

6. Einrichtungen des Gesundheitswesens

6.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

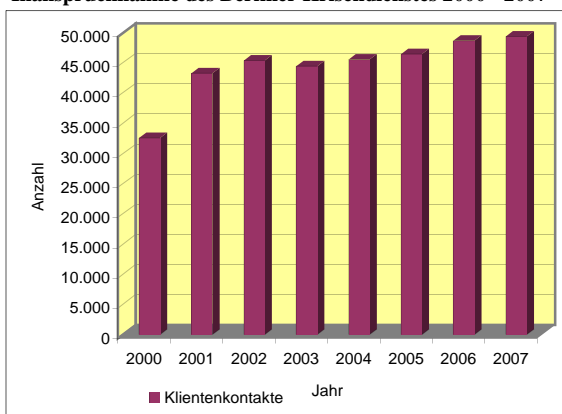
6.1.9 Versorgung psychisch kranker Menschen

6.1.9.1 Berliner Krisendienst - Inanspruchnahme durch ältere Menschen

1999 wurde der Berliner Krisendienst (BKD) zur Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung und zur Flankierung der Enthospitalisierung aufgebaut (vgl. Basisbericht 2003/2004, S. 349 - 350). Seither hat sich der BKD außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu einem bedeutenden Baustein der außerstationären psychiatrischen Versorgung entwickelt. Seit dem Jahr 2000 (32.561 Kontakte) wächst die *Inanspruchnahme* des BKD - bis auf das Jahr 2003 - kontinuierlich. So sind die Kontaktzahlen (über alle Altersgruppen) auch in den letzten Jahren auf hohem Niveau weiterhin leicht angestiegen (2006: 48.669 / 2007: 49.360), wie Abbildung 6.13 zu entnehmen ist.

BKD ist bedeutender Baustein der außerstationären psychiatrischen Versorgung

Abbildung 6.13:
Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes 2000 - 2007



(Datenquelle und Darstellung: neuhland Berlin)

Bereits die Begleitforschung des BKD hat in Ihrem Bericht¹ festgestellt, „dass der BKD hauptsächlich von Erwachsenen zwischen 21 und 50 Jahren genutzt wird (75 % der Nutzer)“. Zur Inanspruchnahme des BKD durch die Einrichtungen für alte Menschen stellte die Begleitforschung fest, diese „kooperieren vergleichsweise unterdurchschnittlich mit dem BKD“.

Angebot des Berliner Krisendienstes wird von älteren Menschen eher selten genutzt

Der Berliner Krisendienst hat sich seither um eine Intensivierung zur *verbesserten Inanspruchnahme durch alte Menschen* und um eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Institutionen der Altenhilfe bemüht.

So wurden in verschiedenen Regionen Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Beschäftigte von Alteinrichtungen, in der Hauskrankenpflege Tätige etc. und deren Organisationen zu mehreren Veranstaltungen des BKD zum Thema Krisen im Alter eingeladen. Auf diesen Veranstaltungen ging es auch darum, die bestehenden Dienste und Einrichtungen insbesondere für das Thema Alterssuizid zu sensibilisieren und die ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten des BKD für professionelle Helfer und Helferinnen breiter bekannt zu machen. Der Altersforscher Prof. Dr. Erlemeier, der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Untersuchung zur Inanspruchnahme von Kriseneinrichtungen durch alte Menschen durchgeführt hat, konnte für zwei solcher Veranstaltungen gewonnen werden. Der Standort Pankow hat darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit mit

¹ Bergold / Zimmermann (2002): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes, S. 190 und S. 157.

der Koordinierungsstelle Rund ums Alter aufgebaut. Im Standort West wurde eine eigene Fachtagung organisiert; in Südwest lief ein eigenes Beratungsprojekt zum Thema. Letztendlich profitierten alle Regionen von diesen Impulsen.

Fazit dieser Bemühungen ist: Das Thema ist bei den Beratern und Beraterinnen des BKD angekommen, sie sind über die fachlichen Impulse und die intensivierte Vernetzungstätigkeit sensibilisiert worden; dennoch sind die quantitativen Ergebnisse der Bemühungen, ältere Menschen auch direkt zu erreichen, bescheiden geblieben. Über die fachliche Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die intensivierte Vernetzungstätigkeit hinaus werden zukünftig *spezifische Ansprachen für diese Bevölkerungsgruppe zu entwickeln* sein.

Die Menschen im Alter von über 60 Jahren nehmen ca. 8 -10 % der Klientenkontakte des BKD ein. Um die *Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes durch alte Menschen* zu ermitteln, wurden ausschließlich die Kontakte, die sich unmittelbar auf Einzelpersonen beziehen, ausgewertet. Die Schwierigkeit, dass der Krisendienst mit vielen anonym bleibenden Klientinnen und Klienten arbeitet, wurde dahingehend berücksichtigt, dass nur die Klientenkontakte, bei denen in der Basisdokumentation eine Altersangabe vorhanden war, berücksichtigt wurden. Es wurden darüber hinaus auch die Daten aller Klienten und Klientinnen nach Alter ausgewertet, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als suizidgefährdet eingeschätzt wurden (vgl. Tabelle 6.9).

Tabelle 6.9:
Klientenkontakte mit Altersangabe im Berliner Krisendienst 2006 und 2007

	insgesamt		dar. suizidgefährdet	
	insgesamt	dar. 61 u.m. Jahre in %	insgesamt	dar. 61 u.m. Jahre in %
2006	26.162	7,8	3.188	8,0
2007	26.632	8,5	3.177	8,9

(Datenquelle und Darstellung: neuhand Berlin)

Zum Vergleich: Der Anteil der über 60-Jährigen an der Berliner Gesamtbevölkerung betrug 2006 20,1 %. Hier ist also Entwicklungspotenzial vorhanden. Alte Menschen sind zu einem etwas höheren Anteil unter den *suizidal gefährdeten Nutzern und Nutzerinnen des BKD*, wie diese Auswertung ergibt. Dazu einige Hintergründe:

In der Gruppe der älteren Menschen sterben überproportional viele durch Suizid. Die Altersverteilung der Todesfälle durch Suizid folgt in Deutschland dem sogenannten „ungarischen Muster“, d. h. mit zunehmendem Alter steigen die Suizidziffern an. Im Jahr 2007 sind über ein Drittel (37,4 %) aller Suizide in Berlin von über 60-Jährigen begangen worden (vgl. auch Schwerpunkt 3.1.2.2 Mortalität - Suizidgeschehen im Alter). Dies zeigt die dringende Notwendigkeit auf, die Ansprache des BKD für alte Menschen in Lebenskrisen weiter zu verbessern. Hierzu sind auch Formen der *Öffentlichkeitsarbeit* zu verwenden, die alte Menschen in ihren Wohnungen erreichen. Es könnten z. B. ein kleiner Ratgeber mit Telefonnummern für den Krisenfall, der in Briefkästen eingeworfen wird, oder Aktivitäten mit Rundfunksendern hilfreich sein. Dabei ist zu beachten, dass der Begriff der Krise für diese Altersgruppe als Selbstaussage eher ungebräuchlich ist. Auch dies hat eine spezifische Öffentlichkeitsarbeit zu beachten. Wichtig ist in jedem Falle die *enge Zusammenarbeit mit Hausärzten und sozialen Diensten*, wie sie vom Krisendienst bereits intensiv praktiziert wird.

Verbesserung der Suizidprävention bei älteren Menschen

In der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführten Studie hatte Prof. Erlemeier das Problem der geringen Inanspruchnahme von Kriseneinrichtungen durch ältere Menschen ausführlich beschrieben. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) hat ein *Nationales Suizidpräventionsprogramm* initiiert. Ein Schwerpunkt ist die Verbesserung der Suizidprävention bei alten Menschen. Im Rahmen dieser Aktivitäten und mit Unterstützung von den beteiligten Fachleuten wird sich der BKD weiter um eine *Verbesserung der Inanspruchnahme durch alte Menschen in Lebenskrisen* bemühen. Diese Bemühungen können im Ergebnis nicht über kurze Zeiträume gemessen werden. Es wird auch darum gehen müssen, dass die öffentliche Wahrnehmung für die Suizidprävention wächst und insbesondere bei alten Menschen einer „stillen Akzeptanz“ von suizidalen Handlungen („...hat doch sein Leben hinter sich“, „...im Alter ist es doch verständlich“) entgegen getreten wird. Suizidprävention ist auch für alte Menschen möglich.

Der Berliner Krisendienst wird in seiner Öffentlichkeitsarbeit hierauf weiterhin eingehen und sich für eine verbesserte Wahrnehmung des Problems einsetzen.

6.1.9.2 Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule - Abschluss eines dreijährigen Modellprojektes in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsregion Südwest (Tempelhof-Schöneberg, Steglitz-Zehlendorf)

Die Notwendigkeit zur *Kooperation der beiden Hilfesysteme Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe* wurde seit der Erweiterung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) um den § 35 a - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - und aktuell um den § 8 a - Kinderschutz - *gesetzlich verankert*. Interdisziplinäre Kooperation ist besonders in den letzten Jahren im Land Berlin zu einem wichtigen Thema geworden. Sie wird vor allem für jene jungen Menschen benötigt, deren Lebenssituation durch eine schwerwiegende Störung ihrer Entwicklung beeinträchtigt ist.

Ein Kind mit einem fachbereichsübergreifenden komplexen Hilfebedarf, und das sind Kinder mit frühzeitig feststellbaren gravierenden Beeinträchtigungen ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung, benötigten keine komplexe Zuständigkeit. Vielmehr müssen unterschiedliche Hilfemöglichkeiten auf die individuelle Lebenssituation des Kindes ausgerichtet werden und „wie aus einer Hand“ erscheinen. Eine *ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung sowie abgestimmtes und zeitgleiches Handeln* in den relevanten Hilfesystemen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule sind eine wichtige Investition in die Zukunft dieser jungen Menschen, denn gesunde Kinder mit einer starken Persönlichkeit sind das kreative Potenzial unserer Gesellschaft.

Hilfemöglichkeiten
auf individuelle Situation
ausgerichtet und
"wie aus einer Hand"

Eine vom damaligen Landespsychiatriebeirat eingesetzte ressortübergreifende Arbeitsgruppe auf Senatsebene hatte 2003 Leitlinien und Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen den drei Fachbereichen in den Berliner Bezirken² erarbeitet; sie stehen auf der Homepage des Landesbeauftragten für Psychiatrie zum Herunterladen zur Verfügung (www.berlin.de/lb/psychiatrie/veroeffentlichungen/index.html). Zur *Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen* wurde per Beschluss der Gesundheitsstadträtekonferenz ein *Modellprojekt* in einer der sechs Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsregionen Berlins, *Region Südwest* mit den Bezirken Tempelhof-Schöneberg und Steglitz-Zehlendorf, etabliert. Die Ergebnisse des dreijährigen Modellprojektes (2005 - 2008) haben gezeigt, dass eine von allen Beteiligten gewollte Zusammenarbeit über Institutsgrenzen hinweg zu einer effektiveren Bereitstellung von Gesundheits- und Sozialleistungen für diesen Personenkreis führen kann. Die *entwickelten Instrumente* rund um die Erstellung einer komplexen Problemdiagnose und Gestaltung einer verbindlichen Hilfskonferenz bieten eine gute Grundlage, um verbindliche Kooperationsbeziehungen auch in den fünf anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsregionen effektiver zu initiieren. Die Mitglieder des Projektteams stehen mit ihren Erfahrungen und Erkenntnissen den anderen Regionen unterstützend zur Verfügung.

Die Unterzeichnung einer endgültigen Kooperationsvereinbarung in der Region Südwest nach Abschluss des Projektes sowie auch der 2008 begonnene Aufbau eines regionalen Netzwerkes werden als wesentliche *Impulse für den berlinweiten Prozess zur Entwicklung von neuen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen* gewertet. Die langjährigen Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigen, dass schnelle Lösungen nicht zu erwarten sind. In der Praxis braucht man einen längeren Atem sowie die Bereitstellung angemessener Ressourcen, um einen komplexen Fall als gemeinsame Aufgabe zu begreifen und insgesamt zu einer verlässlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit in den Bezirken/Regionen zu kommen. Erst wenn Kooperation nicht als zusätzliche, sondern als „eigentliche“ Aufgabe der Akteure verstanden wird, finden sich auch geeignete Wege, die als notwendig erkannte verbindliche Zusammenarbeit auf- und auszubauen.

² http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-patienten/psychiatrie/koopkjp_jh_schu.pdf

Informationen rund um das Modellprojekt und Material sind zum Herunterladen unter folgendem Link zu finden: www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/organisationseinheit/gesundheit/pl_psych_koord3.html

6.1.9.3 Bestandsaufnahme zur Versorgungssituation psychisch kranker gewaltbetroffener Frauen - Handlungsempfehlungen

Die Europäische Union verweist in ihrem Grünbuch zur psychischen Gesundheit von Oktober 2005 darauf, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt. Gewalt zu erfahren ist eines der größten Gesundheitsrisiken, dem Frauen ausgesetzt sind. Gewalt als Ursache für körperliche und seelische Verletzungen zu erkennen und die betroffenen Frauen sensibel zu unterstützen und insoweit die Arbeit der bestehenden Hilfesysteme zu fördern, waren Anliegen einer Bestandsaufnahme, die in den Jahren 2005 und 2006 im psychiatrischen Hilfesystem und bei Anti-Gewalt-Einrichtungen durchgeführt wurde, ergänzt um eine Befragung betroffener Frauen.

Die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme wurden bereits im Basisbericht 2006/2007, Schwerpunkt 6.1.9, zusammenfassend beschrieben. Im Oktober 2007 wurden sie auf der Fachtagung „Psychisch kranke gewaltbetroffene Frauen - Probleme in der Versorgung und Wege zur Lösung“ vorgestellt und veröffentlicht.

Wesentlich für die Weiterentwicklung der Hilfen waren sowohl für die Bestandsaufnahme als auch den Fachtag Fragen nach bestehenden Lücken und Defiziten und entsprechenden Verbesserungsvorschlägen. Diese werden zusammengefasst dargestellt:

In der Bestandsaufnahme haben sich insgesamt 55 Einrichtungen aus allen Befragungsbereichen zu Defiziten und Verbesserungsmöglichkeiten geäußert. Das Gros der Antworten lässt sich in vier Bereiche clustern:

1. Information, Kooperation, Vernetzung

Fehlende Informationen über bestehende Beratungsangebote im Anti-Gewalt-Bereich und Zufluchtsmöglichkeiten, mangelnder fachlicher Austausch und fehlende Fortbildungsangebote wurden häufig als Defizite benannt. Entsprechend wurden Vorträge, Informationsveranstaltungen, fachlicher Austausch wie auch ein frauenspezifischer Wegweiser mit einem Verzeichnis aller Angebote als Verbesserungen vorgeschlagen. Damit wurde auch die Hoffnung auf ein verbessertes Problembewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden.

2. Wohn- bzw. Unterbringungsmöglichkeiten

Der bestehende Problemdruck wurde von den befragten Einrichtungen und Institutionen übergreifend und gleichermaßen festgestellt.

Als ein Angebot, das in nicht ausreichendem Maß vorhanden ist, wurden frauenspezifische therapeutische Wohngemeinschaften benannt, die den durch die Gewalterfahrung bedingten speziellen Anforderungen gerecht werden. Hierzu zählen insbesondere die Sicherheit bzw. der Schutz des Ortes, die Betreuung nur durch Frauen und ggf. die Betreuung rund-um-die-Uhr.

Ein weiteres bislang fehlendes Angebot sind frauenspezifische Krisenübernachtungsmöglichkeiten, die von gewaltbetroffenen Frauen aufgesucht werden können, die zum Beispiel nur nachts oder nur kurzfristig eine Betreuung benötigen.

Außerdem wurde als Defizit benannt, dass auch übergangsweise Wohneinrichtungen für Frauen, die für die Aufnahme in einem Frauenhaus oder einer Zufluchtswohnung psychisch zu labil sind, bislang in Berlin nicht zur Verfügung stünden.

Viele Einrichtungen wiesen darauf hin, dass in jedem Fall die (Mit-)Versorgung der Kinder gewährleistet sein müsse, was bislang häufig nicht bzw. nicht zeitgerecht möglich sei.

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst beschrieb, dass die Situation erschwert werde, wenn z. B. Pflegebedürftigkeit und/oder Mehrfacherkrankungen (Gehbehinderung, Rollstuhlfahrerin, Frauen mit Demenz) vorlägen. Es komme vor, dass der gewalttätige Partner gleichzeitig der Pfleger sei.

3. Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen mit Migrationshintergrund

Zum Teil erhebliche Verständigungsprobleme bzw. eine Sprachbarriere stellten vorwiegend die befragten Krankenhäuser und Sozialpsychiatrischen Dienste fest.

Allerdings stellt die Behandlung von Patientinnen, mit denen eine Verständigung auf deutsch nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, eine besondere Schwierigkeit dar, da die Psychiatrie/ Psychotherapie eine Disziplin ist, in der die sprachliche Verständigung Grundvoraussetzung ist. Insofern waren die Stärkung der interkulturellen Kompetenz, die Intensivierung der Kontakte mit dem Gemeindedolmetschdienst wie auch die Finanzierung von Übersetzungsleistungen vorrangige Bedarfe.

4. Ambulante Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten

Das Fehlen ambulanter Therapiemöglichkeiten, insbesondere durch traumatherapeutische Behandlungen wie auch die langen Wartezeiten bei entsprechend spezialisierten Traumatherapeutinnen und lange Beantragungszeiten bei den Kostenträgern wurden am häufigsten bemängelt.

Bei der Fachtagung im Oktober 2007 wurden die erstgenannten Themenfelder aufgegriffen und einer genaueren Prüfung hinsichtlich bestehender Umsetzungsmöglichkeiten unterzogen.

So haben die Teilnehmenden verabredet, die vorhandenen Informationsmaterialien allen Beteiligten zugänglich zu machen, einen Fachaustausch zu beginnen und sich gegenseitig über Fortbildungsangebote zu informieren, um eine bessere Kenntnis der Tätigkeitsfelder und Handlungsmöglichkeiten zwischen Anti-Gewalt-Einrichtungen und psychiatrischem Hilfesystem zu erreichen.

Außerdem wurden mögliche Veränderungen in bestehenden Wohneinrichtungen und in der Kooperation zwischen den Einrichtungen besprochen, um Bedarfslücken zu schließen. Darüber hinaus wurde ein Bedarf an neuen (zusätzlichen) Wohnangeboten formuliert, der sich an betroffenen Müttern mit Kindern, die ggf. einen eigenständigen Unterstützungsbedarf haben und älteren psychisch kranken gewaltbetroffenen Frauen im Sinne einer Lebensbetreuung/Beheimatung orientierte.

Schließlich wurde für die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund die Notwendigkeit weiterer Forschungsvorhaben konstatiert, die vermehrte Einstellung von Fachpersonal mit Migrationshintergrund wie auch die interkulturelle Fort- und Weiterbildung der beschäftigten Fachkräfte gefordert und die Erarbeitung von interkulturellen Konzepten von Einrichtungen und Institutionen für notwendig erachtet.

Die Tagungsergebnisse³ wie auch der Abschlussbericht über die Bestandsaufnahme⁴ stehen auf der Homepage des Landesbeauftragten für Psychiatrie (<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/>) zum Herunterladen zur Verfügung.

Als konkreter Beitrag zur gegenseitigen Information und Vernetzung wurde vereinbart, einen weiteren Fachtag im Jahr 2008 (Termin: 7. Oktober) anzubieten. Dieser wird u. a. den Erfolg der 2007 getroffenen Verabredungen überprüfen und weitere Anregungen geben.

³ http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/dok_gewaltgegenfrauen.pdf

⁴ http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/veroeffentlichungen/bestandsaufnahme_zur_versorgungssituation_von_frauen.pdf