 40241 oder 05361 78187

Elternkreis drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher

Kontakttelefon: 05361 53173 oder 05361 773598

EKA (Erwachsene Kinder alkoholkranker Eltern)

Tel.: 05361 295050

**Freundeskreis Diakonie Wolfsburg
für alkohol- /medikamentabhängige Frauen, Männer und Angehörige**

Nordsteimker Straße 3

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 501-1800

**KISS – Kontakt und Informationsstelle für Selbsthilfe
Der Paritätische Wolfsburg**

Saarstraße 10a

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 29-5050

Email: info@selbsthilfe-wolfsburg.de

Website: www.selbsthilfe-wolfsburg.de

Netzwerk Wolfsburg e.V.

Schillerstraße 50

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 22616

Website: www.netzwerk-wolfsburg.de

**Selbsthilfegemeinschaft für Alkohol- und Medikamentenabhängige
und deren Angehörige in der Stadtmission Wolfsburg**

Mühlenpfad 2

38440 Wolfsburg

Kontakttelefon: Volker Bisch 0170 4856043

Selbsthilfegruppe „AKTIV“

Nordsteimker Straße 3

38446 Wolfsburg

Kontakttelefon: Herbert Martin 05361 501-1800

Selbsthilfegruppe für Spieler

Diakonie Wolfsburg

Nordsteimker Straße 3

38446 Wolfsburg

Tel.: 05361 5011800

Website: www.diakonie-wolfsburg.de

Suchtkrankenhilfe 00A Wolfsburg

für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Angehörige

Kontakttelefon: Jochen 05361 52784, 0171 8552646

Suchtkrankenhilfe Fallersleben e.V.

Hoffmanstraße 7

38442 Wolfsburg

Tel.: 05362 4897

Suchtkrankenhilfe für Betroffene und Angehörige e.V.

Tagesbegegnungsstätte und Beratung

Goethestraße 33

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 21341

