

Datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

von Hermann Elgeti

1. Sozialpsychiatrisches Handeln heißt Dialogfähigkeit und Kontextbezug.

Die Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke verkommt zu einer Art von Technokratie, wenn der Gehalt dessen, was geplant und evaluiert werden soll, in den Hintergrund gerät. Wie könnten der Gehalt und die Grundhaltung sozialpsychiatrischen Handelns bestimmt werden? Nach meinem Verständnis ist es die Kunst, auf diejenigen zuzugehen und ihnen auch nachzugehen, die wegen Art und Ausmaß ihrer psychischen und sozialen Probleme besonders gefährdet sind, im gesellschaftlichen Abseits zu landen. Dort sieht sie nämlich sonst keiner mehr, der ihnen helfen könnte oder wollte, und oft genug sind solche Menschen dann nicht mehr in der Lage, sich ohne weiteres helfen zu lassen. Unser widersprüchlicher Auftrag zwischen Hilfe und Kontrolle sollte uns nicht zurückschrecken lassen vor dem Gedanken an Hilfen und Schutzmaßnahmen gegen den Willen des Betroffenen, trotz der inneren Zerreißproben, die das bei uns verursacht.

Sozialpsychiatrisches Handeln beinhaltet die Fähigkeit zur Aufnahme eines respektvollen Dialogs auf fremdem Terrain, ohne die Vertrautheit der uns gewohnten Umgangsregeln, fern der herrschenden Normen und Standards. Wir müssen uns immer wieder auf einen anderen Kontext einstellen, wenn wir diagnostisch und therapeutisch tätig werden, angemessene Hilfen planen und diese auf ihre Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüfen. Um dem einzelnen Hilfsbedürftigen gerecht zu werden, müssen wir einkalkulieren, dass sein Hilfebedarfs abhängig ist von den Besonderheiten seiner Lebensgeschichte, seiner aktuellen Notlage und seinen Zukunftserwartungen.

Neben der Fähigkeit zum Dialog mit dem Betroffenen unter erschwerten Bedingungen müssen wir auch seine Umwelt in den Blick nehmen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei seine Angehörigen und Freunde, Nachbarn und Kollegen, ihre kulturelle Einbindung, ihre Hilfsmöglichkeiten und Toleranzgrenzen. Wichtig sind aber auch die Kontakte im Netzwerk der professionellen sozialen und medizinischen Dienste in der Region, an die wir bei entsprechender Indikation weiter vermitteln oder mit denen wir bei komplexem Hilfebedarf gemeinsam tätig werden wollen. Und nicht zuletzt sollten wir die für psychisch Kranke wichtigen Gesetze kennen, um dort zu beraten und zu unterstützen, wo es Konflikte geben könnte bei der Leistungsgewährung oder bei Regelverletzungen.

Die Qualität sozialpsychiatrischer Dienstleistungen hängt also sehr von ihrem Kontextbezug ab, bei der Aufnahme eines therapeutischen Dialogs ebenso wie bei der Analyse seines Lebensumfeldes. Daher gilt in der Sozialpsychiatrie auch ein besonderes Versorgungsprinzip: Dezentralisierung und Integration unserer Hilfen in einem überschaubaren Einzugsgebiet (sprich: Versorgungssektor) haben Vorrang vor der sonst so eingängigen Tendenz zur Spezialisierung an einem zentralen Ort mit den oft langen Anfahrtswegen.

2. Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien.

Ich habe diese Bemerkungen zur sozialpsychiatrischen Grundhaltung an den Anfang gestellt, weil sie der Bezugspunkt für unsere Bemühungen in der Region Hannover um eine Datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen bildet. Die Geschichte dieser Bemühungen reicht in das Jahr 1966 zurück, als Karl Peter Kisker den psychiatrischen Lehrstuhl an der neu

gegründeten Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übernahm. Kisker und auch Erich Wulff als Leiter der 1974 zusätzlich eingerichteten Abteilung Sozialpsychiatrie stammten aus der phänomenologisch-anthropologischen Linie der psychiatrischen Wissenschaft und machten sich mit dieser Grundhaltung an die Reformarbeit.

Die MHH hatte zunächst noch gar keine eigenen Gebäude für ihre Lehre, Forschung und Krankenversorgung, und so war man auf die Gastfreundschaft einheimischer Kliniken angewiesen. Die psychiatrische Arbeit an der MHH begann auf zwei Stationen in Landeskrankenhaus Wunstorf, bald darauf wurde eine Poliklinik im Stadtgebiet neu eingerichtet. 1967 wurde der Verein zur Förderung seelisch Behinderter e.V. gegründet, der sofort für die soziale Rehabilitation chronisch psychisch kranker Patienten ein erstes Wohnheim eröffnete.

Als Erich Wulff 1974 seinen Dienst antrat, gab es schon dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) in jedem Sektor von Stadt und Landkreis Hannover, zuzüglich einer zentralen Beratungsstelle für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Die beiden Gesundheitsämter, die vier Kliniken und weitere gemeindepsychiatrische Dienste im Großraum trafen sich monatlich zu einem Koordinierungsgespräch, aus dem der jetzige Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie hervorging. 1977 verabredete man einvernehmlich die Einzugsgebiete von Kliniken und Beratungsstellen und legte sie in einem Straßenverzeichnis genau fest. Vieles wurde hier bereits ausprobiert, als 1975 die Psychiatrie-Enquête mit ihren Reformempfehlungen veröffentlicht wurde.

1980 übernahm die MHH per Vertrag mit der Stadt Hannover für ihr Einzugsgebiet die Funktion eines SpDi nach dem niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke von 1978 (NdsPsychKG). Dieses Gesetz wurde 1997 novelliert, und bei dieser Gelegenheit erhielten die Kommunen in § 8 NPsychKG die neue Aufgabe, einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SPV) zu gründen, in dem alle Anbieter von Hilfen für psychisch Kranke zur Mitarbeit eingeladen sind. Die Einrichtungsträger werden aufgefordert, dem Verbund neu geplante oder geänderte Hilfsangebote anzuzeigen.

Die regionale Koordination und Planung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Stadt und im Landkreis Hannover wurde anlässlich des neuen NPsychKG reorganisiert. Dazu wurde eine Konzeption erstellt und eine formelle Vereinbarung zwischen den beiden Kommunen getroffen, die mit der Bildung der Region Hannover im Jahre 2001 von dieser übernommen wurde. Dem gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbund wurden vier Zielperspektiven vorangestellt, die an der eingangs erläuterten Grundhaltung ausgerichtet sind. Ein klein gehaltener Fachbeirat steht dem Dezernenten zur Seite, der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie bildet die monatlich tagende Vollversammlung des Verbundes, seine Fachgruppen bearbeiten spezielle Themen. Sektor-Arbeitsgemeinschaften koordinieren die dezentralen Hilfsangebote in den inzwischen elf Sektoren einer Region, die mit ihren knapp 1,2 Mio. Einwohnern größer als das Saarland ist. Eine Geschäftsstelle mit einem Psychiatriekoordinator, als Stabsstelle der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes zugeordnet, unterstützt die Arbeit der Gremien organisatorisch.

Die Selbsthilfeinitiativen der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen wirken seit Anfang der 90er bzw. Ende der 80er Jahre in den Gremien mit und spielen hier seitdem eine nicht zu überschätzende konstruktive Rolle. Die Zahl der Mitglieder des Verbundes liegt inzwischen bei knapp 60 mit über 150 verschiedenen Hilfsangeboten, die Beteiligung an den Gremiensitzungen ist rege, die Diskussionen werden offen geführt, sind aber entsprechend der Vorgaben des NPsychKG auf Konsensbildung angelegt. Das fördert die

Beteiligungsmöglichkeit interessierter Personen und Einrichtungen, erschwert, verzögert oder verhindert andererseits gelegentlich eine klare Positionierung in Streitfragen.

3. Planung geht nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten.

2003 veröffentlichte Clemens Cording sein wichtiges Plädoyer für ein neues Paradigma zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Er fordert statt der betriebswirtschaftlichen Optimierung einzelner Institutionen eine gesamtgesellschaftliche Perspektive. Als Qualitätskriterien sollen gelten die individuellen Langzeitergebnisse über alle beteiligten Institutionen hinweg und die Versorgungsqualität definierter Regionen. Die zu ergreifenden Maßnahmen müssen nach ihrer Kosteneffektivität priorisiert werden, ihre Implementierung schrittweise, Zielorientiert und koordiniert erfolgen. Notwendig sind dazu entsprechende politisch-administrative Rahmenbedingungen.

Gesundheitsberichterstattung im Allgemeinen und Psychiatrieberichterstattung im Besonderen sind in Deutschland unterentwickelt. Die vorhandenen Ansätze sind in der Regel mangels Aktualisierung, Aussagekraft und Vergleichbarkeit für Planungszwecke nicht zu gebrauchen. Jeder kennt inzwischen die Bestandteile einer Qualitätsentwicklung komplexer Organisationen, und jeder weiß, dass Ergebnisse messbar sein müssen, um den Erfolg geplanter Maßnahmen überprüfen zu können. Situationsanalyse, Politikformulierung, Umsetzung und Ergebnismessung bilden einen fortlaufenden Zirkelprozess, in dem Soll-Bestimmungen und Messungen des Ist-Zustandes gleichermaßen ihren Platz haben.

Laut § 9 des NPsychKG soll der SpDi der Kommune im Benehmen mit dem Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan aufstellen und regelmäßig fortschreiben. Da nun Planung auf verlässliche Datenerhebung angewiesen ist, wurde in der Konzeption des Verbundes der Region Hannover auch eine regionale Psychiatrieberichterstattung vorgesehen. In drei Schritten wurden statistische Jahresberichte der Einrichtungsträger nach einheitlichem Muster eingeführt. Die Daten eines Berichtsjahres sollen bis zum 31. März des Folgejahres bei der Geschäftsstelle abgegeben, innerhalb von drei Monaten ausgewertet und dann den Einrichtungen und Gremien des Verbundes zwecks Interpretation zur Verfügung gestellt werden. Ein zusammenfassender Auswertungsbericht erscheint regelmäßig zum Jahresende im Sozialpsychiatrischen Plan. Dieser Plan umfasste in den letzten Jahren etwa 100 Seiten und enthält neben Stellungnahmen des Dezernenten, der Leitung des SpDi und der Selbsthilfe-Initiativen Beiträge zu einem wechselnden Schwerpunktthema, zur Tätigkeit der Gremien und auch einen Sonderteil Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.

Die Beteiligung an der Datenerhebung ist noch sehr unbefriedigend, aber ein Anfang ist gemacht. Ein langer Atem ist auch hier Voraussetzung für den Erfolg. Immerhin verfügen wir für die Berichtsjahre 2001 und 2004 über recht vollständige Angaben zu allen Hilfsangeboten mit ihren Platzzahlen und Kostensätzen, mit Umfang und Qualifikation des dort eingesetzten Personals (Datenblätter A und B). Seit der Einführung der anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C) für das Berichtsjahr 2001 hat die Beteiligung hier kontinuierlich zugenommen. Eine gute Aussagekraft hat inzwischen die Auswertung für die Angebotsformen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Suchtberatungsstellen und des ambulant betreuten Wohnens, während die großen Klinik- und Heimträger sich gerade hier noch nicht in die Karten gucken lassen.

Neben den Primärdaten der Leistungserbringer auf den Datenblättern A-C bekommen wir Daten der Gebietskörperschaften aus ihrer kleinräumigen Jahresstatistik. Wir erhalten für jeden Sektor die Einwohnerzahl, differenziert nach den Altersgruppen unter 18 Jahren, zwischen 18 und unter 65 Jahren sowie ab 65 Jahren, zusätzlich die Zahl der Arbeitslosen und

die Gebietsfläche der Sektoren in Hektar. Mit einem eigens entwickelten EDV-Auswertungsprogramm berechnen wir aus diesen Daten insgesamt 28 Kennzahlen, die automatisch und bezogen auf die jeweiligen Adressaten in Auswertungstabellen zusammengestellt werden. So werden Längsschnitt- und Querschnittvergleiche für Hilfsangebote und ihre Patientengruppen möglich, aber auch zusammengefasst für Patientengruppen aus bestimmten Sektoren und für Hilfsangebote einzelner Angebotsformen.

4. Die Prävention von Langzeithospitalisationen ist ein lohnendes Ziel.

Nun möchte ich von einem Versuch berichten, eine ganze Versorgungsregion für eine gemeinsame Zielvereinbarung zu gewinnen, wobei aussagekräftige und vergleichbare Daten eine wichtige Rolle im Soll-Ist-Vergleich spielen. Dazu will ich zunächst von einer lange zurück liegenden Begebenheit berichten, die mich früh davon überzeugte, dass wir gute quantitative Daten brauchen, um qualitative Verbesserungen im Sinne unserer sozialpsychiatrischen Grundsätze zu erreichen und abzusichern. Ich war 1986 bereits als Assistenzarzt in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik tätig, als ein älterer Kollege in unserem Team um Datenmaterial für seine Habilitation nachsuchte. Seine These, dass der psychiatrische Hausbesuch ein kritikwürdiger Eingriff in die Privatsphäre des Betroffenen sei, vergleichbar mit der Injektion einer Depot-Spritze, rief meinen Protest hervor und schuf die Motivation für eine kleine Gegenuntersuchung. Wir konnten zeigen, dass unsere Interventionen sich weniger an der klinischen Diagnose unserer Patienten ausrichten als an ihrer sozialen Ausgrenzung und mangelnden Mobilität.

Der kurze Fragebogen, den ich damals für eine Beantwortung durch die Bezugstherapeuten entwickelt hatte, enthielt im Prinzip bereits die Merkmale des psychosozialen Risikoscores, mit dem wir später Risikogruppen für Langzeithospitalisationen abschätzen lernten. In einer groß angelegten Studie im Auftrag des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen hatten wir für den Zehnjahres-Zeitraum 1987 bis 1996 alle chronisch psychisch Kranken unseres Versorgungssektors mit allgemeinpsychiatrischen Diagnosen erfasst. Einschlusskriterien waren mindestens zwei Kontakte zu einem der hier zuständigen Institutionsbezogenen Dienste (die Klinik und die Poliklinik, zwei Wohnheime und eine Werkstatt) im Abstand von wenigstens zwei Jahren sowie ein Alter unter 65 Jahren bei Erstkontakt.

Von den 313 Patienten der Untersuchungsgruppe hatten 68% eine Erstdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 nach ICD-10), und diese waren zu einem relativ höheren Prozentsatz Männer (44% gegenüber 26% bei anderen Erstdiagnosen). Eine Langzeithospitalisation innerhalb des Zehnjahres-Zeitraums wiesen 28% der 213 schizophren erkrankten Patienten auf, während es bei den 100 Patienten mit anderen Diagnosen lediglich 8% davon betroffen waren. Langzeithospitalisation haben wir definiert als summierte Aufenthaltsdauer von mindestens 365 Tagen in der Klinik oder vier Quartalen im Heim innerhalb von zwei Jahren. Unter den 213 schizophren erkrankten Patienten waren Männer mit einem Ersterkrankungsalter von unter 25 Jahren besonders häufig von einer Langzeithospitalisation betroffen. Das beim – oft lange zurück liegenden – Erstkontakt in einer der untersuchten Einrichtungen errechnete psychosoziale Risiko, gemessen als Summenscore von sechs Merkmalen einer normalen Basisdokumentation, hatte eine gute Aussagekraft in Bezug auf eine solche Langzeithospitalisation.

Einige weitere Ergebnisse aus späteren Untersuchungen bestätigten die aus der Forschung und der Alltagspraxis vertraute Vermutung, dass junge Männer mit einer funktionellen Psychose eine Hochrisikogruppe für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung darstellen. Bei den Bewohnern von zwei therapeutischen Wohnheimen, die im Jahre 2001 von der Psychiatrischen Institutsambulanz unserer Poliklinik mit behandelt wurden, betrug der Anteil

Psychosekranker Männer mit einem Ersterkrankungsalter von unter 25 Jahren 32%. Bei der Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der Region Hannover zeigte sich, dass in 57% der Hilfeplanverfahren im Berichtsjahr 2001 Männer betroffen waren, die zudem ein deutlich höheres psychosoziales Risiko aufwiesen als Frauen. Von insgesamt 570 Hilfeplanverfahren in diesem Jahr waren 287 Neuplanungen (ohne Empfehlungen für eine WfbM), und bei der Empfehlung stationärer oder kombiniert ambulant-teilstationärer Eingliederungshilfen waren hier Männer sogar zu 69% betroffen. Die Diskrepanz zwischen einem hohen Anteil von Männern bei Neuplanungen und niedrigeren Werten bei der Fortschreibung laufender Maßnahmen deutet darauf hin, dass Männer empfohlene Eingliederungshilfen häufiger vorzeitig beenden.

Die Ergebnisse dieser regional angelegten Studien führten zur Beleuchtung des hier angedeuteten Problems mit den Daten der regionalen Psychiatrieberichterstattung, wie wir sie in der Region Hannover eingeführt haben. Dabei ließ sich zeigen, dass die kleine Gruppe von Männern mit einer funktionellen Psychose im Alter unter 25 Jahren eine vergleichsweise geringere Kontinuität außerklinischer Betreuung aufwies. Sehr hoch dagegen war bei dieser Gruppe der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr. Dieser schon im Jahre 2001 bei Einführung des Datenblattes C sichtbare Befund bestätigte sich in seiner Tendenz auch bei allmählichem Anstieg der Zahl abgegebener Datenblätter in den Folgejahren.

Zusammenfassend besteht das Problem darin, dass bei Psychosekranken jungen Männern die Erkrankung häufig chronisch verläuft und einen komplexen Hilfebedarf erzeugt. Abbruch von Hilfemaßnahmen, Suchtmittelmissbrauch und dissoziale Verhaltensweisen erschweren die notwendige kontinuierliche sozialpsychiatrische Behandlung und Betreuung. Hoch ist das Risiko für Vereinsamung, für Arbeits- und Wohnungslosigkeit, für Selbst- oder Fremdgefährdung, langfristige Klinik- und Heimaufenthalte. Als Lösungsansatz haben wir den Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes 2004 den Abschluss einer regionalen Zielvereinbarung vorgeschlagen, die bei dieser eng umgrenzten Patientengruppe zu einer Verbesserung der Kontinuität außerklinischer Betreuung führen soll. Dazu sollen die psychiatrischen Dienste und Einrichtungen den SpDi benachrichtigen, wenn ein Psychosekranker Mann unter 25 Jahren die Betreuung beendet oder abgebrochen hat, ohne dass die weitere Versorgung trotz entsprechender Notwendigkeit gesichert ist. Daraufhin wird ein Mitarbeiter des SpDi bestimmt, der für den Betroffenen und seine Bezugspersonen langfristig ansprechbar ist und dafür sorgt, dass er ihn nicht aus den Augen verliert.

Die Diskussionen der letzten zwei Jahre in den Gremien des Verbundes haben mir gezeigt, wie gewöhnungsbedürftig ein solcher Ansatz zur Qualitätsentwicklung für alle noch ist. Immerhin haben sich Leitung und Mitarbeiter des SpDi inzwischen hinter diesen Vorschlag gestellt, zurzeit bemüht sich eine Arbeitsgruppe um die Klärung datenschutzrechtlicher Fragen, der Beginn des Projekts ist jetzt für Anfang 2007 vorgesehen. Vier Fragen sind für eine solche regionalen Zielvereinbarung zu beantworten: Was soll wann erreicht sein? Wie soll der Erfolg gemessen werden? Wie soll das Ziel erreicht werden? Wer ist verantwortlich? Bei allen noch zu lösenden Problemen ist doch immerhin die Messbarkeit des Erfolges mit den Daten der regionalen Psychiatrieberichterstattung ohne zusätzlichen Aufwand gegeben. Wir können Jahr für Jahr feststellen, ob sich die geringere Kontinuität der außerklinischen Betreuung und der höhere Anteil stationär Behandelte bei unserer Zielgruppe den Werten des Durchschnitts aller Patienten mit funktionellen Psychosen angleichen.

5. Der Fortschritt ist eine Schnecke, die auch rückwärts kriechen kann.

Ich wollte in einem größeren Zusammenhang darstellen, was ich unter einer Datengestützten Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke verstehe. Dabei habe ich mich auf

ein über 20jähriges Engagement in der Region Hannover bezogen und an einem Beispiel dargestellt, wie wir Schritt um Schritt versuchen, auf diesem Weg voran zu kommen. Die technischen Möglichkeiten haben in dieser Zeit rasant zugenommen, die Widerstände gegen Transparenz im Leistungsgeschehen der gemeindepsychiatrischen Versorgung haben sich allerdings nach meinem Eindruck kaum verringert.

Angesichts zunehmender Tendenzen zur Rationalisierung und Rationierung von Hilfeleistungen für psychisch Kranke wird es einerseits immer schwieriger, andererseits immer notwendiger, Fortschritte in der von mir skizzierten Richtung zu erzielen. Auch hier sollten wir aufmerksam gegenüber den Widersprüchlichkeiten unseres Handelns bleiben. Missbrauch von Ressourcen durch Patienten oder Therapeuten muss bekämpft werden, aber Misstrauen bedroht das so wichtige Vertrauen und Selbstvertrauen, eine um sich greifende Kontrolle engt die Spielräume aller ein. Die Qualität der Versorgung muss gesichert werden, aber eine Standardisierung von Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen verkennt die Besonderheiten des Einzelnen, bevorzugt die durchschnittlich Kranken und entmachtet Patienten wie Therapeuten. Kosten müssen eingespart werden, aber die Verknappung der Mittel trifft zuerst und am härtesten die am schwersten beeinträchtigten Kranken ohne soziale Unterstützung, die sich selbst nicht helfen und die sich auch nicht wehren können.

So bleibt mir am Schluss nur die Empfehlung, den Chancen und Risiken einer Datengestützten Planung und Evaluation gleichermaßen ins Auge zu schauen und sich nicht vorzeitig abzuwenden, weil einem die Thematik ungewohnt oder unbehaglich ist. Die finanziellen Rahmenbedingungen für eine ethisch verantwortbare Gemeindepsychiatrie werden sich so schnell nicht wieder verbessern. Wir tun deshalb gut daran, unsere Arbeit selbstbewusst und selbstkritisch auf den Prüfstand zu stellen, sie gegenüber den Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen, den Kostenträgern und der Politik transparent und nachvollziehbar zu machen. Wenn wir mit den genannten Partnern nicht zu einer großen Koalition auf Augenhöhe kommen, kriecht die Schnecke des gemeindepsychiatrischen Fortschritts garantiert rückwärts.

Literaturhinweise:

- Cording C (2003): Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. Psychiatrische Praxis; 225-229
- Schernus R et al. (2004): Soltauer Impulse – Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. Soziale Psychiatrie Heft 3; 34-36
- Elgeti H (2003): Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen; Heft 1; 24-29
- Die Abschlussberichte der Studien zur Prävention von Langzeithospitalisationen und zur Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen sowie die Sozialpsychiatrische Pläne der Region Hannover 2005 und 2006 sind als Download verfügbar unter der Adresse: <http://www99.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html>

Anschrift des Verfassers:

Dr. Hermann Elgeti
Medizinische Hochschule Hannover
Sozialpsychiatrische Poliklinik
Podbielskistraße 158
30177 Hannover
E-Mail: elgeti.hermann@mh-hannover.de

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – neues Formular ab 2004

A) Datenblatt für Einrichtungsträger

Berichtsjahr:

1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers

	(Code-Nr.)

2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung

Erläuterung: Angebote nach vorrangigem Kostenträger und Definition (ambulant, teilstationär, stationär) differenzieren, jeweils planmäßige und tatsächlich belegte Platzzahlen (jeweils zum 31.12. des Berichtsjahres) sowie hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit) angeben.

Bei mehreren Kostenträgern bitte nur den vorrangigen angeben, ebenso bei Zuständigkeit für mehrere Versorgungssektoren das hauptsächliche Einzugsgebiet aus der Codierungsliste auswählen!

Code-Nr. des Hilfsangebotes	vorrangiger Kostenträger	Leistungsart	Platzzahl (am 31.12.) nach Plan	belegt	hauptsächliches Einzugsgebiet

Code vorrangiger Kostenträger

- 1 = Krankenversicherung; 2 = Rentenversicherung; 3 = Arbeitsverwaltung; 4 = überörtlicher Sozialhilfeträger; 5 = Kommune / örtlicher Sozialhilfeträger; 6 = Pflegeversicherung; 7 = Eigenmittel des Einrichtungsträgers (einschl. Spenden); 8 = Eigenmittel des Patienten / Klienten; 9 = Integrationsamt; 10 = nds. Wissenschaftsministerium; 11 = nds. Sozialministerium (einschl. freiwillige Beihilfen); 12 = nds. Justizministerium; 13 = Bundesministerien;
 88 = sonstige Kostenträger, bitte Klartext angeben: _____;
 99 = unbekannt / unklar

Code Leistungsart

- 1 = ambulante Leistungen; 2 = teilstationäre Leistungen; 3 = stationäre Leistungen

Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)

- 1 = BS Ronnenberg / Empelde; 2 = BS Freytagstr.; 3 = BS Plauener Str.; 4 = BS Deisterstraße; 5 = BS Königstr.; 6 = Sozialpsychiatrische Poliklinik Walderseestr. / MHH; 7 = BS Burgdorf; 8 = BS Neustadt; 9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = Psychiatrische Poliklinik I / MHH; 12 = andere Teilgebiete der Region; 13 = gesamtes Gebiet der Region; 14 = gesamtes Gebiet der Stadt Hannover; 15 = andere Teilgebiete der Stadt Hannover; 16 = gesamtes Gebiet des Umlandes; 17 = andere Teilgebiete des Umlandes; 18 = Einzugsgebiete außerhalb der Region Hannover; 19 = kein definiertes vorrangiges Einzugsgebiet

**B) Datenblatt für einzelne Angebote
 eines Einrichtungsträgers**

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

	(Code-Nr.)

<input type="checkbox"/>	Dieses Angebot ist Maßnahmefinanziert (wenn ja, bitte Abschnitt 2. ausfüllen)
<input type="checkbox"/>	Dieses Angebot ist Pauschalfinanziert (d.h. unabhängig von der Zahl der belegten Plätze) (zutreffendes ankreuzen)

2. Zahl und Kosten der belegten Plätze bei Maßnahmefinanziertem Angebot (Stichtag 31.12.)

Erläuterung: Bei einer internen Differenzierung des Hilfsangebotes mit unterschiedlichen Kostensätzen bitte für jede Kostenstufe eine Zeile verwenden und die zutreffende Zeiteinheit ankreuzen. Gilt der Kostensatz pro (Fachleistungs-) Stunde, zusätzlich bitte die durchschnittlich geleistete Anzahl der (Fachleistungs-) Stunden pro Monat angeben. Relevant sind alle kostenwirksamen (auch Fremdvergebene) Leistungen.

lfde. Nr.	Kosten pro Platz (€)	Zeiteinheit des Kostensatzes					Zahl der Plätze
		Stunde	Stunden / Monat	Tag	Monat	Quartal	
2.1							
2.2							
2.3							
2.4							
2.5							

3. Angaben zu Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals (Stichtag 31.12.)

Erläuterung: Anzahl der Vollkräfte immer mit 1-2 Stellen hinter dem Komma angeben (z.B. 4,6 bzw. 3,25).

Grundqualifikation	Vollkräfte insgesamt	Vollkräfte mit Zusatzqualifikation	Art der Zusatzqualifikation		
			1	2	3
1 Medizin, Psychologie, Pädagogik u.ä.					
2 Sozialpäd., Krankenpfl., ET, Heilerziehungspfl., Meister u.ä.					
3 Hauswirtschaft, Heilhilfeberufe, Facharbeiter					
4 Verwaltungspersonal					

Code Zusatzqualifikationen: 1 = psychotherapeutische Qualifizierung (Zusatztitel, Facharztanerkennung, Abschluss Psychotherapie-Ausbildung); 2 = sozialpsychiatrische Zusatzausbildung; 3 = Sonstiges

4. Bitte Zahl der im Berichtsjahr behandelten bzw. betreuten Patienten angeben:
 (Möglichst für jeden Patienten dann ein ausgefülltes Datenblatt C beilegen)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**C) Datenblatt für die Patientenbezogene
Basis- und Leistungsdokumentation**

Berichtsjahr:

Erläuterung: Grundlage dieses Datenblattes ist der minimale Merkmalskatalog nach den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie, wie er vom Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten für die Erstellung Sozialpsychiatrischer Pläne nach § 9 NPsychKG gebilligt worden ist. In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für den jeweiligen Patienten die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es soll der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert werden.**

1. Angaben zum Ort der Hilfe und zur eigenen psychiatrischen Versorgungsleistung

**1.1 Code-Nr.
des eigenen Hilfsangebotes**

**1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung
im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr**

Anzahl der Tage angeben bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik; bei unbekannter Dauer: 999 eintragen

Anzahl der Quartale angeben bei allen übrigen Hilfsangeboten; bei unbekannter Dauer: 9 eintragen

2. Angaben zur Person des Patienten und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1 Geschlecht
1 = männlich; 2 = weiblich; 9 = Geschlecht unbekannt/unklar

2.2 Alter
0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 J.; 3 = 45 bis unter 65 J.;
4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 Einzugsgebiet des (letzten) Wohnortes, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt
1 = BS Ronnenberg / Empelde; 2 = BS Freytagstr.; 3 = BS Plauener Str.; 4 = BS Deisterstraße;
5 = BS Königstr.; 6 = Sozialpsychiatrische Poliklinik Walderseeestr. / MHH; 7 = BS Burgdorf;
8 = BS Neustadt; 9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = Psychiatrische Poliklinik I / MHH;
20 = Wohnort innerhalb Niedersachsens, aber außerhalb der Region Hannover;
30 = Wohnort außerhalb von Niedersachsen; 40 = wohnungslos; 90 = Wohnadresse unbekannt/unklar

2.4 juristische Flankierung der Hilfen
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 1 = Bevollmächtigung einer (nahe stehenden) Person; 2 = gesetzliche Betreuung; 3 = Behandlung gemäß NPsychKG;
4 = Maßregelvollzug; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar
Erläuterung: "ja" bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

(Fortsetzung auf der Rückseite)

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. psychiatrische Erstdiagnose

0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhaftige Störung (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8 = keine psychische Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar

3.2. Alter bei Ersterkrankung

0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1 = 65 und mehr Jahre; 2 = 45 bis unter 65 Jahre; 3 = 25 bis unter 45 Jahre; 4 = unter 25 Jahre; 9 = Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar

3.3. Dauer seit Ersterkrankung

0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre

3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt

0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre; 2 = 5 bis unter 10 J.; 3 = 1 bis unter 5 J.; 4 = unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar

3.5. Wohnsituation

0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar

3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)

0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation (z.B. RPK), Sonderschule o.ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar

3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte

Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.

0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt

0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld; 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!)

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ankreuzen)	
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)	
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)	
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)	
med. Behandlung	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (gemäß SGB V)	
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (gemäß SGB V)	
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)	
med. Behandlung	klinisch	4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)	
		Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
			4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. BSHG (z.B. als häusliche Pflege)			
4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. BSHG (z.B. in Alten- oder Pflegeheim)			
kompl. Versorgung	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben	
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation (z.B. in RPK-Einrichtungen, BTZ, BFW oder ähnliches)	
		4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit	
		4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder ähnliches	



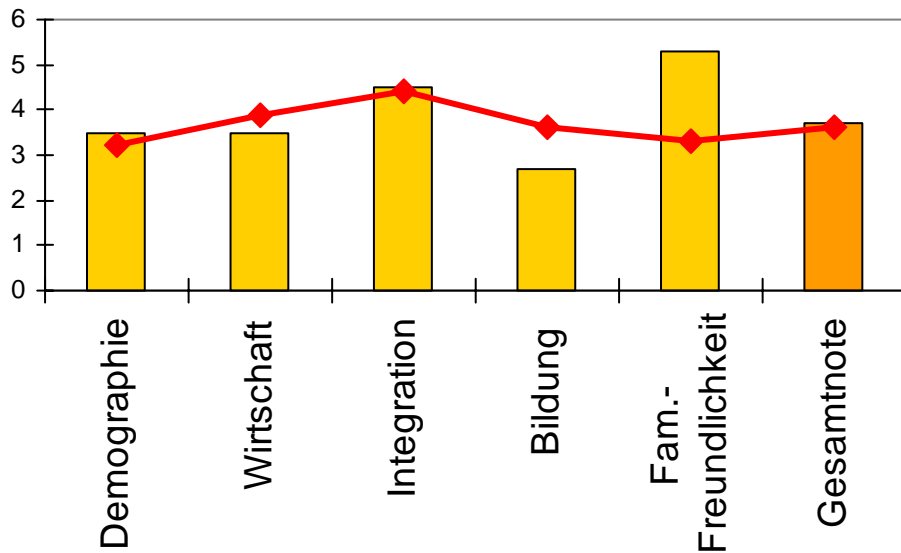
Datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

1. Sozialpsychiatrisches Handeln: Dialogfähigkeit und Kontextbezug
2. Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien
3. Planung – nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten
4. Prävention von Langzeithospitalisationen ist ein lohnendes Ziel
5. Fortschritt: eine Schnecke, die auch rückwärts kriechen kann

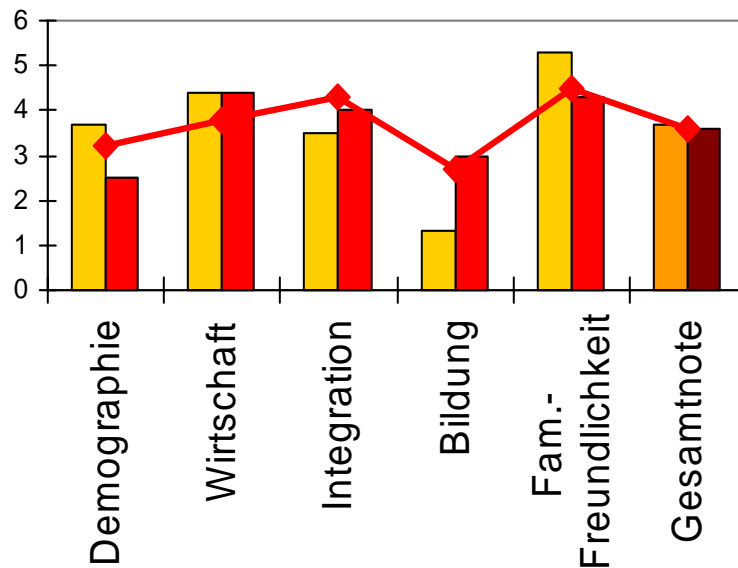
0. Region Hannover im Vergleich mit Stadt und Landkreis Aachen

Schulnoten zur Zukunftsfähigkeit der Regionen

Quelle: Kröhnert et al. (2006) Die demographische Lage der Nation



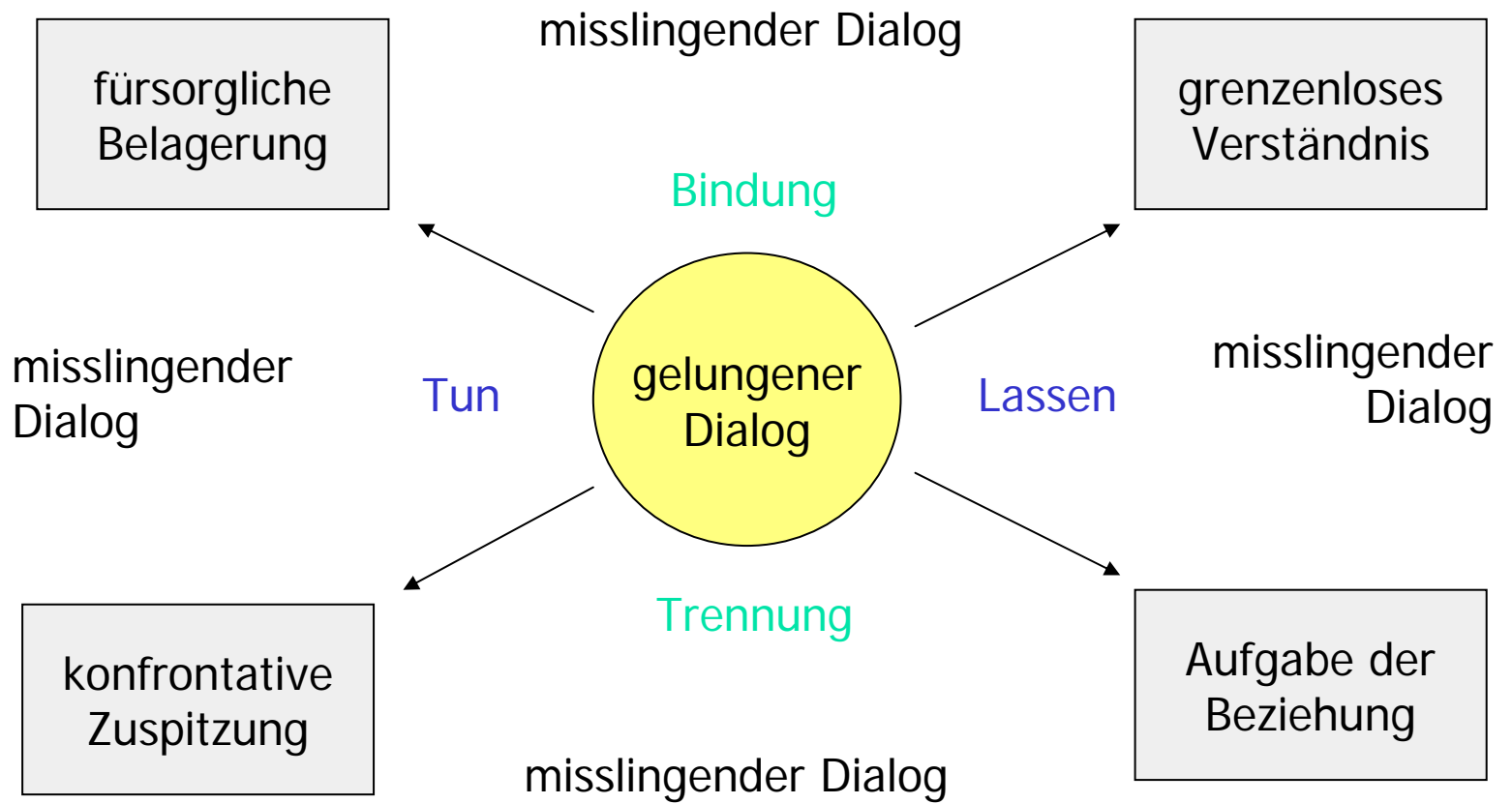
Region Hannover (1,17 Mio. Einw.)
Durchschnitt Niedersachsen (8,00 Mio. Einw.)



Stadt Aachen (0,25 Mio. Einw.)
Landkreis Aachen (0,31 Mio. Einw.)
Durchschnitt NRW (18,08 Mio. Einw.)

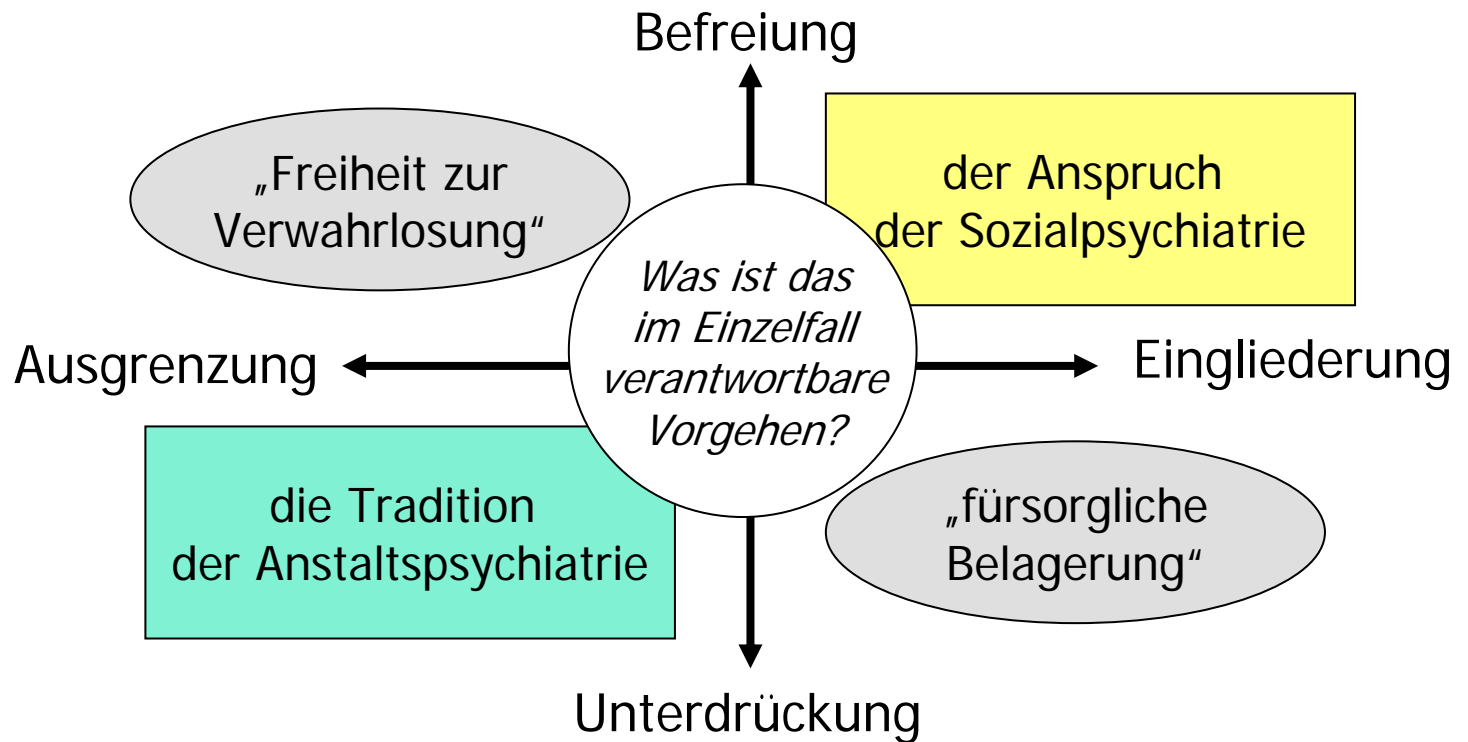
1. Sozialpsychiatrisches Handeln: Dialogfähigkeit und Kontextbezug

Dialogfähigkeit als Balancearbeit



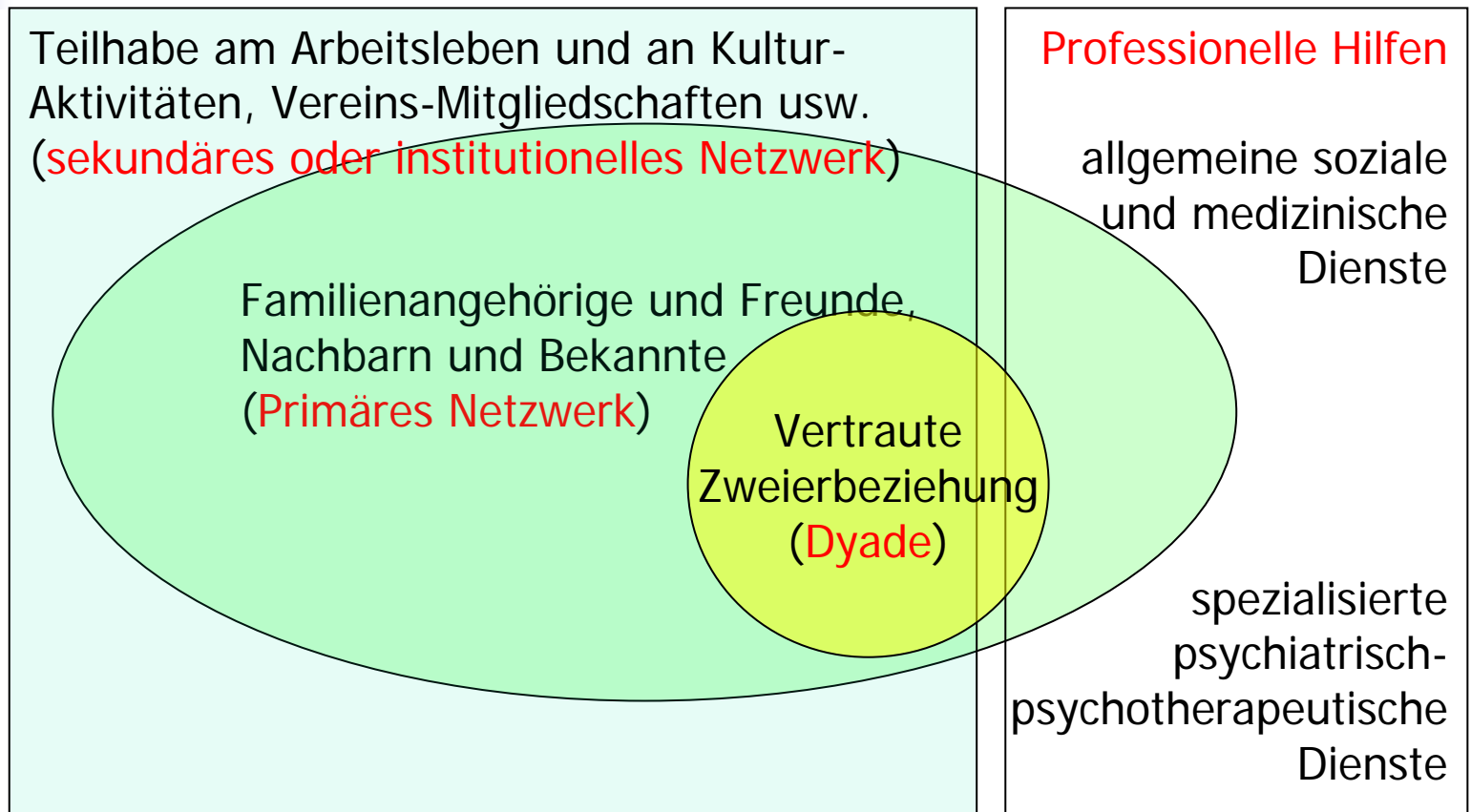
1. Sozialpsychiatrisches Handeln: Dialogfähigkeit und Kontextbezug

Hilfe und Kontrolle als widersprüchlicher Auftrag



1. Sozialpsychiatrisches Handeln: Dialogfähigkeit und Kontextbezug

Orientierung auf das Netz sozialer Unterstützung



1. Sozialpsychiatrisches Handeln: Dialogfähigkeit und Kontextbezug

Vielfalt der Hilfen in der Region Hannover

Entwicklung der Hilfsangebote in ausgewählten Angebotsformen

Anzahl der Einwohner (in Mio.)	0,812	1,140	1,168
Angebotsform	1967	1998	2004
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	0	9	10
Ambulant-aufsuchender Dienst (SpDi / PIA)	3	11	19
Plätze im ambulant betreuten Wohnen (SGB XII)	0	291	~700
Plätze in psychiatrischen Tageskliniken (SGB V)	0	118	136
Plätze in Tagesstätten (§ 53 SGB XII)	0	109	136
geschützte Arbeitsplätze (bes. in WfbM und RPK)	0	300	346
Klinikbetten Erwachsenenpsychiatrie (SGB V)	2701	1032	882
Klinikbetten Kinder-Jugend-Psychiatrie (SGB V)	80	69	86
Plätze in Wohnheimen (§ 53 SGB XII)	0	525	611
Plätze in Pflegeheimen (SGB XI / § 53 SGB XII)	230	1337	1111

Anm.: Im stationären Bereich unter Einschluss vieler auswärtiger Nutzer



2. Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien Gremienstruktur in der Region Hannover

- Der **Regionale Fachbeirat Psychiatrie** (RFP) tagt monatlich, berät den Fachdezernenten und hat 7 stimmberechtigte Mitglieder.
- Der **Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie** (AKG) tagt monatlich, fungiert als Vollversammlung des Verbundes, hat 50-70 Teilnehmer pro Sitzung.
- Die **Fachgruppen** bearbeiten für den AKG spezielle Themen und tagen in monatlichen bis dreimonatigen Abständen.
- Die **Sektor-Arbeitsgemeinschaften** tagen jeden bzw. jeden 2. Monat und dienen der Koordination dezentral geleisteter Hilfen.
- Die **Geschäftsstelle zur Psychiatriekoordination** soll den Gremien die notwendige organisatorische Unterstützung geben.



2. Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien Zielperspektiven des Verbundes in Hannover

- **Zielgruppenspezifität der Hilfen steigern:** Konzentration der Arbeit auf Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen
- **Schwerpunkt ambulanter Hilfen stärken:** verbindliche, bei Bedarf langfristige, kontinuierliche und qualifizierte Hilfe für chronisch psychisch Kranke, durch ambulanten Bezugstherapeuten (wo möglich) und multidisziplinäre Teamarbeit (wo nötig)
- **Partnerschaftlichen Umgang fördern:** wirkungsvolle Zusammenarbeit zwischen dem psychisch Kranken, seinen Angehörigen und den professionellen / ehrenamtlichen Helfern
- **Hilfen koordinieren und vernetzen:** wohnortnahe und integrierte Hilfeleistung auf Grundlage sektorisierter Versorgungsstrukturen



2. Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien

Stärken-Schwächen-Analyse für Hannover

Stärken:

- Alle wichtigen Einrichtungen und die Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind Mitglied im Verbund.
- Die Gremiensitzungen sind gut besucht, der Diskurs ist lebendig, basisdemokratisch und am Konsens der Teilnehmer orientiert.
- Erste Schritte zu einer regionalen Psychatrieberichterstattung als Hilfsmittel sozialpsychiatrischer Planung sind getan.

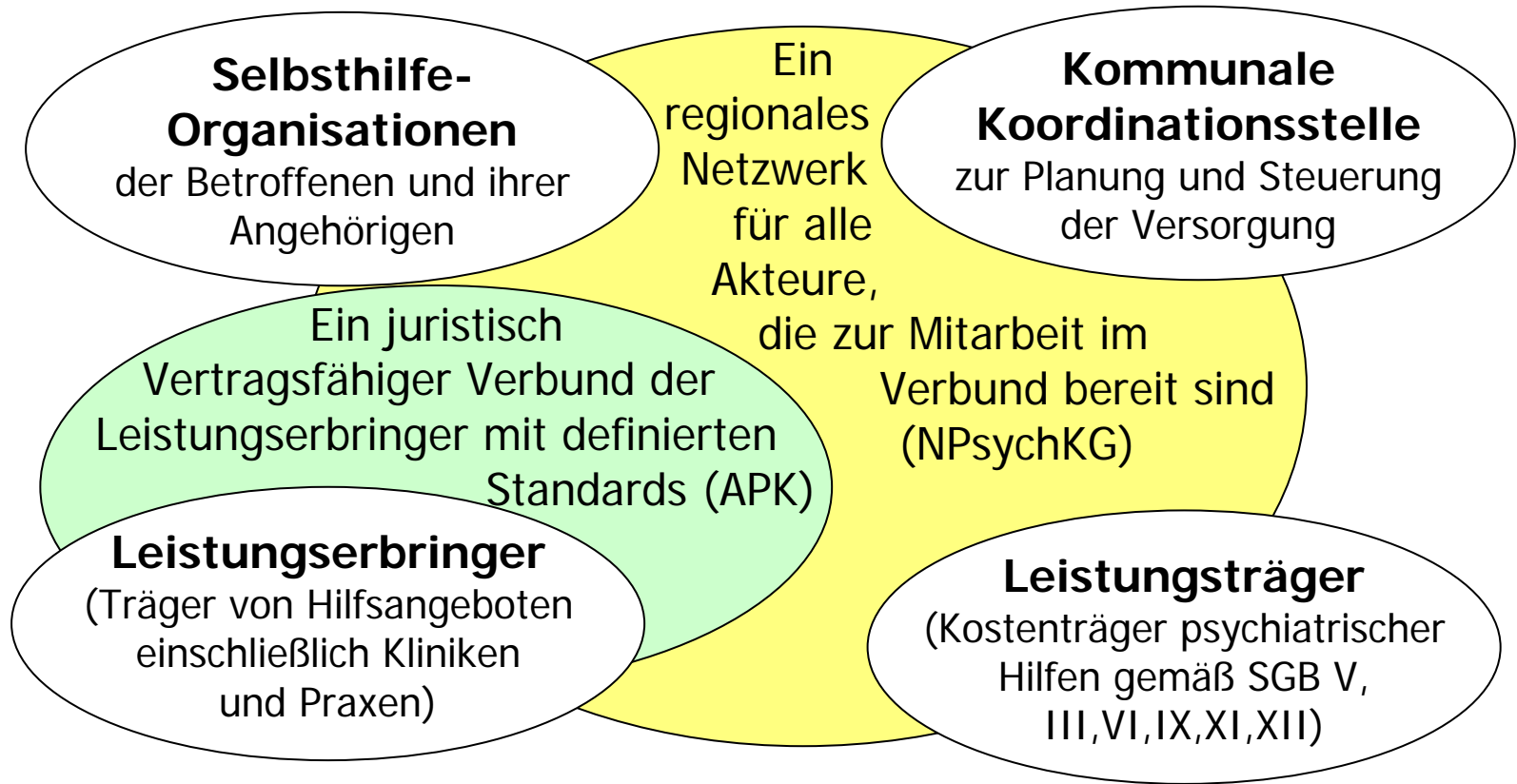
Schwächen:

- Große Kliniken und Heime zeigen starkes Eigenleben, zu wenig Bereitschaft zur Dezentralisierung / Vernetzung ihrer Angebote.
- Kostenträger und in der Praxis niedergelassene Psychiater / Psychotherapeuten beteiligen sich kaum an der Verbundarbeit.

2. Gemeindepsychiatrie braucht regionale Koordinationsgremien

Grundkonzeptionen regionaler Verbände

Positionen der Aktion Psychisch Kranke (APK) und des NPsychKG





3. Planung – nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten

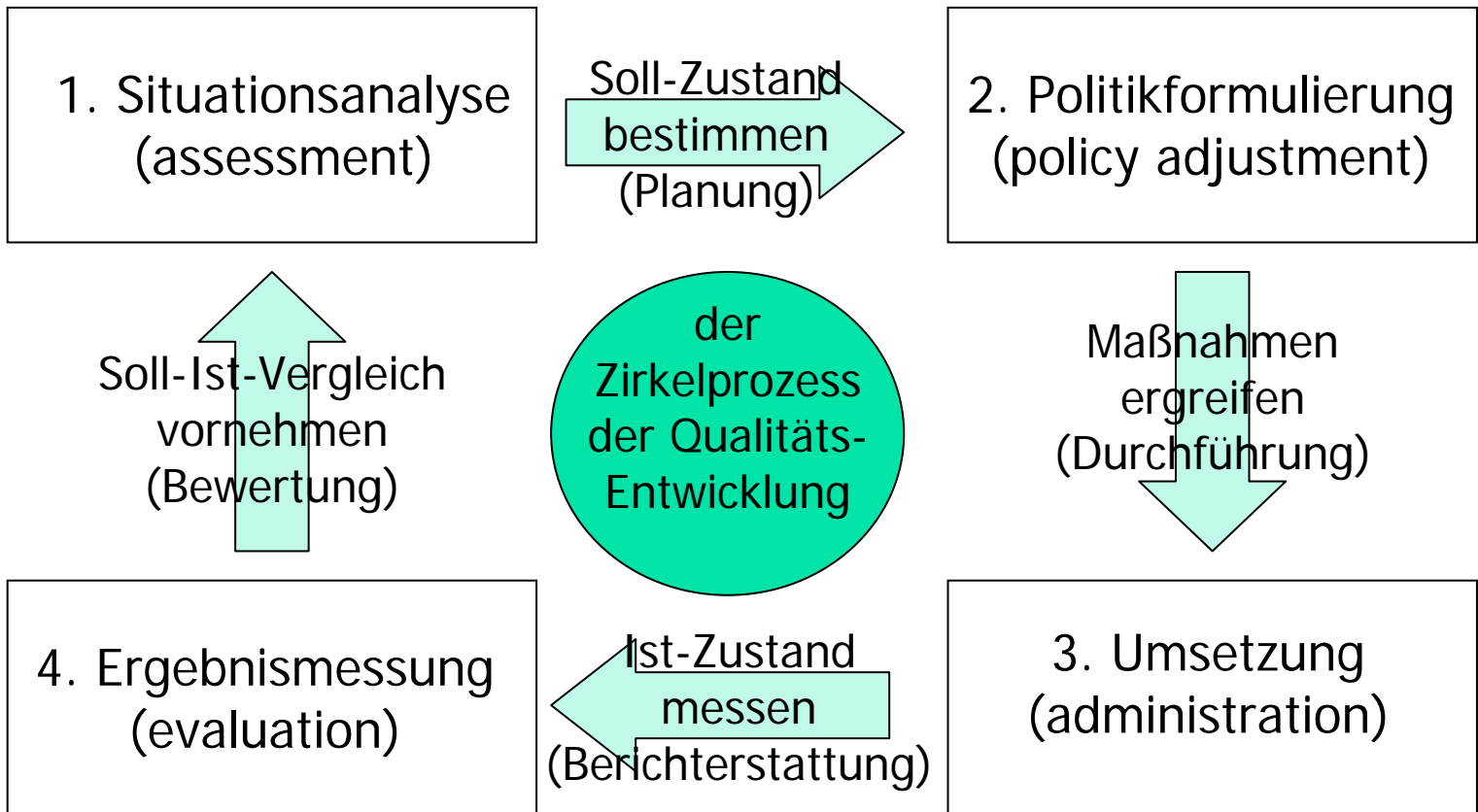
Für ein neues Paradigma zur Qualitätssicherung

nach dem Plädoyer von C. Cording (Psychiatrische Praxis 2003)

- 1. Ziel muss die Optimierung der psychiatrischen Versorgung in **gesamtgesellschaftlicher Perspektive** sein, nicht die betriebswirtschaftliche Optimierung einzelner Institutionen.
- 2. Entscheidende Qualitätskriterien sind die **individuellen Langzeitergebnisse** über alle beteiligten Institutionen hinweg sowie die **Versorgungsqualität definierter Regionen**.
- 3. Qualitätssichernde Maßnahmen müssen nach ihrer zu erwartenden **Kosteneffektivität** priorisiert werden.
- 4. Die **Implementierung** qualitätssichernder Maßnahmen sollte schrittweise, zielorientiert und koordiniert erfolgen.
- 5. Sinnvolle psychiatrische Qualitätssicherung benötigt die entsprechenden politisch-administrativen **Rahmenbedingungen**, u.a. auch Zielorientierte Anreize zur Selbstoptimierung.

3. Planung – nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten

Zirkelprozess der Qualitätsentwicklung



3. Planung – nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten

Projekt regionale Psychiatrieberichterstattung

Umfang der Primärdaten und Gruppierung der Hilfsangebote

Jahresstatistik der Gebietskörperschaften für jeden Sektor:

- Einwohnerzahl nach Altersgruppen (<18, 18-<65, ab 65 Jahre)
- Zahl der Arbeitslosen
- Gebietsfläche der Versorgungssektoren (in Hektar)

Statistische Jahresberichte der Einrichtungsträger (freiwillig):

- Datenblatt A (pro Einrichtungsträger): allgemeine Angaben
- Datenblatt B (pro Hilfsangebot): Zahl und Kosten der belegten Plätze, Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals
- Datenblatt C (pro Patient im Hilfsangebot): anonymisierte Basis- und Leistungsdokumentation

Vergleichbare **Hilfsangebote** werden nach Zuordnung zu einer der drei **Leistungsarten** (ambulante, teil- bzw. vollstationäre Hilfen) in einer von je 10 **Angebotsformen** zusammengefasst

3. Planung – nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten

Bildung von 28 Kennzahlen als Sekundärdaten

1. Kennzahlen für Hilfsangebote:

K1-K2
aus den Werten des
Datenblattes A

K3-K8
aus den Werten des
Datenblattes B

2. Kennzahlen für betreute Patientengruppen:

K9-K19
aus den Werten des
Datenblattes C

K27: Platzangebot
(pro 100.000 Einw.)

K28:
Fachkräfteeinsatz
(pro 100.000 Einw.)

K26:
Inanspruchnahme
(pro 100.000 Einw.)

4. Kennzahlen zur regionalen Versorgung:

3. Kennzahlen zum Einzugsgebiet:

K20-K25
aus der kleinräumigen Jahresstatistik
der Gebietskörperschaften

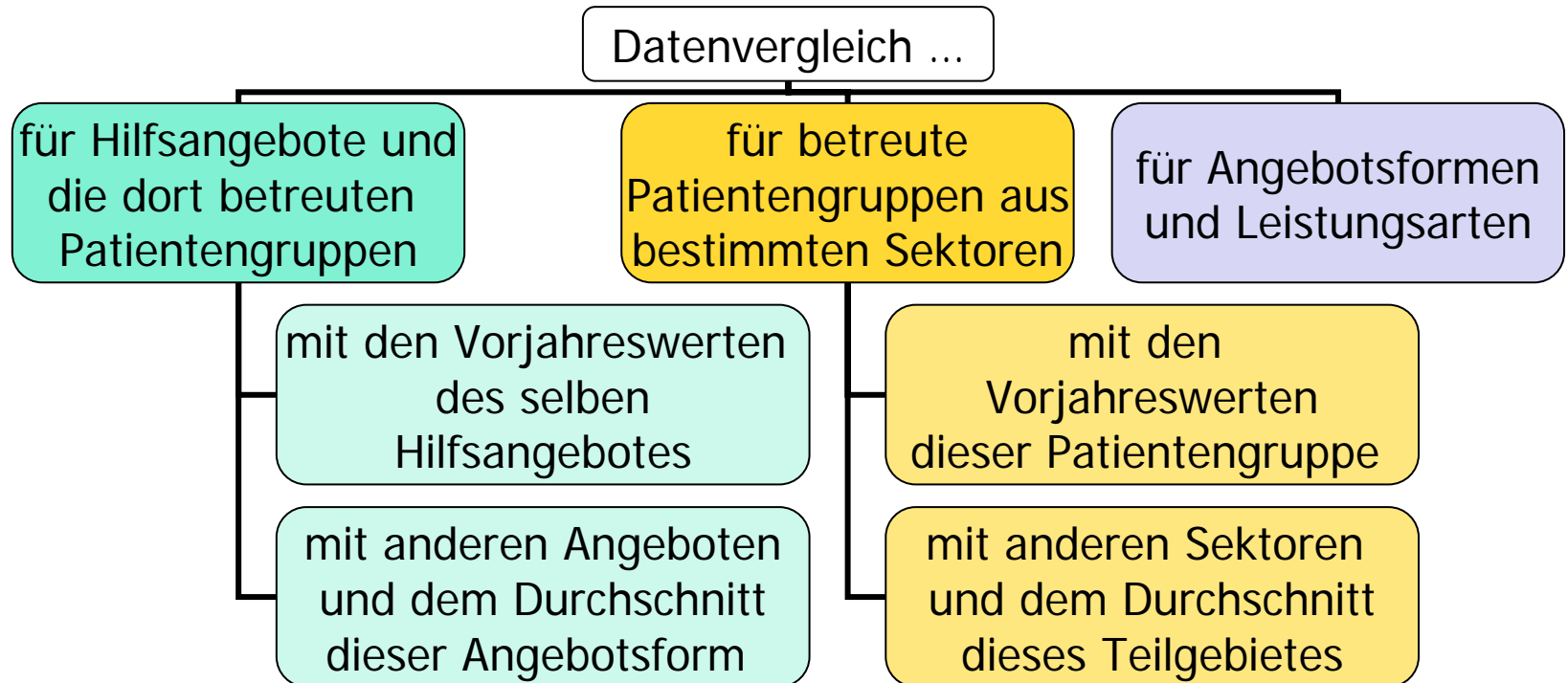
3. Planung – nicht ohne aussagekräftige und vergleichbare Daten

Grundrichtungen des Datenvergleichs

in den jährlichen Auswertungsberichten des Verbundes

Auswertungsberichte als Download verfügbar unter:

<ftp://ftp@ftp.mh-hannover.de/incoming/private/scs.fgt6jk3/region/>



4. Prävention von Langzeithospitalisation ist ein lohnendes Ziel

Psychosoziales Risiko und Krankheitsverlauf

313 Patienten mit Diagnosen F2-F6, ≥ 2 Kontakten in ≥ 2 Jahren zwischen 1987-1996 zu den im Sektor 6 zuständigen Diensten

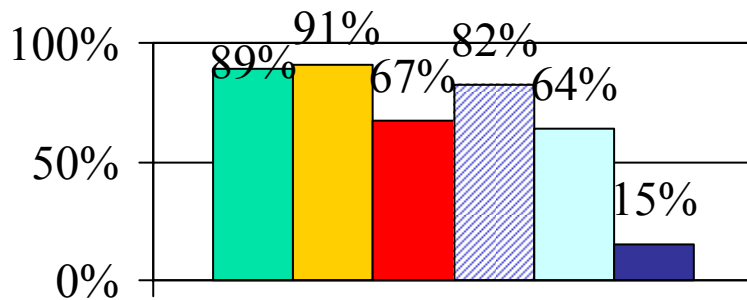
Definition des Grades des psychosozialen Risikos (Summenscore Merkmale 3.1-3.3,3.5-3.7 aus DB C)	Risikograd der Patienten beim Erstkontakt in den Einrichtungen	Anteil mit Langzeithospitalisation im 10-Jahres-Zeitraum 1987-1996
geringes Risiko (6-10)	51	8% (N=4)
mäßiges Risiko (11-15)	134	16% (N=21)
deutliches Risiko (16-20)	120	33% (N=39)
hohes Risiko (21-24)	8	50% (N=4)
Summe (6-24)	313	22% (N=68)

Abschlussbericht der Studie als PDF-Datei im Download-Archiv:

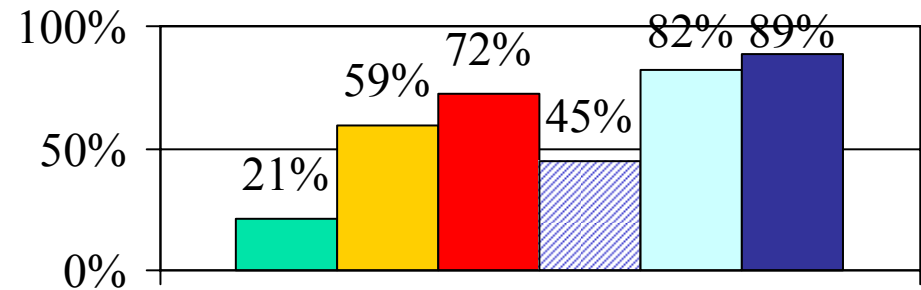
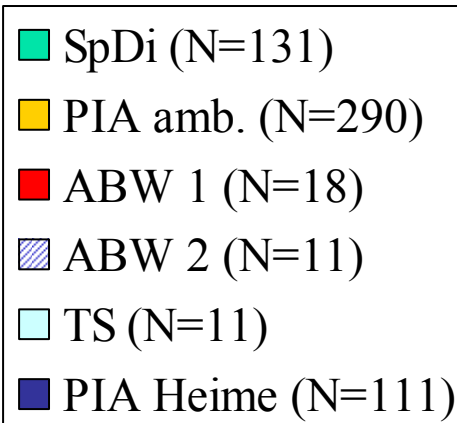
<http://www99.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html>

4. Prävention von Langzeithospitalisation ist ein lohnendes Ziel

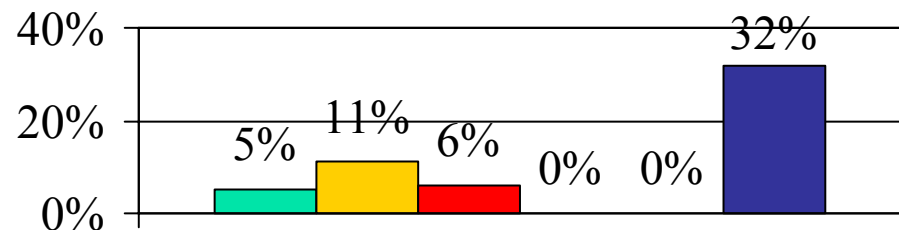
Nutzer außerklinischer Hilfsangebote im Sektor 6 nach Angaben der Träger auf den Datenblättern C für das Jahr 2001



Anteil Sektor-Patienten



Anteil Pat. mit funktioneller Psychose



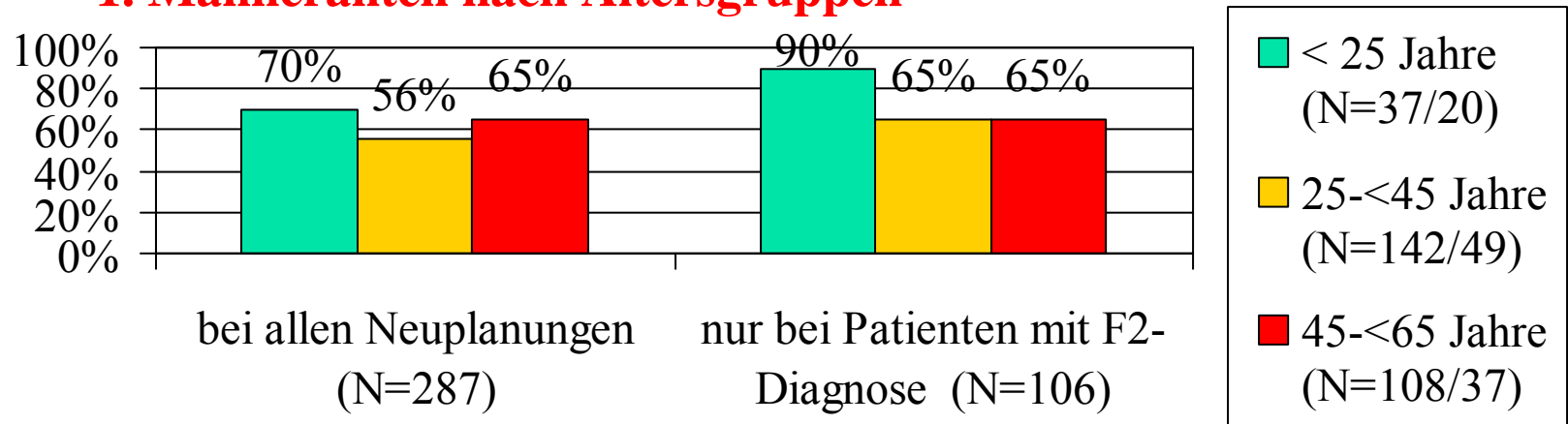
Anteil Psychose-kranker Männer mit
Ersterkrankung vor 25. Lebensjahr

4. Prävention von Langzeithospitalisation ist ein lohnendes Ziel

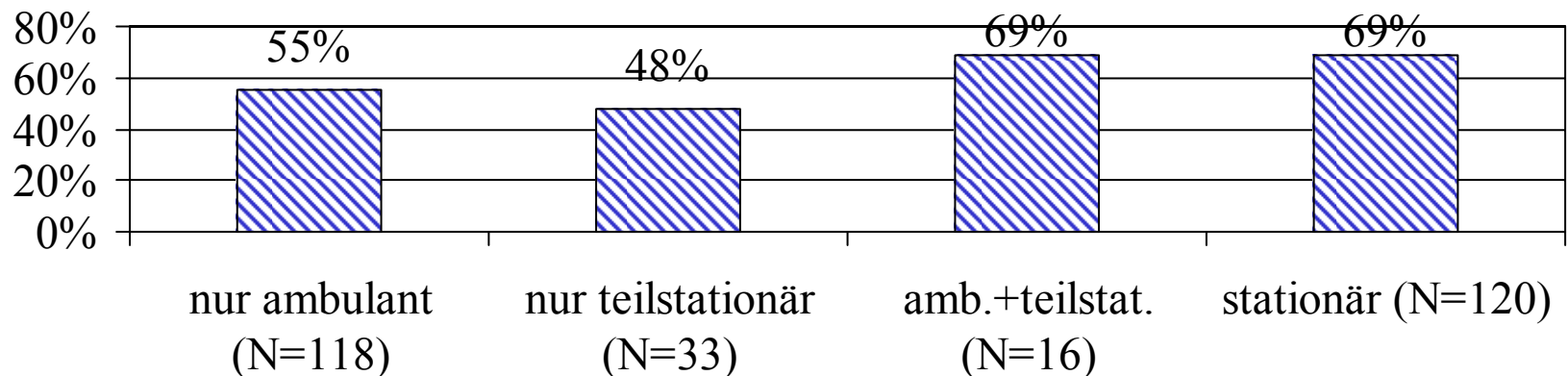
Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen

für seelisch behinderte Menschen <65 Jahren (ohne WfbM) 2001
(Abschlussbericht der Studie als PDF-Datei im Download-Archiv)

1. Männeranteil nach Altersgruppen



2. Männeranteil nach Art der empfohlenen Maßnahmen



4. Prävention von Langzeithospitalisation ist ein lohnendes Ziel
Psychosekranke Männer <25 Jahre 2001–2004
 nach Angaben der Einrichtungsträger auf den Datenblättern C

	alle Patienten		Patienten mit funkt. Psychose		nur Männer <25 Jahre mit funkt. Psychose	
	2001	2004	2001	2004	2001	2004
Zahl Datenblätter C	2219	5582	831	1728	32	81
Anteil von SpDi	49%	67%	71%	79%	69%	74%
Durchschnitt psR	21,0	21,0	23,0	22,8	23,8	22,8
Quartale Betreuung außerhalb Klinik	2,5	2,5	3,2	3,1	2,2	2,6
Anteil in der Klinik im Berichtsjahr	34%	35%	30%	35%	61%	59%



4. Prävention von Langzeithospitalisation ist ein lohnendes Ziel Risikogruppe Psychosekranke junge Männer

- **Problembeschreibung:** Bei den Betroffenen verläuft die Erkrankung häufig chronisch und erzeugt einen komplexen Hilfebedarf. Hinzu kommt oft: Abbruch von Hilfsmaßnahmen, Suchtmittelmissbrauch, dissoziale Verhaltensweisen. Das Risiko ist hoch für Vereinsamung, Arbeits-/ Wohnungslosigkeit, Selbst- und Fremdgefährdung, langfristige Klinik- und Heimaufenthalte.
- **Lösungsansatz:** Die Dienste und Einrichtungen einer Region benachrichtigen den SpDi, wenn ein Mann unter 25 Jahren die Betreuung beendet / abgebrochen hat, ohne dass die weitere Versorgung trotz entsprechender Notwendigkeit gesichert ist. Ein Mitarbeiter des SpDi ist für ihn und seine Bezugspersonen langfristig ansprechbar und verliert ihn nicht aus den Augen.



4. Prävention von Langzeithospitalisation ist ein lohnendes Ziel

Abschluss einer regionalen Zielvereinbarung

zur Betreuungskontinuität bei jungen Psychosekranken Männern

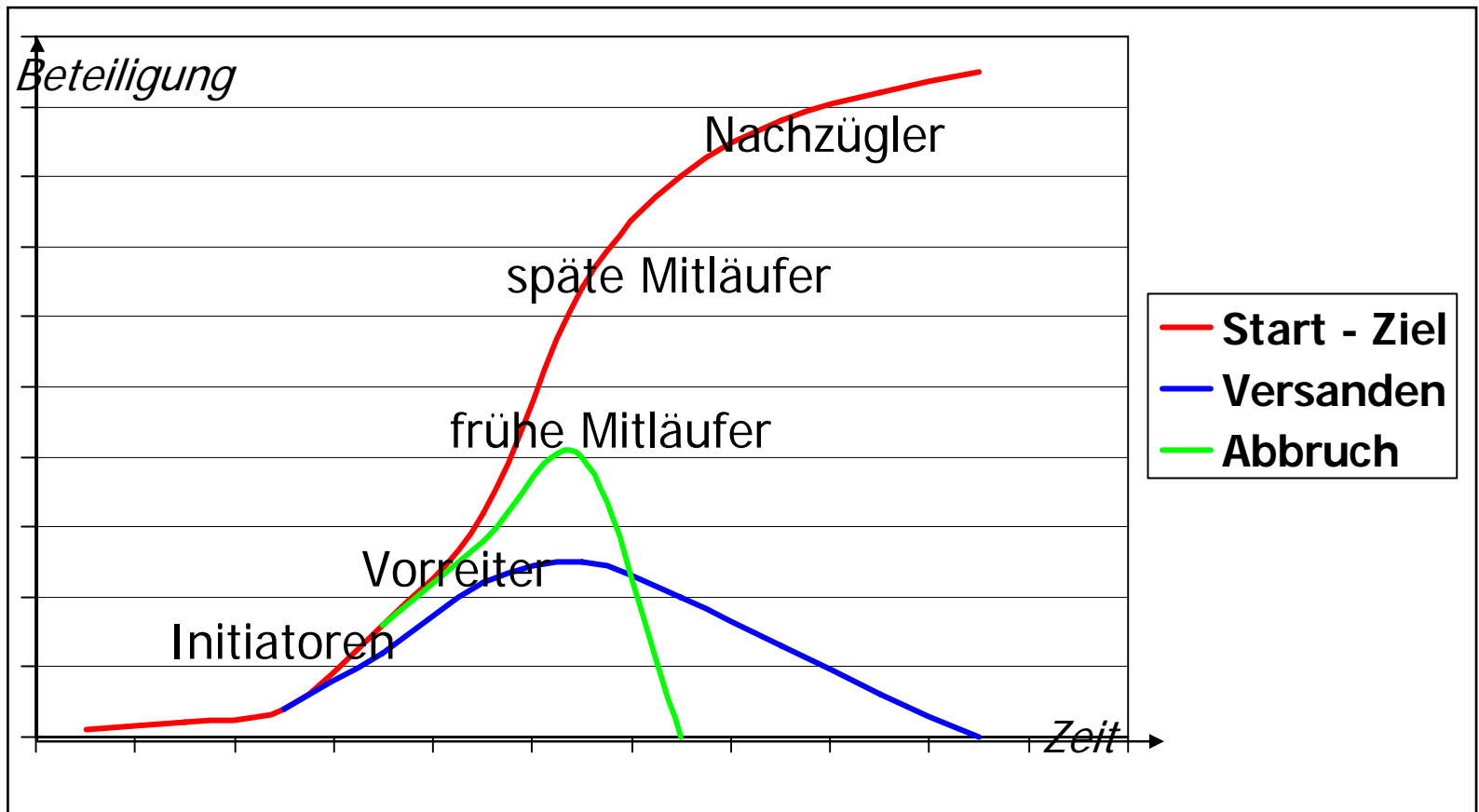
- **Was soll wann erreicht sein?** Fünf Jahre nach dem Start 2007 mehr Betreuungskontinuität für die Zielgruppe bei einem geringeren Anteil pro Jahr in der Klinik behandelter Personen.
- **Wie soll der Erfolg gemessen werden?** Die Auswertung der Datenblätter C zeigt, ob die Werte sich dem Durchschnitt aller Personen mit funktionellen Psychosen angeglichen haben.
- **Wie soll das Ziel erreicht werden?** Ist die Weiterbetreuung einer Person aus der Zielgruppe nicht gesichert, wird ein Mitarbeiter des SpDi nach Information für ihn zuständig und sucht Kontakt.
- **Wer ist dafür verantwortlich?** Für die Information an den SpDi bei Abbruch einer notwendigen Betreuung alle Einrichtungen, für die Stellung einer langfristig zuständigen Fachkraft der SpDi.



5. Fortschritt: eine Schnecke, die auch rückwärts kriechen kann Probleme der Rationalisierung und Rationierung

- **Missbrauch muss bekämpft werden.** Aber Misstrauen zwischen den Beteiligten bedroht das Vertrauen und das Selbstvertrauen, die um sich greifende Kontrolle engt die Spielräume aller ein.
- **Qualität muss gesichert werden.** Aber die Standardisierung der Behandlungsprogramme verkennt die Besonderheiten des Einzelnen, bevorzugt die durchschnittlich Kranken und entmachtet sowohl den Patienten wie den Therapeuten.
- **Kosten müssen eingespart werden.** Aber die Verknappung der Mittel trifft zuerst und am härtesten die am schwersten beeinträchtigten Kranken ohne soziale Unterstützung, die sich nicht selbst helfen und die sich auch nicht wehren können.

5. Fortschritt: eine Schnecke, die auch rückwärts kriechen kann Die Beteiligung an Veränderungsprozessen





Datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke

Literaturhinweise und Korrespondenzadresse

Literaturhinweise:

- Cording C (2003): Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. Psychiatrische Praxis; 225-229
- Schernus R et al. (2004): Soltauer Impulse – Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. Soziale Psychiatrie Heft 3; 34-36
- Elgeti H (2003): Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen; Heft 1; 24-29
- Download-Archiv der Abteilung Sozialpsychiatrie der MHH unter:
<http://www99.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/index.html>

Korrespondenzadresse:

Dr. Hermann Elgeti, Sozialpsychiatrische Poliklinik der Medizinischen
Hochschule Hannover, Podbielskistraße 158, 30177 Hannover

E-Mail: elgeti.hermann@mh-hannover.de