

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Was fördert seelische Gesundheit?

Autoren: Jörg Gapski,  
Hermann Elgeti  
Seite 49 – 53

## Wie lässt sich Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen zu einem Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge machen?

**Zusammenfassung** Ausgehend vom Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Ungleichheit und der Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird der Einfluss des sozialen Zusammenhalts auf die seelische Gesundheit der Bevölkerung thematisiert. Damit rücken kommunal koordinierte sozialraumbezogene Hilfen bei der Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen in den Fokus. Der Beitrag stellt ein von den Autoren entwickeltes Regionalmodell sozialer Infrastruktur vor und erläutert dessen Einsatz in der Region Hannover am Beispiel der Reorganisation kommunaler Versorgungsplanung für ältere Menschen.

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: Print für Privatkunden jährlich 43 Euro einschl. Porto, Ausland 43 Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Redaktionsanschrift: beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

Redaktionssekretariat: Peter Weber  
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299  
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:

Peter Brieger, München  
Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Eva-Maria Franck, Hildesheim  
Uwe Gonther, Bremen

Silvia Krumm, Ulm  
Klaus Nuißl, Regensburg  
Thelke Scholz, Bremen  
Annette Theißing, Hannover  
Samuel Thoma, Berlin

Dyrk Zedlick, Leipzig

# Wie lässt sich Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen zu einem Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge machen?

Autoren: Jörg Gapski,  
Hermann Elgeti



**Zusammenfassung** Ausgehend vom Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Ungleichheit und der Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird der Einfluss des sozialen Zusammenhalts auf die seelische Gesundheit der Bevölkerung thematisiert. Damit rücken kommunal koordinierte sozialraumbezogene Hilfen bei der Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen in den Fokus. Der Beitrag stellt ein von den Autoren entwickeltes Regionalmodell sozialer Infrastruktur vor und erläutert dessen Einsatz in der Region Hannover am Beispiel der Reorganisationskommunaler Versorgung für ältere Menschen.

## Risiken für die seelische Gesundheit sind sozial ungleich verteilt

Sozialepidemiologische Studien und Auswertungen zur Gesundheitsberichterstattung zeigen uns das hohe und weiter ansteigende Niveau des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung in hoch entwickelten Wohlfahrtsstaaten wie Deutschland. Sie bringen aber auch Belege dafür, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status von vielen gesundheitlichen Einschränkungen und Krankheiten häufiger betroffen sind und eher sterben.<sup>1</sup> Im Hinblick auf die seelische Gesundheit differiert der Anteil psychisch Kranker an der Bevölkerung im Vergleich von Staaten mit unterschiedlich ausgeprägter Einkommens-Ungleichverteilung um mehr als das Dreifache.<sup>2</sup> Der von Wilkinson und Pickett 2009 dargestellte Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ließ sich in einem Vergleich der Bundesländer auch für Deutschland nachvollziehen.<sup>3</sup>

Die gesundheitlichen Ungleichheiten haben mit Unterschieden bei familiären und schulischen Entwicklungsmöglichkeiten, sozialen und finanziellen Ressourcen, Belastungen im Wohn- und Arbeitsbereich sowie im Gesundheitsverhalten zu tun.<sup>4</sup> Personen mit einem niedrigen Sozialstatus, die seltener sportlich aktiv, häufiger Übergewichtig sind und rauchen, bilden eine wichtige Zielgruppe für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen.<sup>5</sup> Diesbezügliche Aktivitäten konzentrieren sich bisher allerdings auf medizinische Angebote zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten sowie mediale Versuche, durch die Aufklärung über Gesundheitsrisiken zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise zu motivieren. Davon profitieren freilich eher sozial bessergestellte und damit weniger gefährdete Menschen.

Erhöht sich bei ökonomischem Wachstum und vermehrtem Wohlstand die soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft, nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu, und u.U.

sinkt das durchschnittliche Gesundheitsniveau der Gesamtbevölkerung. Internationale Vergleiche zeigen, dass eine auf gleiche Verteilung ausgerichtete Wohlfahrtspolitik mit dem relativ besten Gesundheitsniveau der Bevölkerung einhergeht.<sup>6</sup> Hurrelmann u. a. machen am Beispiel der skandinavischen Länder deutlich, dass damit allein die gesundheitlichen Ungleichheiten jedoch nicht minimiert werden können. Sie vermuten, dass die dortige staatlich-zentralistische Politik die subsidiären Leistungen kleinerer sozialer Gemeinschaften und Netzwerke entwertet und so die Selbststeuerungskräfte der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (ihr »soziales Kapital«) schwächt. Nach ihrer Überzeugung sorgt eine umfassende gesundheitsensible Wohlfahrtspolitik nicht nur für eine gute gesundheitliche Versorgung, für soziale Integration und Kohäsion. Sie fördert darüber hinaus auch die politische Partizipation aller Bevölkerungsgruppen und die gesundheitsrelevante Selbstmanagementkompetenz aller Bürgerinnen und Bürger.

### **Sozialraumbezogene Hilfen müssen kommunal koordiniert werden**

Bei den Fachleuten wächst die Einsicht, dass auch zur Prävention psychischer Erkrankungen der enge Zusammenhang zwischen der Gesundheitspolitik und anderen Politikfeldern (z.B. Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik) mitgedacht werden muss.<sup>7</sup> Die Forderung, Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in allen Politikfeldern zu berücksichtigen, ist die Kernaussage des Konzepts *Health in all Policies* (HiAP). HiAP ist durch Beschlüsse der Europäischen Union (2006) und der Weltgesundheitsorganisation WHO (2013) zum internationalen Leitbild einer gerechten, nachhaltigen und zukunftsweisenden Gesundheitspolitik geworden.<sup>8</sup>

Von diesen Einsichten zeigen sich die psychiatrischen Meinungsführer in Deutschland bisher unbeeindruckt: Sie favorisieren auch für die Primärprävention einen störungsspezifischen Ansatz und setzen auf medizinische oder psychologische Interventionen, deren Wirksamkeit eher versprochen wird als erwiesen ist.<sup>9</sup> Da ist die Sozialpsychiatrie schon besser vorbereitet auf die Herausforderungen des HiAP-Konzepts: Sie ist in ihrer Grundhaltung und ihren Organisationsprinzipien der Hilfe zur Selbsthilfe (*Empowerment, Recovery*) verpflichtet, will Inklusion und Partizipation im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) voranbringen und bezieht sich in ihrer Arbeit auf den Sozialraum.<sup>10</sup> In Niedersachsen sind die Sozialpsychiatrischen Verbände der Kommunen seit der NPsychKG-Novellierung 2017 auch damit beauftragt, auf die Inanspruchnahme von Angeboten zur Prävention hinzuwirken. Eine Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates Psychiatrie hat dazu Empfehlungen erarbeitet, mit Erläuterungen zu primärpräventiven Interventionen und zum Präventionsgesetz von 2015.<sup>11</sup> Wo immer möglich, sind die örtlichen Kontakt-, Informations- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich (KIBIS) und bestehende kommunale Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Die Erwartungen an die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion steigen; denn gegenüber den Selbstverwaltungsgremien der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kennen sie die Probleme besser und wissen eher, wie sie zu lösen sind.<sup>12</sup> Zu ihren traditionellen Aufgaben zählt die Krankheitsprävention, dazu kommen meist freiwillige Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheits-

förderung. Die hier erbrachten Leistungen sind vielfältig, unübersichtlich und regional unterschiedlich ausgeprägt. Für deren Koordination und Steuerung fehlen den Kommunen die Ressourcen und die Akzeptanz aufseiten der Kooperationspartner. Die Ottawa-Charta »Gesundheit für alle!« der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 ist Ausgangspunkt der meisten Programme zur Gesundheitsförderung, z.B. der WHO-Projekte »Gesunde Städte« und »Lokale Agenda 21«. Ihre Vision ist das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden, nicht die Abwesenheit von Krankheit.

Um dieses Ziel für möglichst viele Menschen erreichbar zu machen, müssten sich die sozialen Verhältnisse ändern. Der soziale Zusammenhalt ist eine Grundlage für seelisches und soziales Wohlbefinden und nimmt mit zunehmender sozialer Ungleichheit ab. Schrumpfende und wachsende Regionen stehen sich gegenüber, viele Kommunen können die grundgesetzlich garantierte Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse nicht mehr gewährleisten. In abgehängten Regionen kommt es zur kalten Sanierung von Daseinsvorsorge, Infrastruktur und öffentlichen Gütern, in *Boombtowns* sammeln sich benachteiligte Gruppen mit komplexen Problemlagen in vernachlässigten Stadtteilen (Segregation).

Staatliche Raumordnungsprogramme, die solche Entwicklungen verhindern sollen, basieren auf dem Zentralen-Orte-Konzept, in dem die soziale Infrastruktur bisher kaum eine Rolle spielt. Auch ergänzende Steuerungsversuche auf der Ebene örtlicher Gesamtplanung (z.B. »Stadtumbau« für schrumpfende Städte, »Soziale Stadt« gegen die Segregation wachsender Städte) sind zu wenig wirksam. Das vom Soziologischen Forschungsinstitut (SOFI) in Göttingen entwickelte Soziale-Orte-Konzept basiert dagegen auf der kleinräumigen Charakterisierung der Kommunen anhand ihres sozialen Zusammenhalts.<sup>13</sup> Um ihn zu stärken, müssen die kommunalen Institutionen interkommunal kooperieren, sich reorganisieren und vernetzen, sowohl mit der Zivilgesellschaft als auch mit der lokalen Wirtschaft.<sup>14</sup>

### **Ein Regionalmodell sozialer Infrastruktur fördert die Kooperation**

Zur Förderung der Sozialraumorientierung und interdisziplinären Zusammenarbeit kommunaler Fachdienste hat die Sozialplanung im Sozialdezernat der Region Han-

nover ab 2012 ein Regionalmodell sozialer Infrastruktur entwickelt. Es geht davon aus, dass innerhalb einer Versorgungsregion (~500.000 Einw.) für alle hilfsbedürftigen Menschen die notwendigen Dienstleistungen in guter Qualität verfügbar sein müssen. Besondere Unterstützung verdient die Selbst-, Laien- und Bürgerhilfe im Sozialraum (~2.000 Einw.), z.B. in Form von Nachbarschaftsinitiativen und Treffpunkten im Stadtviertel bzw. Dorf (Quartiersmanagement). Auf der Ebene einer Sozialregion (~20.000 Einw.) sind für die zugehörigen Sozialräume Basisangebote sozialer Infrastruktur in einer integrierten Anlaufstelle zu bündeln. Sie verknüpfen Erstberatung und Vermittlungshilfen an Fachdienste mit Netzwerkarbeit und sozialraumbezogenen Kontaktangeboten.

Die Anlaufstellen benötigen im Bedarfsfall schnellen Zugriff auf die Kompetenz der für ihren Versorgungsraum (~100.000 Einw.) zuständigen Fachdienste, gut erreichbar und möglichst in einem Dienstleistungszentrum zusammengefasst. Zu deren Aufgaben gehören neben der Bearbeitung von Einzelfällen die kollegiale Beratung der Anlaufstellen und die Vernetzung der Kooperationspartner in den jeweiligen Fachgebieten. Hoch spezialisierte Fachdienste für besondere und seltene Fragestellungen sollten ebenso wie die zentrale Steuerung des Versorgungssystems auf der Ebene der Gesamtregion vorgehalten werden.

Modifikationen dieses Grundmodells benötigen kommunale Gebietskörperschaften mit deutlich abweichenden Bevölkerungszahlen. Kleinere Gebietskörperschaften sind auf eine verbindliche interkommunale Zusammenarbeit mit benachbarten Landkreisen bzw. kreisfreien Städten angewiesen. Für die Region Hannover mit ihren 1,2 Mio. Einw. haben wir entlang der großen Verkehrsachsen fünf Teilregionen gebildet, mit je einem Versorgungsraum in der Landeshauptstadt und im etwas einwohnerstärkeren Umland (20 Städte/Gemeinden des ehemaligen Landkreises).

Die 2001 gegründete Region Hannover hat zur Verfolgung ihrer sieben strategischen Ziele jüngst 18 Aufgabenfelder definiert, die einen verbindlichen Rahmen schaffen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Teams und Fachbereichen. Zehn Aufgabenfelder haben besondere Relevanz für die Koordination der Leistungen in der sozialen Daseinsvorsorge (Abbildung 1). Die diesbezüglichen Fachdienste sollten perspektivisch

Grundmodell	SPEZIALISIERT					Modifikation
Vers.-Region ~500.000 E.	Schule	Jugendliche	Integration	Armut	Gesundheit	Region Hannover 5 Teilregionen
	Koordination in sozialen Aufgabenfeldern					
Vers.-Raum ~100.000 E.	Kinder	Arbeit	Wohnen	Inklusion	Senioren	10 Sektoren
	Fachdienste in Dienstleistungszentren					
Sozialregion ~20.000 E.	Jugendliche, Familie und Bildung	Basisangebote in Anlaufstellen			Pflege und Behinderungen	Gemeinden, Stadtbezirke
Sozialraum ~2.000 E.	Problemlagen in der Lebenswelt					Dorf, Stadtquartier
GENERALISTISCH						

Abb. 1: Ein Stufenmodell sozialer Infrastruktur für die Region Hannover

in einem Dienstleistungszentrum pro Versorgungsraum gebündelt werden und auch darauf eingestellt sein, die Anlaufstellen in den Sozialregionen bedarfsgerecht zu unterstützen. Da die Alltagsprobleme dort nur integriert bearbeitet werden können, müssen deren Ansprechpartner im Dienstleistungszentrum mehrere Aufgabenfelder überblicken und ggf. eine Lotsenfunktion übernehmen. Die oft komplexen Problemlagen in der Lebenswelt lassen sich am ehesten entlang der Lebensphasen gliedern.

Um die soziale Daseinsvorsorge in dieser Weise zu koordinieren, deren notwendige Bestandteile zu planen und zu evaluieren, ist eine handlungs- und wirkungsorientierte integrierte Sozialberichterstattung unentbehrlich. Die dafür erforderlichen Daten müssen schon auf der Ebene der Sozialräume kleinräumig verfügbar sein, regelmäßig erhoben und ausgewertet werden. Dabei ist die psychiatrische Versorgung zwar kein eigenes Aufgabenfeld, aber die Expertise psychiatrischer Fachdienste ist bei der Aufgabenbearbeitung auf allen Feldern sozialer Infrastruktur gefragt. Von herausgehobener Bedeutung ist hier der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) mit seinen Kernaufgaben niederschwellige Beratung, Hilfeplanung im Einzelfall, Krisenintervention und Notfallhilfe sowie Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund.<sup>15</sup> Zur Stärkung seiner Kompetenz hat das bundesweite SpDi-Netzwerk nun die Definition einer weiteren Kernaufgabe »Gemeinwesenarbeit und Prävention« beschlossen. Jede kommunale Gebietskörperschaft in Deutschland verfügt über einen SpDi, sein Leistungsspektrum allerdings ist vielerorts unvollständig und seine Personalausstattung unzureichend.<sup>16</sup>

In Übereinstimmung mit dem Landespsychiatrieplan Niedersachsen hat sich die Region Hannover vorgenommen, wohnortnahe Angebote für psychisch Kranke pro Versorgungsraum in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) zu bündeln.<sup>17</sup> Kernbausteine eines solchen GPZ sollen eine

Beratungsstelle des SpDi sowie eine ausgelagerte Tagesklinik mit Institutsambulanz der zuständigen psychiatrischen Klinik sein; weitere Angebote können sie ergänzen. Damit hätten die Anlaufstellen und Dienstleistungszentren pro Versorgungsraum zuverlässige Ansprechpartner für alle Fragestellungen zu seelischer Gesundheit, psychischen Beeinträchtigungen und seelischen Behinderungen.

**Kommunale Versorgungsplanung zum Beispiel für ältere Menschen**

Klaus Dörner propagiert schon lange die Belebung des von ihm sogenannten »dritten Sozialraums« durch Gemeinwesenarbeit, Stärkung der Selbst- und Laienhilfe sowie einer Neuausrichtung des Bürgerhilfe-Profi-Mix.<sup>18, 19</sup> In der Region Hannover rückt die Frage der Unterstützung und Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zunehmend in den Fokus des Interesses. Das betrifft auch Fragen der Förderung seelischer Gesundheit für die Betroffenen ebenso wie für ihre Angehörigen und der Prävention von Suiziden im Alter. Lange Jahre hatte man sich zum Thema Pflege auf die regulierenden Kräfte des freien Marktes und in Bezug auf niederschwellige Hilfen auf die Selbsthilfekräfte von Bürgergesellschaft, Wohlfahrtsverbänden und Kirchen verlassen. Jetzt steht die Frage im Raum: Kümmern sich Kommunen und Kreise wirklich ausreichend um die Versorgung älterer Menschen, muss man nicht stärker als bisher auch steuernd und planend eingreifen? Die Antwort lautet: Ja, man muss! Aber wie kann es gelingen, kommunale Steuerung ohne hinreichenden gesetzlichen Auftrag, ohne eingespielte und »scharfe« Instrumente, ohne ausreichende Sensibilität für diese Aufgabe aufzubauen?

1. Herausforderung: Auf- und Ausbau teilregionaler Pflegenetzwerke

Die Region Hannover geht mehrere Wege gleichzeitig und steht vor drei großen Herausforderungen, die zugleich Lösungswege darstellen. Zunächst ermöglichte die Einrichtung von Pflegestützpunkten, die Pflegeberatung schrittweise flächendeckend bedarfsgerecht auf- und auszubauen. Mit jedem Stützpunkt und jeder neuen Sprechstunde steigen seit Jahren die Beratungszahlen kontinuierlich an. Ausgehend von der Präsentation und Diskussion eines Pflegeberichtes für die Region Hannover im Jahr 2017<sup>20</sup> existiert nunmehr auch ein von den Pflegestützpunkten initiiertes und moderiertes Pflegenetzwerk. Dort sind die Planungsverantwortlichen der 21 regionsangehörigen Städte und Gemeinden in vier interkommunalen Netzwerken teilregional organisiert und bearbeiten projektbezogen unterschiedliche Fragestellungen der Versorgungsplanung.

Drei Annahmen bilden die Grundidee dieses Netzwerks »Kommunale Daseinsvorsorge«: Erstens haben viele Angebote sowohl in der ambulanten und stationären Pflege als auch in deren Vorfeld über die Grenzen der einzelnen Kommune hinweg Versorgungsfunktionen. Zweitens lassen sich gute Ansätze und Lösungen oft von einer Kommune auf andere übertragen, oder Lösungen werden zunächst stellvertretend entwickelt und dann an den anderen Orten adaptiert. Drittens stärkt der interkommunale Planungsverbund die oft recht schwach ausgestatteten und isoliert arbeitenden Kolleginnen und Kollegen innerhalb der jeweils eigenen Verwaltungsstrukturen.

So kümmert sich eines der teilregionalen Netzwerke derzeit um den Aufbau einer Agentur für die Vermittlung sogenannter haushaltsnaher Dienstleistungen. Ein anderes formuliert ein Leitbild für ein starkes, ältere und hilfebedürftige Menschen unterstützendes Quartier und identifiziert die notwendigen Handlungsfelder, auf denen die Kommune aktiv werden muss. Ein drittes Netzwerk erarbeitet Möglichkeiten zur Stärkung der kommunalen Altenhilfe und Sozialarbeit. Über diese Wege kann nicht nur Gemeinwesenarbeit betrieben werden, sondern es lassen sich auch spezielle Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen im Alter lancieren. Alle teilregionalen Netzwerke sind dabei in einem großen Netzwerk auf Regionsebene miteinander verknüpft und berichten der regionalen Pflegekonfe-

renz über ihre Arbeitsergebnisse. Diese wiederum gibt Anregungen zur Bearbeitung weiterer Themen, steuert ihre Expertise bei und trifft – wenn nötig – Entscheidungen.

## 2. Herausforderung: Transparenz beim Bedarf und Angebot von Hilfen

Neben der Organisation teilregionaler Pflegenetzwerke und ihrer Verknüpfung auf der Ebene der Versorgungsregion ist die Erstellung einer umfassenden Angebotsübersicht eine zweite große Herausforderung. Diese Angebotsübersicht sollte nicht nur einschlägige Daten über Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Apotheken umfassen, sondern auch niederschwellige, ergänzende und präventive Angebote auflisten, differenzierbar bis herunter auf die Ebene des Sozialraums. Hierfür müssen die Planungsverantwortlichen aller Ebenen ihr vorhandenes Wissen teilen, neue Informationen in nicht unerheblichem Umfang sammeln und sinnvoll zusammenbringen.

In der Region Hannover steht die Einigung auf gemeinsame strategische und fachliche Versorgungsziele im Bereich von Altenarbeit und Pflege noch aus. Erst danach wird ein Abgleich möglich zwischen diesen Zielen und dem darauf bezogenen, möglichst objektiv ermittelten Versorgungsbedarf mit dem derzeitigen Angebot. Die vorhandene Angebots- und Leistungsstruktur ist nämlich durchaus nicht identisch mit dem tatsächlichen Unterstützungs- und Hilfebedarf. So ist beispielsweise die Anzahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung innerhalb von nur zwei Jahren um 25 % angestiegen. Der Grund dafür liegt keineswegs an einem plötzlich stark erhöhten Bedarf, sondern an der bisherigen Unterversorgung durch leistungsrechtliche Zugangsbarrieren zum Hilfesystem vor allem im ambulanten Bereich. Sie wurden in jüngster Zeit durch die Pflegegestärkungsgesetze teils aufgehoben, teils abgeschwächt.

## 3. Herausforderung: Koordination eines sinnvoll abgestuften Hilfesystems

Die dritte große Herausforderung ist die rechtskreisübergreifende Vernetzung und die Kooperation der Akteure auf den unterschiedlichen Ebenen des Hilfesystems. Als Spezialisten sind die Fachleute der Pflegestützpunkte, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Krankenhäuser und Facharzt-

praxen in der Regel mindestens für einen Versorgungsraum (~100.000 Einw.) zuständig. Die Generalisten in den Seniorenbegegnungsstätten und Hausarztpraxen, in der kommunalen offenen Altenhilfe und Sozialarbeit bewegen sich eher auf der Ebene einer Sozialregion (~20.000 Einw.), die ihrerseits mehrere Sozialräume (~2.000 Einw.) umfasst, wo diverse, oft ehrenamtlich getragene Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe lokalisiert sind. Die Kooperationsstrukturen zwischen diesen Ebenen sind oft abhängig von dem Erfahrungswissen und der Netzwerkkennntnis der zuständigen Professionellen, deren Kompetenz mit der Dauer ihres Engagements in diesem Feld wächst. Mancherorts können so sehr verlässliche und wirksame Hilfeketten geknüpft werden, andernorts herrscht Unwissen und Selbstüberforderung vor.

Die hilfsbedürftigen Menschen wenden sich meist an die Personen und Institutionen, die sie kennen und die bei ihnen in der Nähe sind. Das kann ein Generalist sein oder auch ein zufällig in der Nähe lokalisierter Spezialist. Die Gefahr ist groß, dass viele beim bloßen Verweisen auf die in ihrem besonderen Fall »eigentlich« zuständigen Spezialisten oder Generalisten gar nicht an die erforderliche Hilfe gelangen. Um dem entgegenzuwirken, muss das Hilfesystem so aufgebaut sein, dass in den niederschweligen kommunalen Anlaufstellen die jeweils zuständigen Dienste bekannt sind und ggf. dort auch eine Sprechstunde anbieten. Durch eine gezielte Plattformstrategie kann es gelingen, auch hoch spezialisierte Dienste in die Fläche und damit zu den Menschen zu bringen. Das Versorgungssystem braucht beides: eine niederschwellige und generalistische »erste Hilfe« und spezialisierte Fachdienste. Beide Ebenen dürfen sich nicht damit begnügen, nur aufeinander zu verweisen, sondern müssen aktiv zusammenarbeiten und ihre Organisationsstruktur darauf ausrichten. Dazu gehören insbesondere Verabredungen über Standortwahl und Zuständigkeiten, Gremien zur Vernetzung und Kooperation, gemeinsame Ziele und ein gemeinsames Berichtswesen.

Bei allen drei Herausforderungen ist die Region Hannover erst auf dem Weg zu einer proaktiven und präventiv ausgerichteten Versorgungsplanung und noch lange nicht am Ziel. Das ist auch nicht verwunderlich angesichts des langen Dornröschenschlafes, den das Thema kommunale Versorgungsplanung und präventive Hilfen für ältere Menschen seit Jahren schläft. Aber ange-

sichts der demografischen Entwicklung und des wachsenden Fachkräftemangels bleibt den Kommunen und Kreisen keine andere Wahl als mit Mut, Visionen und Ressourcen steuernd und gestaltend einzugreifen. Wir sind überzeugt, dass mit diesem Ansatz auch Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit am ehesten flächendeckend verfügbar gemacht und wirksamer zum Einsatz gebracht werden können.

## Anmerkungen

- 1 Lempert T, Kroil LE, Kuntz B, Hoebel J (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3 (S1): 1–26
- 2 Wilkinson R, Pickett K (2009): Gleichheit ist Glück – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt am Main: Zweitausendeins Verlag; S. 85
- 3 Bramesfeld A (2011): Soziale Ungleichheit, psychische Gesundheit und Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 38: 363–365
- 4 Mielck A, Helmert U (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa; S. 493–515
- 5 Lampert T (2010): Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas – Assoziationen mit dem sozialen Status. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (Heft 1–2): 1–7
- 6 Hurrelmann K, Richter M, Rathmann K (2011): Welche Wohlfahrtspolitik fördert die Gesundheit? Der ungeklärte Zusammenhang von ökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen* 73: 335–343
- 7 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018; S. 751
- 8 Geene R (2019): Health in all Policies – Entwicklung und Perspektiven. *Impulse* 104 (3. Quartal 2019): 2–3
- 9 Klosterkötter J, Maier W (Hg.) (2017): *Handbuch Präventive Psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer
- 10 Elgeti H (2015): Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie? *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2): 19–23
- 11 Brandenbusch I, Elgeti H, Exner S, Orzessek P, Scholz A, Sumfleth F (2018): Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens. In: Elgeti H, Piel A, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): *Psychiatrie in Niedersachsen 2017/2018* (Band 9). Köln: Psychiatrie Verlag; S. 153–166

- 12 Gerlinger T, Kutzner J, Lückenbach C, Reiter R, Schmidt PF (2018): Die Kommune als Akteur in der Gesundheitspolitik. In: Brunett R u. a. (Hg.): Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. Hamburg: Argument Verlag; S. 103 – 126
- 13 Kersten J, Neu C, Vogel B (2017): Das Soziale-Orte-Konzept – Ein Beitrag zur Politik des sozialen Zusammenhalts. Umwelt- und Planungsrecht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis (Heft 2): 50 – 56
- 14 Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2016): Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensverhältnisse neu denken – Perspektiven und Handlungsfelder. Positionspapier aus der ARL 108. Hannover (Eigendruck). [https://shop.arl-net.de/media/direct/pdf/pospaper\\_108.pdf](https://shop.arl-net.de/media/direct/pdf/pospaper_108.pdf)
- 15 Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2013): Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und sozialraumbezogenen Psychiatrie! Sozialpsychiatrische Informationen 43 (1): 57 – 58
- 16 Elgeti H, Erven S, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2018): Anspruch und Wirklichkeit Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland passen nicht zusammen. Sozialpsychiatrische Informationen 48 (3): 54 – 59
- 17 Sueße T (2015): Gut Ding will Weile haben – Auf dem Weg zur Eröffnung des ersten Gemeindepsychiatrischen Zentrums in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Informationen 45 (4): 50 – 53
- 18 Dörner K (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus Verlag
- 19 Dörner K (2012): Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Neumünster: Paranus Verlag
- 20 Region Hannover (2017): Dritter Pflegebericht 2017 der Region Hannover. Download unter: <https://www.hannover.de/Media/01-DATANEU/Downloads/Region-Hannover/Soziales/Pflegeberichte/Dritter-Pflegebericht-2017>

#### **Kontaktanschrift für die Autoren**

**Jörg Gapski**

*Region Hannover – Dezernat für soziale*

*Infrastruktur*

*Stabsstelle für Sozialplanung*

*Hildesheimer Straße 20*

*30169 Hannover*

*joerg.gapski@region-hannover.de*