

Sozialpsychiatrischer Dienst

Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Plan 2016

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Herausgeber:

Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Peiner Str. 4 • 30519 Hannover



Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit dem Schwerpunktthema des Ihnen vorliegenden Sozialpsychiatrischen Plans 2016 wird auf eine der zentralen Fragestellungen im Dezernat für Soziale Infrastruktur hingewiesen. Die Themenwahl **Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem** spiegelt wider, dass hier im Sozialpsychiatrischen Verbund eine große Aufgabe für das Gelingen von Arbeitsvorhaben im Sinne der Betroffenen gesehen wird.



Wir haben es immer dann mit „Schnittstellen“ im Sozialsystem zu tun, wenn an der Bearbeitung einer Aufgabe Akteure aus mehreren Organisationen mit unterschiedlichen Aufträgen, auf der Basis unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen, und unter Einsatz von Personal unterschiedlicher Qualifikation, in der Bearbeitung im Sinne der betroffenen Bürgerinnen und Bürger tätig werden. Die zunehmende Kompetenz in fachlichen Fragen führt zur Entwicklung von Spezialwissen, besonderen Arbeitsbereichen und schlägt sich langfristig in einer differenzierten Gesetzgebung nieder.

Die Beiträge dieser Publikation geben einen Einblick vom Spektrum möglicher Schnittstellen in der Arbeit mit psychisch Kranken. Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter, die Frage von körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen, die Zuständigkeit von Betreuungs- oder Behandlungsangeboten, die Entlassung von psychisch Kranken aus dem Strafvollzug mit anschließender Eingliederungshilfe, somatische und psychische Erkrankungen im Alter, das sind nur einige der bearbeiteten Themenfelder. Auffallend ist dementsprechend die große Zahl der beteiligten Autorinnen/Autoren und Organisationen.

Für das Dezernat Soziale Infrastruktur, mit den beiden Fachbereichen Soziales und Jugend, ist Umgang mit Schnittstellen eine zentrale Aufgabe – und daher begrüße ich die Auseinandersetzung mit dieser Themenstellung. Die Beiträge dieser Publikation wurden von Fachkräften verfasst, die üblicherweise in unterschiedlichen Organisationen arbeiten, in denen sie nicht selten als Schnittstellenpartner gefordert sind. So ist bei der Arbeit an dieser Veröffentlichung modellhaft der gekonnte Umgang mit Schnittstellenfragen realisiert worden, mit der Bitte an die Beteiligten, die Themen gemeinsam, d. h. über die Grenzen der Organisationen in denen sie tätig sind, zu bearbeiten.

Spezialisierungen machen die Handhabung vieler Problemlagen erst möglich. Gleichzeitig führen sie zur Schaffung von Schnittstellen, die für die Betroffenen im Einzelfall zu unüberwindbaren Hürden werden können. Nur wenn sich die Fachleute zusammensetzen und fach- und organisationsübergreifend die Auseinandersetzung suchen, können die Schnittstellen zu Nahtstellen werden.

Erwin Jordan
Dezernent für Soziale Infrastruktur
Region Hannover

Zusammensetzung der Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Dr. Hermann Elgeti

Region Hannover, Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
– Sprecher der Fachgruppe –

Dr. Thorsten Sueße

Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst
Peiner Str. 4, 30519 Hannover

Matthias Eller

Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien
Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

Stefan Pohl

Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien
Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

Monika Lüpke

Einrichtungen für psychisch Genesende Mohmühle GmbH
Mohmühle 1, 30900 Wedemark OT Gailhof

Uwe Blanke

Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Peiner St. 4, 30519 Hannover

Frank Meister

360° e.V. – Fachgesellschaft für Integration
Volgersweg 32, 30175 Hannover

Timo Stein

Dr. med. Anne Wilkening GmbH,
Mellendorfer Str. 7-9, 30625 Hannover

Torsten Köster

STEP Niedersachsen, FAM – Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
Lange-Laube 22, 30159 Hannover

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Zusammensetzung der Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover	4
Einleitung, Bewertung und Ausblick	
Wir müssen zum Äußersten schreiten: Miteinander reden Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes – Lesehilfe und Einleitung (<i>Thorsten Sueße und Uwe Blanke</i>)	9
Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema (<i>Andreas Wolter und Monika Neveling</i>)	16
Die Angehörigen als Verantwortungsträger (<i>Rose-Marie Seelhorst</i>)	18
Schwerpunktthema 2016: Die Überbrückung von Schnittstellen in der Gemeindepsychiatrischen Versorgung	
Regionale Koordination eines komplexen Hilfesystems am Beispiel des Sozialpsychiatrischen Verbunds der Region Hannover (<i>Sabine Kirschnick-Tänzer, Ali Türk, Michael Sandau und Uwe Blanke</i>)	20
Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) und Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Ergänzung und Abgrenzung mit Seitenblick auf die Kombination mit weiteren ambulanten Maßnahmen (<i>Catrin Lagerbauer und und Timo Stein</i>)	23
Zwischen Wächteramt und Schweigepflicht: Kindeswohlgefährdung und die Behandlung psychisch kranker Eltern – die Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischem Dienst und ASD / KSD (<i>Carsten Amme, Uwe Blanke und Angela Halberstadt</i>)	26
Kooperation bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder & Jugendliche (<i>Stefan Pohl</i>)	30
Kooperation bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene (<i>Astrid Caspary</i>)	31

Kooperation bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – aus der Sicht des Ambulant Betreuten Wohnens von „beta89“ (<i>Birgitt Theye-Hoffmann, Imke Braams und Torsten Schacht</i>)	33
Schnittstellenproblematik bei Mehrfachbehinderungen (<i>Annette Sinn, Therese Schäfer, Susanne Batram und Tina Bugdoll</i>)	34
Herausforderung Multimorbidität bei psychischen Erkrankungen im Alter (<i>Oliver Rosenthal und Egbert Schaefer</i>)	39
„Die Brücke schlagen“ – zwischen Altenhilfe und Sozialpsychiatrie in der Gerontopsychiatrischen Versorgung (<i>Brigitte Harnau und Jeanett Radisch</i>)	43
Qualifizierte Hilfe für Menschen mit Doppeldiagnosen/Mehrfachdiagnosen an der Schnittstelle zwischen den Versorgungssystemen Psychiatrie und Suchthilfen (<i>Uwe Reichertz-Boers und Thomas Klingsporn</i>)	47
Überwindung von Schnittstellen bei Setting-Wechsel zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlung am Beispiel der Therapieform „Kombi-Nord“ in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (<i>Georg Wiegand und Torsten Köster</i>)	51
Überleitungsmanagement bei der Entlassung psychisch Kranker aus dem Strafvollzug in die Wiedereingliederungshilfe (<i>Farschid Dehnad, Jens Wittfoot und Monika Lüpke</i>)	56
Zusammenführung berufsgruppenspezifischer Sichtweisen in der Supervision – Schritte auf dem Weg zu guten Lösungen (<i>Michael Keutner</i>)	61

Regionale Psychiatrieberichterstattung

Regionale Berichterstattung für das Jahr 2015 (<i>Hermann Elgeti</i>)	64
Fachsteuerung Eingliederungshilfe – Schnittstellenarbeit und Abgrenzungsfragen im Hilfekonferenzverfahren (<i>Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer, Nina Minnich, Ulrike Mook, Birgit Müller-Musolf, Therese Schäfer</i>)	83

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 11 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (<i>Oliver Weidner und Fred Koch</i>)	86
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ (<i>Hermann Elgeti</i>)	88
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (<i>Andreas Tänzer</i>)	89

Fachgruppe „Weiterbildung im Verbund“ (<i>Uwe Blanke</i>)	91
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ (<i>Susanne Batram und Tina Bugdoll</i>)	92
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (<i>Marianne Miemietz-Schmolke</i>)	93
Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“ (<i>Alfred Lessing</i>).....	95
Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ (<i>Thorsten Sueße</i>)	97
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (<i>Ahmet Kimil</i>)	101
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (<i>Uwe Reichertz-Boers und Henning Kurth</i>)	103
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (<i>Wolfgang Bunde</i>)	105
Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften	
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße (<i>Doris Rolfes-Neumann</i>)	108
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße (<i>Ulrike Johanning-Schönfeld</i>)	109
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße (<i>Andreas Roempler</i>)	110
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (<i>Horst-Peter Michel</i>)	112
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (<i>Susanne Häckl-Strübing</i>)	113
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (<i>Oliver Bock</i>)	115
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß Buchholz (<i>Richard Plank</i>)	116
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (<i>Sabine Tomaske</i>)	117
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde (<i>Martin Fochler</i>)	118
Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)	
(<i>Sabine Kirschnick-Tänzer</i>)	119
Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)	
(<i>Hermann Elgeti</i>)	125
10 Jahre Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle	
(<i>Jürgen Gundlach</i>)	126
Sonderteil	
Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien	
(<i>Matthias Eller</i>)	128
Ambulante Versorgung	
Versorgung durch die Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater	
(<i>Rainer Janitzek</i>)	130
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover	
(<i>Verena Handtke</i>)	131

Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend (<i>Holger Thiermann</i>)	132
Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie (<i>Michael Wachtendorf</i>)	133
Winnicott Institut (<i>Kurt Brylla</i>)	133
 Stationäre Versorgung	
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf (<i>Anette Redslob</i>)	134
 Ambulante Versorgung im Übergangsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Erziehungsberatung sowie Eingliederungshilfen	
Fachbereich Jugend der Region Hannover, Team Pflegekinder, Adoption und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII (<i>Kathrin Deiters-Winkler</i>)	135
Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover (<i>Wolfgang Sievers</i>)	136
Pestalozzi-Stiftung – Jugendhilfe (<i>Michael Theidel</i>)	138
Autismus Zentrum Hannover, Heilpädagogischer Kindergarten sowie Schule, Ambulanz und Beratungsstelle, Wohngruppen (<i>Christine Voigt</i>)	140
Clearingsstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover (<i>Isabell Geiß</i>)	141
 Sozialpsychiatrischer Verbund	
Organigramm	142
Formulare der Datenblätter A - C	143
Modifiziertes Datenblatt C für die Kinder und Jugendpsychiatrie	148
Codierungslisten.	152
 Autorenverzeichnis	154

Wir müssen zum Äußersten schreiten: Miteinander reden Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes – Lesehilfe und Einleitung

von Thorsten Sueße (*Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover*)
und Uwe Blanke (*Psychiatriekoordinator/Drogenbeauftragter der Region Hannover*)

Wie bereits in den vergangenen Jahren stellen wir dem Sozialpsychiatrischen Plan 2016 im Folgenden eine „Lesehilfe“ voran. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwenden wir häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer *und* Frauen gemeint sind.

Was haben Sie von diesem Plan zu erwarten?

Im April 2015 stimmte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie mit großer Mehrheit dafür, das Thema **Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem** zum Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans zu machen. Nicht zum Zuge kamen dagegen die ebenfalls diskutierten Themen „Freiwilligkeit und Zwang in der Psychiatrie“ und „Prävention psychischer Erkrankungen in Kindheit und Jugend“.

Eine Möglichkeit, den steigenden Qualitätsansprüchen eines komplexen psychosozialen und medizinischen Hilfesystems gerecht zu werden, ist die Spezialisierung einzelner Teilbereiche, wodurch Helfer und Hilfesuchende zunehmend mit verschiedenen Schnittstellenpartnern in Berührung kommen. Möglicherweise verfolgt dabei jeder Schnittstellenpartner, evtl. wegen unterschiedlicher Kostenträgerschaft, andere Sichtweisen und Zielrichtungen. Beispiele für derartige Schnittstellen sind:

- ambulant – stationär
- körperlich – psychisch
- seelische Behinderung – geistige Behinderung
- Jugendhilfe – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Erwachsenenpsychiatrie
- Altenhilfe – Gerontopsychiatrie
- vertragsärztliches System (SGB V) – Pflege (SGB XI) – Eingliederungshilfe (SGB XII)
- niedergelassene Nervenärzte – Psychiatrische Institutsambulanzen – Sozialpsychiatrischer Dienst

In der Fachgruppe Dokumentation wurde daraufhin die Idee entwickelt, zu den relevanten Beiträgen jeweilige Schnittstellenpartner zu gemeinsamen Stellungnahmen zu bitten, Was faktisch bedeutet, Fachleute an einen Tisch zu bringen, die das Gegenüber nicht selten als Teil des Problems sehen und nicht als Partner in der Lösungssuche. Darüber hinaus haben wir die Autor/-innen gebeten sich in ihren Beiträgen an den Eckpunkten Statusbeschreibung, Visionen, Lösungsansätze und ggfs. Beispielen von gelungener Praxis zu orientieren. Wie uns einige der angefragten Autor/-innen mitgeteilt haben war das für sie, und auch für Ihre Organisationen, kein leichtes Unterfangen. Im Verlauf hat aber genau diese Arbeitsform dazu geführt, das gemeinsame Verständnis für die zu bewältigenden Anforderungen zu verbessern. Zusammenfassend, für

den gesamten Prozess der Arbeit an diesem Plan, lässt sich sagen, dass gute Lösungen immer dann entstehen, wenn die Beteiligten aufhören übereinander zu reden und anfangen miteinander zu sprechen, um Lösungen im Sinne der Betroffenen zu suchen.

- Den Auftakt (ab S. 16) machen aus der **Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen** Andreas Wolter und Monika Neveling vom Verein-Psychiatrie-Erfahrener e. V. mit einem Beitrag, in dem sie mit Teilnehmern des dialogischen Gesprächs in Wunstorf erarbeitete Vorschläge zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und der Zusammenarbeit vorstellen. Das Besondere an Dialog-Gruppen ist, dass sich in ihnen Betroffene, Angehörige und Professionelle gleichberechtigt zusammensetzen, um sich über ihre Erfahrungen auszutauschen. Dem schließt sich der Beitrag von Rose-Marie Seelhorst (ab S. 18) an, die die Zusammenarbeit an den Schnittstellen – insbesondere wenn es um die Entlassung aus der psychiatrischen Klinik in die Gemeinde geht – aus der **Sicht der Angehörigen** reflektiert und dabei auf das regelmäßig auftretende Phänomen schlechter Information hinweist.
- Der gemeinsame Artikel vom Vorstand des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) und des Psychiatriekoordinators (ab S. 20) zeichnet Entwicklung und Meilensteine gemeindepsychiatrischer Kooperation in der Region Hannover nach und verdeutlicht den strukturellen **Aufbau des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover**, sowie Grundprinzipien einer gelingenden Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren im Spannungsfeld zwischen psychiatrisch fachlichem Engagement und wirtschaftlichen Interessen/Notwendigkeiten auf allen Seiten. Dabei wird deutlich, dass der sehr stabile strukturelle Rahmen (siehe Organigramm auf S. 142) sich als tragfähig für die Bewältigung unterschiedlichster Herausforderungen erwiesen hat.
- Ein präzise Beschreibung und **Abgrenzung der Leistungen im Ambulant betreuten Wohnen (ABW)** als eine Möglichkeit der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und den Leistungen der **Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP)** nach dem SGB V geben Catrin Lagerbauer und Timo Stein in ihrem Artikel (ab S. 23). Neben klaren Hinweisen zur Indikationsstellung und Kostenträgerschaft wird auf die Kombinierbarkeit mit anderen Leistungen hingewiesen.
- Eine besondere Herausforderung stellt die **Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischen Diensten und Jugendämtern** dar, wenn Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit in Folge psychischer Erkrankungen beeinträchtigt sind. Carsten Amme, Angela Halberstadt und Uwe Blanke beschreiben (ab S. 26) die daraus entstandene Arbeit an gemeinsamen Leitlinien für die Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und dem Allgemeinen Sozialdienst der Region Hannover/Kommunalen Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover, die sich nach Einschätzung aller Beteiligten insbesondere bei den gravierenden Fällen von Kindeswohlgefährdung bewährt haben und die als Beispiel für gelungene Schnittstellenarbeit gesehen werden können.
- In jedem Lebenslauf ist der **Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter** zu bewältigen. Während der juristische Eintritt der Volljährigkeit mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres definiert, ist wird die Spanne zur tatsächlichen Eigenständigkeit durch die sich weiterentwickelnden Bildungssysteme immer größer. Dass es sich hier um eine besondere Schnittstelle

handelt, spiegelt sich in der arbeitsteiligen Vorgehensweise der Autor/-innen wieder. Zunächst beschreibt Stefan Pohl (ab S. 30) den Aspekt der verlängerten Adoleszenz und der daraus resultierenden Forderung nach einer guten „Verzahnung“ der Hilfesysteme nach dem SGB VIII und dem SGB XII. Darauf folgend beschreibt Astrid Caspary die Anforderungen, die junge Erwachsene für die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen bedeuten. Beide zusammen würdigen eine Reihe von Best-Practice-Beispielen. Abschließend schildern Birgitt Theye-Hoffmann, Imke Braams und Torsten Schacht die Betreuung von jungen Erwachsenen auf der Basis des § 35a SGB VIII in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe. Hier stehen 4 Beiträge nebeneinander, die sich einer Fragestellung widmen.

- Menschen können **körperliche, geistige oder seelische Behinderungen** haben. Eine Behinderungsart schließt jedoch nicht andere aus. Die Strukturen, die Arbeitsteilung und die Kooperationsebenen der Teams Behindertenberatung und Sozialmedizin (50.09) und Sozialpsychiatrischer Dienst (50.10) der Region Hannover, beschreiben die beiden nebeneinanderstehenden Beiträge von Annette Sinn und Therese Schäfer (ab S. 34). Susanne Batram und Tina Bugdoll weisen auf die Zuordnungen nach Leitbehinderungen hin, die grundlegend für Finanzierungsfragen sind und die gleichzeitig einer sachgerechten Hilfe hinderlich sind. Psychische Erkrankungen treten bei Menschen mit einer Intelligenzminderung 3- bis 5-mal häufiger auf. Gleichzeitig sind die Angebote zur Diagnostik, Beratung und Therapie für diesen Personenkreis wenig entwickelt. Die Autorinnen haben abschließend eine Übersicht für zukünftige Lösungsansätze entwickelt.
- Die durchschnittliche Lebenserwartung verlängert sich in Deutschland kontinuierlich. Damit einher geht eine Zunahme der Wahrscheinlichkeit, dass sich bei älteren Patienten gleichzeitig verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen in jeweils unterschiedlichen Verlaufsstadien zeigen. Oliver Rosenthal und Egbert Schaefer beschreiben (ab S. 39) Entwicklungen und Anforderungen an die Behandlungen bei **zunehmender Multimorbidität im Alter** in Kliniken und in der häuslichen Situation, wenn zusätzlich zur körperlichen Multimorbidität psychische Störungen hinzutreten. Die Lösung sehen sie in einer verbesserten Aus- und Weiterbildung, die die neuen Komplexitäten berücksichtigt, und in der Entwicklung von interdisziplinär besetzten Krankenhausstationen.
- Der Beitrag von Brigitte Harnau und Jeanett Radisch (ab S. 43) richtet den Blick auf die Strukturen und die Qualität der **psychiatrischen Angebote für ältere und hochbetagte Menschen**. Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN) und Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) bieten hier für die Betroffenen unterschiedliche Kompetenzspektren und verfolgen das Ziel, eine möglichst eigenständige Lebensführung zu erhalten und zu gestalten. Dabei braucht es im Einzelfall jeweils die Kompetenz des anderen Schnittstellenpartners und stabile Kooperationsbeziehungen.
- Es geht um Menschen und nicht um isolierte Diagnosen und Leistungsangebote, erklären Uwe Reichertz-Boers und Thomas Klingsporn in ihrem Artikel (ab S. 47) über den Bedarf an qualifizierten Hilfen für Menschen mit **Doppel- und Mehrfachdiagnosen** innerhalb des psychiatrischen Spektrums. Besonders dann, wenn Suchterkrankungen mit weiteren psychiatrischen Störungen gemeinsam auftreten. Diese Menschen tun den Fachleuten nicht den Gefallen, einfach nur suchtkrank oder psychisch krank zu sein. Sie sind beides, dauerhaft oder

abwechselnd. Die Suchthelfersysteme zeigen sich, ebenso wie die allgemeinspsychiatrischen Systeme, immer wieder überfordert. Hier liegen die Zukunftsaufgaben in der Entwicklung eines adäquaten Wissens sowie entsprechender Behandlungs- und Hilfestrukturen.

- Dass es möglich ist, traditionelle Versorgungsstrukturen zu analysieren, zu überdenken und neue Modelle zu entwickeln, zeigt der Beitrag von Georg Wiegand und Torsten Köster (ab S. 51), die über die Anlässe, den Entwicklungsgang und die Lösungswege bei nicht funktionierenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der drei norddeutschen Rentenversicherungsträger für **abhängigkeitskranke Versicherte** berichten. Das beschriebene Modell hat sich unter dem Namen „**Kombi-Nord**“ etabliert und zeichnet sich dadurch aus, dass das Scheitern von Rehabilitationsprozessen als Anlass zur Suche nach Verbesserungspotentialen genommen wird, d. h. das Nicht-Gelingen wird nicht den Kranken angelastet, sondern den bisher noch nicht weit genug entwickelten Konzepten. Ergebnis sind Entbürokratisierung und erhöhte Flexibilität.
- Eine ganz besondere Anforderung besteht darin, wenn **psychisch kranke Straftäter aus der JVA** entlassen werden und der Anschluss zu Behandlung und **Eingliederungshilfe** in der Gemeinde herzustellen ist. Farschid Dehnad, Jens Wittfoot und Monika Lüpke beschreiben (ab S. 56) die Besonderheiten eines Systems, in dem die Strafgefangenen nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, sondern Ansprüche nach dem NJVollzG zur Krankenbehandlung haben. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass sich unter den Strafgefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich mehr psychisch Kranke befinden. Daher kommt dem Überleitungsmanagement in der JVA eine besondere Bedeutung zu, dessen Arbeit jedoch durch bürokratische Strukturen regelhaft erschwert wird. Für eine zukunftsweisende Perspektive sind sowohl in den Strukturen der JAV als auch bei den Leistungsträgern und -erbringern noch erhebliche Entwicklungen zu bewältigen. Die Autoren zeigen mögliche Wege auf.
- Den abschließenden Beitrag zum Schwerpunktthema liefert der Text von Michael Keutner, der (ab S. 61) die in den einzelnen Arbeitsbereichen entstehende Dynamik in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen an einem Fall aus dem Blickwinkel der **Supervision** beleuchtet. Hier können gerade divergierende Sichtweisen als Erkenntnismöglichkeit zur Vervollständigung von Analyse, Planung, Konzeptentwicklung und Behandlung/Betreuung der in den vorherigen Beiträgen genannten Personengruppen genutzt werden. Eine Einladung zum offenen Diskurs über unterschiedliche Sichtweisen.
- Fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der Beitrag zur **Psychiatrieberichterstattung**, in dem Hermann Elgeti ab S. 64 zunächst auf die im Anhang befindlichen neu gestalteten Datenblatt-Formulare hinweist, sowie auf die erweiterten Möglichkeiten zur Nutzung der Auswertung für die einzelnen Einrichtungen. In Tab. 1 wird ein Überblick über die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Strukturen in der Zeit von 1967 – 2014 gegeben, die den Umbau eines klinisch stationär geprägten Systems in ambulante Strukturen nachzeichnet. Während die Abgabe der Datenblätter A und B seit Jahren stagniert, konnte erneut ein Anstieg der auszuwertenden Datenblätter C verzeichnet werden, wobei der SpDi die Datenblätter als einziger Anbieter von Hilfen zu 100 % ausfüllt. Sie finden z. B. Informationen zu Nutzermerkmalen ambulanter und stationärer Angebotsformen, zum psychosozialen Risiko, zur Betreuungskontinuität, zur regionalen Inanspruchnahmeziffer und anderen Daten.

- Im gleichen Kapitel gibt das Team **Fachsteuerung Eingliederungshilfe** einen Überblick zur **Fallzahlentwicklung aller Hilfeplanungen**, die nach einem kontinuierlichen Anstieg in den Vorjahren in etwa auf dem Niveau des Vorjahres geblieben ist. Das damit weiterhin hohe Volumen von Anträgen führt zu der Annahme, dass das Angebot vorrangiger Maßnahmen entweder nicht ausreichend bekannt oder nicht ausreichend vorhanden ist und dass die Eingliederungshilfe möglicherweise genutzt werden soll, um Versorgungslücken zu überdecken. Eine Aufgabe der Fachsteuerung Eingliederungshilfe leitet sich hier ab, d. h. es sind Informations- und Strukturdefizite zu bearbeiten. Daraus ergibt sich auch die Forderung nach einer umfassenden, neutralen Erstberatung der Klienten.
- Ab S. 86 folgen die **Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**, die ebenfalls ein fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne sind und die das große Spektrum der im Sozialpsychiatrischen Verbund bearbeiteten Themenstellungen einschließlich der daraus resultierenden Initiativen abbilden.
- Im Sonderteil **Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien**, der von Matthias Eller und Stefan Pohl verantwortet wird, erhalten Sie ab S. 128 wieder einen Überblick der für diesen Bereich relevanten Themen.
- Unter der Rubrik **Sozialpsychiatrischer Verbund** finden Sie ab S. 142 das Organigramm des Verbundes, die Codierungsliste und die überarbeiteten Datenblätter A, B und C.
- In diesem Jahr verzichten wir darauf, die **Übersichtskarten der Versorgungssektoren** beizufügen und bitten Sie ggf. auf eine der letzten Ausgaben zurückzugreifen, da hier für das Jahr 2016 erhebliche Veränderungen auf Grund der geplanten Neustrukturierung der Versorgungssektoren anstehen.

Was ist aus unserer Sicht noch im Jahr 2016 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Viele thematische Baustellen der letzten Jahre haben sich als Dauerbrenner erwiesen. Beim Durchlesen der Vorschau im Sozialpsychiatrischen Plan des letzten Jahres für 2015 ist uns aufgefallen, dass sich manche Entscheidungen länger als gedacht verzögern.

Die neue Fassung des **Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)** ist 2015 nicht verabschiedet worden. Aber 2016 ist mit Sicherheit davon auszugehen. Das Gesetz wird nach dem jetzigen Kenntnisstand einige zentrale Punkte präzisieren oder neu regeln: z. B. Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen, Befugnisse der Besuchskommissionen, vertragsärztliche Behandlungsermächtigung für den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), verbindliche Installierung des Landesfachbeirates Psychiatrie oder ein Upgrade der Passagen zum Datenschutz.

Die geplante **Weiterbildung zur Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung** durch das KRH-Bildungszentrum ist auf dem Weg. Nachdem die Anschubfinanzierung am 15.12.2015 von der Regionsversammlung genehmigt worden ist, kann die Einstellung der Leitung für diese

Weiterbildung zum 01.07.2016 erfolgen. Anschließende Schritte sind bis zum 31.12.2016 die Erarbeitung des Curriculums und die Beantragung der Anerkennung beim Niedersächsischen Sozialministerium. Der erste Kurs dieser zweijährigen Fachweiterbildung soll offiziell am 01.01.2017 beginnen.

Die Weichen zur Eröffnung des **Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) List** sind von der Region Hannover gestellt worden. Am 21.07.2015 hat die Regionsversammlung dem Kooperations- und Personalvertrag zwischen Region und KRH zugestimmt, der für den Standort List die Zusammenarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit der Psychiatrischen Institutsambulanz und einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik des KRH regelt. Zusätzlich liegt eine Vereinbarung (im Entwurf) zur Zusammenarbeit dieser beiden Kooperationspartner mit dem Trägerverein der psychosozialen Kontaktstelle List vor. Die Verträge sind allerdings bis zum Redaktionsschluss dieses Artikels noch nicht vonseiten des Klinikums unterschrieben worden – Grund: Das KRH hat für das GPZ List neue Tagesklinikplätze beantragt, die Entscheidung darüber ist vom Krankenhausplanungsausschuss immer wieder verschoben und bisher nicht getroffen worden. Jetzt gehen wir von einer Eröffnung des GPZ im Laufe des Jahres 2016 aus.

GPZ an den Standorten **Ronnenberg-Empelde** (mit dem KRH oder der Burghof-Klinik?) und **Groß-Buchholz** (mit der MHH?) werden weiterhin von der Region gewünscht und verhandelt, müssen jedoch vor einer möglichen Realisierung noch etliche Hürden unterschiedlichen Ursprungs nehmen.

Ein Tiefschlag zulasten der sozialpsychiatrischen Versorgung psychisch Schwerkranker war am 04.11.2015 das Urteil des Landessozialgerichts Celle, welches die Auffassung vertritt, dass die **vertragsärztliche Behandlungsermächtigung von Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes gemäß NPsychKG durch den KVN-Zulassungsausschuss** nicht rechtskonform zur Bundesgesetzgebung ist. Eine Revision gegen das Urteil wurde nicht zugelassen. Die schriftliche Urteilsbegründung lag zum Redaktionsschluss dieses Artikels noch nicht vor. Sollte das Urteil rechtskräftig werden, hätte das zur Folge, dass zukünftig in ganz Niedersachsen kein SpDi-Arzt mehr zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Behandlung ermächtigt werden darf. Bereits erfolgreich geschlossene Versorgungslücken könnten dadurch wieder aufgerissen werden. Die Region Hannover hat sich entschlossen, gegen die Nicht-Zulassung der Revision zu klagen.

Der Fachbereich Soziales der Region arbeitet derzeit an der Erstellung von Standards für **Zuverdienstprojekte für psychisch Kranke**. Ein zentraler Punkt wird die Frage der Zugangssteuerung und die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes dabei sein. Die bisherigen Pilotprojekte „AWO Café Marie“ und „betaTaB“ werden auch 2016 weiterhin finanziell gefördert. Insgesamt strebt die Region Hannover eine Erhöhung der Platzzahlen ab 2017 an.

Von **Wohnungslosigkeit** betroffene Menschen leiden zu einem großen Teil auch an psychischen Störungen. Die Versorgung dieser Klientel am Rande unserer Gesellschaft beschäftigt den Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover schon seit längerem. Im Jahr 2016 wird es darum gehen, die Palette niedrigschwelliger Unterkunftsmöglichkeiten zu erweitern und die ambulante psychiatrische Versorgung zu verbessern. Willkommene Zukunftsmusik bleibt ein Konsiliar- und Liaisondienst für die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Das **gerontopsychiatrische Versorgungsmodell für die Region Hannover** soll auch 2016 vorangetrieben werden. Es basiert auf dem gerontopsychiatrischen Versorgungspfad, der in den Jahren 2010 bis 2013 von Verbundmitgliedern im Rahmen von fünf Zukunftswerkstätten erarbeitet worden ist.

Am 19.02.2016 findet dazu eine Netzwerktagung in Hannover statt, bei der sich Angehörige ambulanter Hilfesysteme (wie Caritas Forum Demenz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Seniorenkrisendienst oder Pflegestützpunkte von Region und Landeshauptstadt) über ihre Rolle im Versorgungsnetz abstimmen. Auf einer weiteren gerontopsychiatrischen Fachtagung in Hannover am 07.09.2016 werden sich Vertreter der Sozialpsychiatrischen Verbände des ehemaligen Regierungsbezirks Hannover über den Entwicklungsstand ihrer jeweiligen Versorgungsmodelle austauschen.

Das A und O ist dabei ein verbessertes Zusammenwirken der parallel gewachsenen Strukturen Gerontopsychiatrie und Altenhilfe.

Am 30.05.2016 wird der **Landespsychiatrieplan** offiziell der Fachöffentlichkeit in Hannover vorgestellt. Die thematischen Wünsche und Vorstellungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover haben wir in den Sozialpsychiatrischen Plänen 2015 und 2016 aufgeführt. Wir sind gespannt, was wir davon im Landespsychiatrieplan mit welchem Tenor in welcher Tiefe wiederfinden werden.

Last but not least kommen wir auf das Thema **Flüchtlinge**, welches uns derzeit täglich von ganz unterschiedlichen Seiten berührt. Für den Sozialpsychiatrischen Verbund ist es wichtig, den Bedarf an psychiatrischen und psychosozialen Hilfen für diesen Personenkreis zu kennen. Was nicht ganz einfach ist. Über wie viele neue Mitbürger in welchem Zeitraum reden wir überhaupt? Mit welchen speziellen Bedürfnissen aufgrund der kulturellen Herkunft? Und können diejenigen mit der Hilfe, die wir für angemessen und richtig halten, tatsächlich etwas anfangen?

Wir gehen davon aus, dass ein gewisser Anteil der Flüchtlinge über kurz oder lang psychische Symptome zeigt – beispielsweise aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Depression oder einer Suchterkrankung. Nur bei einigen der zu uns geflüchteten Neuankömmlinge werden diese Symptome sofort auftreten, viele werden zunächst mit ganz anderen Basisproblemen zu kämpfen haben, bis sich vielleicht zeitversetzt nach zwei Jahren psychische Probleme bemerkbar machen. Wir sind der Auffassung, dass der Sozialpsychiatrische Verbund im Jahr 2016 den psychiatrischen Herausforderungen, die aus der Aufnahme der Flüchtlinge resultieren, gewachsen ist – wobei der Bedarf an modifizierten Therapieangeboten und professionellen Helfern in den nächsten Jahren steigen wird.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Thorsten Sueße und Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Str. 4
30519 Hannover · E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de · Uwe.Blanke@region-hannover.de

Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema

von Andreas Wolter und Monika Neveling (*Mitarbeiter/in des VPE e. V. Hannover*)

Zum Thema „Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem unter Berücksichtigung, der von den Teilnehmern am dialogischen Gespräch in Wunstorf erarbeitenden Vorschlägen.

Status

Es gibt viele Anlaufstellen für psychisch kranke Menschen, wie Selbsthilfegruppen, Tageskliniken, ambulante Dienste, Kontaktstellen, etc. die aber oft voneinander getrennt agieren und nicht immer miteinander kooperieren.

Nach einem längeren stationären Aufenthalt in einer Klinik z.B., gibt es für die Patienten oft keine wirkliche Vorbereitung auf das Leben nach der Entlassung. Auf den Patienten kommen jetzt wieder die Verrichtungen des täglichen Lebens zu, wie Hygiene, Haushalt, Nahrung, Kleidung, Mobilität, Kommunikation und der Kontakt zu medizinischen Einrichtungen.

Meistens gibt es keine Weitervermittlung an ambulante Versorgungsstellen und Selbsthilfegruppen. Die entlassenen Patienten haben Probleme sich im Alltag wieder zurechtzufinden und müssen sich weitere Hilfestellungen selbst suchen, was vielen schwer fällt.

Visionen

Nach dem Dialog-Modell sollten Gelder von den Krankenkassen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Gewinne aus der Krankheitsversorgung sollten reinvestiert werden z.B. in die unabhängige Erforschung alternativer Behandlungsmethoden oder in die Betreuung durch Genesungsbegleiter (Einsatz von ehemaligen Patienten mit EX-IN Ausbildung) wie auch aufsuchende Behandlungsteams die z.B. frisch entlassene Patienten aus der Klinik eine Zeit lang begleiten und unterstützen.

Eine Vision wäre auch, dass Kliniken, ambulante Betreuungsstellen, Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzte sich untereinander besser austauschen um für Patienten eine Lösung zu finden, die speziell auf sie abgestimmt sind, um sie dann besser zu begleiten.

Lösungsansätze

Der Aufbau von wohnungsnahen Krisenzentren und Schlichtungsstellen, wie auch die geplanten gemeindepsychiatrischen Zentren wären hilfreich, um eine möglichst breite Palette von Hilfsangeboten anzubieten, damit es erst gar nicht zur Krise kommt, zur Einweisung oder z.B. zum Wohnungsverlust.

Die Schlichtungsstelle dient als Anlauf für Polizei- und Feuerwehreinsätze und Bürger, die sich Sorgen machen um ihre Nachbarn für Menschen die z.B. wegen einer psychischen Störung, Erkrankung oder Behinderung in persönliche, familiäre, berufliche oder soziale Schwierigkeiten gekommen sind. Diese Schlichtungsstellen sollten besetzt sein mit Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen und Psychiatrie Erfahrenen.

Das Krisenzentrum sollte schnell aufsuchende Hilfe anbieten, sobald Auffälligkeiten gemeldet werden (spätestens nach drei Tagen) unter Einsatz eines ambulant aufsuchenden Teams. (Zusammensetzung ähnlich wie bei der Schlichtungsstelle).

Fazit

Es gibt viele Verbesserungsmöglichkeiten der psychiatrischen Versorgung. Dazu bedarf es der gemeinsamen Anstrengungen aller beteiligten Institutionen und gesellschaftlichen Gruppen. Finanziert werden könnte das Ganze durch die dabei auftretenden Synergieeffekte z.B. durch aufsuchende Versorgung durch psychiatrische Teams, wo ein Konflikt vor Ort gelöst werden kann und ein eventuell langer Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

Die Psychiatrie ist ein Teil der Gesellschaft und erfüllt einen gesellschaftlichen Auftrag.

¹Politik, Land und Kommunen sind mehr in die Verantwortung zu nehmen, es müssen Strukturen geschaffen werden, die ein respektvolles Miteinander in der Andersartigkeit ermöglichen. Dazu braucht es auch eine Bewusstseinsveränderung in der Gesellschaft und Öffentlichkeit.

Anschriften der Verfasser:

Andreas Wolter und Monika Neveling · VPE Hannover e.V. · Rückertstr. 17 · 30169 Hannover
E-Mail: vpehannover@arcor.de

¹ (Zitat aus dem Faltblatt zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, erstellt von den Teilnehmern des dialogischen Gespräches in Wunstorf)

Die Angehörigen als Verantwortungsträger

von Rose-Marie Seelhorst (*Vorsitzende AANB e.V.*)

Der Sozialpsychiatrische Plan der Region Hannover bietet jedes Jahr eine gute Gelegenheit, die Erfahrungen der Angehörigen mit ihren Kranken und deren Behandlern und Helfern der Fachöffentlichkeit zu vermitteln. Diesmal möchte ich etwas zu der Frage der Verantwortung der Angehörigen sagen.

Zuerst einmal trägt jeder erwachsene Mensch in unserem Land die Verantwortung für sich selbst. Das gilt auch innerhalb der Familie für Ehepartner, erwachsene Kinder, Eltern, usw. Psychische Erkrankung führt oft zu Störungen der Selbstwahrnehmung und damit zu Problemen im Zusammenleben innerhalb der Familie und im gesamten sozialen Umfeld. Ich spreche von Nachbarn, Kollegen, usw. Gerade psychisch schwer erkrankte Menschen haben oft gar nicht den Eindruck krank zu sein. Sie suchen die Ursache für ihr verändertes Verhalten häufig in ihrer Umgebung. Das führt zu Konflikten mit den Menschen, die ihnen nahe stehen. Forderungen von Seiten der Angehörigen wie: „Reiß dich zusammen“ und wütende Erwidern der Kranken: „lasst mich einfach mal in Ruhe“ helfen nicht weiter. Die Aufforderung, sich an einen Arzt zu wenden, wird von dem Kranken in dieser Situation selten als Hilfe, eher als Provokation empfunden, denn der Gang zum Arzt setzt voraus, dass die betreffende Person sich krank fühlt und hofft, dass ein Arzt helfen kann.

Trotzdem kümmern sich die meisten Angehörigen um den Erkrankten und suchen Hilfe. Zum Beispiel in einem Gesprächskreis für Angehörige psychisch Kranker. Das bedeutet, sie übernehmen Verantwortung. In der Angehörigengruppe erfahren die Teilnehmer, dass es in den großen Städten und Regionen umfangreiche Hilfesysteme für psychisch Kranke gibt. An wen soll sich der Angehörige ratsuchend wenden? Der Arzt kann nicht helfen, wenn der Kranke dies nicht will. In der Angehörigengruppe wurde geraten, sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst zu wenden. Die meisten Angehörigen erfahren bei dieser Gelegenheit erstmalig von der Existenz dieses Dienstes.

Wenn der Erkrankte die Kraft und nötige Einsicht aufbringt, sich beraten zu lassen kann sich der Angehörige zurückziehen und den Erkrankten so unterstützen, wie er es bei jeder anderen Krankheit auch täte. Für den weiteren Verlauf der Behandlung ist der Arzt verantwortlich.

Vom behandelnden Arzt erwarten wir, dass er eng mit allen Einrichtungen kooperiert, in denen seine Patienten therapiert werden. Ich denke an Ergotherapeuten, Psychotherapeuten und an die aufsuchende Pflege, usw. Das stellt einen großen Zeitaufwand dar. Fast allen Fachärzten ist es inzwischen wichtig, einen guten Draht zu den Angehörigen zu haben. Die Angehörigen erleben den Kranken im Alltag und können ergänzend zum Patienten Auskunft über die Wirkung der Behandlung geben. Häufig unterstützen die Angehörigen den Kranken bei der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten und der Wahrnehmung von Behandlungsterminen. Wenn alles gut geht, wird es dem Patienten und seiner Familie bald besser gehen.

Vor allem bei schweren psychischen Erkrankungen kommt es leider immer wieder zu Krisen und in deren Verlauf zu Klinikeinweisungen. Während eines stationären Aufenthaltes liegt die Verantwortung für die Behandlung bei den Ärzten im Krankenhaus. Nach der Erleichterung, dass

ihr Kranker jetzt in guten Händen ist, stellt sich die Frage, was im Umfeld des kranken Familienmitgliedes verändert werden sollte, damit eine erneute Krise verhindert wird.

Häufig erfahren die Angehörigen während eines Routinebesuches im Krankenhaus eher zufällig, dass dem Kranken ein gesetzlicher Betreuer zur Seite gestellt wurde und die Entlassung bevorsteht. Diese Nachricht wirft bei den Angehörigen viele Fragen auf. Gesetzliche Betreuer haben definierte Aufgabenfelder, während Angehörige sich für das gesamte Wohlergehen ihres Familienmitgliedes verantwortlich fühlen. Die Fragen nach den Aufgaben des bestellten Betreuers gehören zu den häufigsten Themen in den Gesprächskreisen der Angehörigen. Leider sind gesetzlichen Betreuer nicht immer ausreichend auf ihre Aufgaben vorbereitet. Oft entsteht bei den Angehörigen der Eindruck, dass gesetzliche Betreuer niemand gegenüber Rechenschaft schuldig sind und dass sie sich zu wenig um die Angelegenheiten des Kranken kümmern.

Rückblickend verstehen Angehörige, dass bei den Entlassungsgesprächen im Krankenhaus wichtige Weichen für das Leben ihres Kranken gestellt worden sind. Dabei geht es um die elementaren Lebensumstände: Wird der Kranke es in Zukunft schaffen, in seiner Wohnung zu leben oder muss ein passendes Wohnheim gesucht werden? Bei wem liegt jetzt die Entscheidung?

An den vom zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst einberufenen Hilfekonferenzen soll der Kranke durch seinen Betreuer und ihm nahestehende Menschen unterstützt werden. Dabei stehen die Angehörigen allerdings noch völlig unter dem Eindruck der letzten Krise und kennen weder die ambulanten noch die teilstationären Angebote, die infrage kommen. Mit anderen Worten, sie sind auf kompetente Beratung angewiesen, die leider oft fehlt.

Gut informierte Angehörige werden einen Weg für den Kranken suchen, der zurück in ein gemeinsames Leben führt trotz und mit allen Beeinträchtigungen, die eine schwere, evtl. chronische Krankheit mit sich bringt. Sie wissen, dass sie eine Verantwortung tragen, die sie nicht auf andere übertragen können.

Sind sich alle Beteiligten einer Hilfekonferenz über die möglichen Folgen ihrer Entscheidung im Klaren? Es geht nicht nur um die Art und Qualität der nötigen und verfügbaren Hilfeangebote sondern auch um die finanziellen Folgen für den Betroffenen. Für die Angehörigen geht es eigentlich immer um die Akzeptanz des ‚Hilfebringers‘ als Person durch den Kranken. Ob der Helfer/Therapeut von einem Pflegedienst oder von einem Anbieter des Betreuten Wohnens kommt, spielt für den Betroffenen eine untergeordnete Rolle.

Das ändert sich, wenn es um die Kosten geht. Noch krank und verwirrt geraten in dieser Situation viele Kranke in die Abhängigkeit der Sozialhilfeträger. Obwohl es die Aufsuchende Psychiatrische Pflege flächendeckend in Niedersachsen gibt, ist ihr Konzept immer noch vielen Angehörigen fremd. Ebenso die Soziotherapie oder die Aufsuchende Pflege nach dem SGB XI. Häufig genügen diese Angebote, um dem Kranken ein eigenständiges Leben zu erhalten.

Anschrift der Verfasserin:

Rose-Marie Seelhorst · Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V. · Wedekindplatz 3 · 30161 Hannover · E-Mail: RM-SL@t-online.de

Schwerpunktthema 2016: Die Überbrückung von Schnittstellen in der Gemeindepsychiatrischen Versorgung

Regionale Koordination eines komplexen Hilfesystems am Beispiel des Sozialpsychiatrischen Verbunds der Region Hannover

von Sabine Kirschnick-Tänzer (KRH-Psychiatrie Wunstorf), Ali Türk (Institut für transkulturelle Betreuung Hannover), Michael Sandau (KRH-Psychiatrie Langenhagen und Uwe Blanke (*Sozialpsychiatrischer Dienst*))

Von der Problemanalyse zur Schnittstellenarbeit – die Basis Gemeindepsychiatrischer Entwicklung in der Region Hannover

Der „Bericht zur Lage der Psychiatrie“ an den Deutschen Bundestag beschrieb die Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik 1975 als „elend und menschenunwürdig“. Die Auseinandersetzung mit psychisch Kranken und den Behandlungsstrukturen und -möglichkeiten war in der Politik angekommen. Die Bestandaufnahme forderte die Entwicklung von Lösungsansätzen. Folge war die Förderung von Modellverbänden zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen. Im Gebiet der damaligen Landeshauptstadt Hannover und des Landkreises Hannover entstanden Vorläufer der heutigen Strukturen. Das „Gemeindepsychiatriegespräch“ wurde zum Modell des späteren „Sozialpsychiatrischen Verbundes“. Kooperationsstrukturen und Absprachen zur „Pflichtversorgung“ zwischen den vier psychiatrischen Kliniken im Großraum Hannover wurden – modellhaft für das gesamte Bundesgebiet vereinbart. Die Einigung auf definierte Versorgungsverpflichtungen (Sektoren) für die stationäre Psychiatrie war ein erster Meilenstein gelungener Schnittstellenarbeit, die den Betroffenen mit schweren psychischen Störungen zum ersten Mal das Recht zu einer wo hnoertnahen stationären Behandlung verbriefte.

Der Grundprinzip künftiger Kooperation war definiert: Durch die fachliche Verständigung zwischen Leistungsanbietern konnten neue Regeln etabliert werden, die Patientengruppen, die sonst abgewiesen wurden, die von Klinik zu Klinik wechseln mussten und die häufig wohnortfern behandelt wurden, erhielten zum ersten Mal verbindliche gemeindenahe Behandlungsperspektiven.

Einmal im Monat wurde zum „Gemeindepsychiatriegespräch“ eingeladen, an dem die vier Kliniken, das Gesundheitsamt mit den fünf Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, die Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige, das Drogenberatungszentrum, das Landessozialamt und der Gesundheitsausschuss der Landeshauptstadt Hannover teilnahmen.

Ein weiterer Meilenstein sind die 1988 publizierten Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Im Kapitel C.5. dieser Empfehlungen wird der Gemeindepsychiatrische Verbund als Fundament allgemeinspsychiatrischer Versorgung definiert und mit dem Auftrag versehen funktionsgerechte Einrichtungen innerhalb der jeweiligen Gebietskörperschaft aufzubauen. Genannt wurden: aufsuchend ambulante Dienste, Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, Tagesstätten, die Weiterentwicklung ambulanter Angebote, die Einrichtung von neuen Angeboten und die Einrichtung einer Koordinationsstelle in der jeweiligen Gebietskörperschaft.

In der Novellierung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke vom 16. Juni 1997 manifestiert sich diese Entwicklungslinie. Im Kapitel „Hilfen“ werden die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste (§ 7), des Sozialpsychiatrischen Verbundes (§ 8) und die Verpflichtung fortlaufend einen Sozialpsychiatrischen Plan (§ 9) zu erstellen zur Rechtsnorm.

Die Organisationsstruktur im Sozialpsychiatrischen Verbund (SPV)

Der ehemalige Landkreis Hannover und die Landeshauptstadt Hannover schlossen bereits 1998 ihre jeweiligen Sozialpsychiatrischen Verbände zusammen und einigten sich dabei auf die Beibehaltung der inzwischen zu einem regelrechten Markenzeichen gewordenen Bezeichnung „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ (AKG) für die Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Damit wurde schon die spätere Entwicklung zur Region Hannover antizipiert.

Als Struktur und Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben sich entwickelt und bewährt:

- Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, die Vollversammlung des SPV, mit aktuell 101 Mitgliedern, tagt monatlich.
- Die 12 Fachgruppen des AKG, haben im Durchschnitt 20 Mitglieder, arbeiten themenspezifisch und berichten dem AKG regelmäßig.
- Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie – RFP, berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover, tagt vierteljährlich.
- Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften arbeiten in den Einzugsgebieten der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Das Organigramm des SPV finden Sie auf Seite 142. Die Berichte der Gremien des SPV finden Sie ab Seite 86ff.

Der AKG hat sich eine Geschäftsordnung gegeben und wählt im zweijährigen Turnus den aus 3 Personen bestehenden Vorstand aus seiner Mitte. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes die Geschäfte.

Aufgaben und Lösungsstrategien

Die Psychiatrie-Enquete lenkte die Blicke der Fachwelt und der Politik auf die Personengruppen, die in Folge ihrer psychischen Erkrankungen besondere Beeinträchtigungen erleben und die an die Qualität der Behandlung und der komplementären Dienste besondere Anforderungen stellt. Diese Betrachtungsweise schlägt sich heute nieder in den Aufgabenbeschreibungen für die Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden (z.B. Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV).

Die Kernaufgaben der Verbundarbeit in der Region Hannover sind daher:

- Analyse und Dokumentation der jeweils bestehenden Ausgangsbedingungen
- Orientierung in Bezug auf die schwer Kranken
- Orientierung auf Lebens- und Behandlungsmöglichkeit im gemeindenahen Rahmen

- Einbezug der Perspektiven von Betroffenen und Angehörigen
- bei Bedarf Entwicklung von neuen Angebotsinhalten
- Vernetzung der Angebote im Sinne der Betroffenen
- Themenspezifische Zusammenführung von Kostenträgern und Leistungserbringern im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Ökonomisierung von Leistungen im Hilfesystem rasant entwickelt und dies zu einem neuen Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlich begründetem Handeln und der Übernahme von Versorgungsverpflichtungen für Personengruppen mit besonderen Beeinträchtigungen führt. Hier entstehen neue Anforderungen an die Steuerung und Koordination. Dies bildet sich auch ab im Spannungsverhältnis zwischen durch die Mitglieder des SPV positiv bewerteten Angeboten und den spezifischen Vergaberichtlinien und Leistungsvereinbarungen der Leistungsträger. Eine solide Basis für diese Auseinandersetzungen bietet die gemeinsame Arbeit an der regionalen Psychiatrieberichterstattung.

Die Lösungsstrategien für die beschriebenen Aufgaben weisen im Lauf der Zeit eine hohe Konstanz auf. Der Sozialpsychiatrische Verbund bringt alle Akteure psychiatrischen Handelns in der Region Hannover regelmäßig an einen Tisch (AKG), sorgt hierüber und über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes für die Benennung der relevanten Themen, deren Analyse und Dokumentation und schafft insbesondere in den Fachgruppen des Verbundes die Möglichkeit, gezielt an einzelnen Fragestellungen zu arbeiten.

Gute Lösungen entstehen in diesem Rahmen immer dann, wenn die Akteure bereit sind in einen konstruktiven Dialog miteinander zu treten. Bei unterschiedlichsten Interessen der Beteiligten, z.T. unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für bestimmte Fragestellungen, konkurrierenden Angeboten und sich kontinuierlich verstärkenden wirtschaftlichen Aspekten ist dies alles andere als selbstverständlich. Diese Prozesse können nur in einem Klima gegenseitigen Respektes und gegenseitiger Anerkennung gelingen. Möglich wird dies, wenn z.B. die Konkurrenten am Markt (Leistungserbringer) und die Leistungsträger sich zugleich als Kolleg/-innen im Fachlichen verstehen und bereit sind im konkreten Fall über die Grenzen der eigenen Organisation und des bisherigen Horizontes nach Lösungen im Einzelfall wie in strukturellen Fragen zu suchen und sich im besten Sinne gegenseitig zu beraten. Beispielhaft möchten wir dazu auf die Arbeit der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ und auf die im Jahr 2015 abgeschlossenen „Qualitätsvereinbarungen für das ambulant betreute Wohnen“ hinweisen. Dazu bieten die Gremien und Strukturen des SPV die geeigneten Voraussetzungen.

Perspektiven

Die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund ist eine fortlaufende Aufgabe. Heute sind die Einrichtungen und Dienste z.T. mit Fragestellungen konfrontiert, an die in den Gründungsjahren nicht zu denken war. Das gilt sowohl für die sich im Fach Psychiatrie weiterentwickelnden diagnostischen Kenntnisse und Erklärungsmodelle wie z.B. das Wissen um Posttraumatische Belastungsstörun-

gen, die Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten und –strukturen oder die aktuellen Anforderungen wie der Umgang mit Betroffenen, die als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind und die entweder schon lange zuvor psychisch erkrankten oder die, die im Vorfeld der Flucht durch unterschiedliche Ereignisse traumatisiert wurden und bei denen es darum geht im Hinblick auf Erkrankung, Sprache, Kultur oder ethnische Herkunft angemessene Herangehensweisen zu entwickeln.

Arbeit im Verbund fordert die Fähigkeit sich mit einander in Verbindung zu setzen, das Gespräch über tradierte Grenzen hinweg suchen und Netzwerke aufzubauen. Wir gehen davon aus, dass auf dem Hintergrund der gewachsenen Strukturen im Sozialpsychiatrischen Verbund die erprobten und bewährten Arbeitsweisen auch zukünftig zu einer guten Bewältigung der Aufgaben beitragen werden.

Anschriften der Verfasserin und der Verfasser:

Sabine Kirschnick-Tänzer · KRH Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf

E-Mail: Sabine.Kirschnick-Taenzer@krh.eu

Ali Türk · Institut für transkulturelle Betreuung · Freundallee 25 · 30173 Hannover

E-Mail: Ali.Tuerk@itb-ev.de

Michael Sandau · KRH Psychiatrie Langenhagen · Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen

E-Mail: michael.sandau@krh.eu

Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer · Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund

Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.de

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) und Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Ergänzung und Abgrenzung mit Seitenblick auf die Kombination mit weiteren ambulanten Maßnahmen

von Catrin Lagerbauer (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

und Timo Stein (*Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH*)

Im Rahmen der aufsuchenden Hilfen, hier insbesondere die Leistungen „Ambulant Betreutes Wohnen“ (ABW) und „Ambulante Psychiatrische Pflege“ (APP), gibt es bei der Leistungsbewilligung immer wieder Zuständigkeits- und Abgrenzungsfragen, die – je nach Blickwinkel – von Überlegungen überschneidender Hilfeleistungen, Konkurrenzen und gewünschter Zusammenarbeit geprägt sind.

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist in erster Linie der sozialhilferechtliche Grundsatz, dass dem Leistungsberechtigten stets die notwendige Hilfe zugestanden wird – damit verbunden ist aber auch, dass er nicht weniger, aber auch nicht mehr als die erforderliche Hilfe erhalten darf.

Um hier einen besseren Überblick zu erhalten, sind zunächst zur Unterscheidung der Leistungen der APP und des ABW die Rechtsgrundlagen, der berechnete Personenkreis und die Indikationen zu betrachten, um in einem weiteren Schritt den Kontext zu anderen Leistungen herzustellen.

Ambulante Psychiatrische Pflege

Die APP ist in § 37 und im Rahmen der Integrierten Versorgung in § 140 Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt. Anspruch auf diese Leistung haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die verschiedene psychiatrische Diagnosen bzw. Indikationen aufweisen.

Das Ziel der Leistung ist die Krankenhausvermeidung bzw. die Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts oder die Unterstützung einer ärztlichen Therapie.

Die Grundlage des Leistungsbezugs von APP ist eine ärztliche Verordnung und ein ärztlicher Behandlungsplan, sowie bei der integrierten Versorgung der Abschluss eines Behandlungsvertrages (nur bei bestimmten Fachärzten und Krankenkassen möglich).

Leistungen der APP sind mithin Maßnahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege, spezifischer Behandlungspflege sowie an die ärztliche Behandlung gekoppelte Maßnahmen.

Hier geht es stets um Hilfen mit folgender Ausrichtung:

Erarbeiten von Pflegeakzeptanz, Durchführung von Maßnahmen zur Krisenbewältigung, Entwicklung und kompensatorische Hilfen.

Ambulant Betreutes Wohnen

Das ABW als Eingliederungshilfemaßnahme ist in den §§ 53, 54 SGB XII i. V. m. § 55 SGB IX geregelt. Anspruch auf diese Leistung haben alle Menschen, abhängig von ihrem Einkommen und Vermögen, die wesentlich behindert oder von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn aus dieser Behinderung eine Teilhabeeinschränkung resultiert. Notwendige geeignete Leistungen anderer Rechtskreise sind zur Verhinderung oder Verminderung dieser Teilhabeeinschränkungen vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Das Ziel der Leistung ist es, Hilfestellungen für ein selbständiges, eigenverantwortliches und unabhängig von der Eingliederungshilfe gestaltetes Leben zu geben.

Als Grundlage für die Kostenübernahme der Leistungen durch den Sozialhilfeträger dient die Empfehlung der Hilfekonzferenz (Hilfebedarfsermittlung und Zielvereinbarungen).

Leistungen des ABW sind mithin Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe, die Beeinträchtigungen durch Behinderung bzw. drohende wesentliche Behinderung in den einzelnen Lebensfeldern bearbeiten und im Idealfall überwinden.

Hier geht es stets um anleitende, lebenspraktische Hilfen mit folgender Ausrichtung:

Selbstversorgung, Tagesstrukturierung, Teilnahme am öffentlichen Leben, Arbeit, Ausbildung und soziale Kontakte.

APP und ABW im weiteren Kontext

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, können die Leistungen der APP und des ABW aufeinander folgen oder sich sogar ergänzen bzw. jeweils mit weiteren Leistungen kombiniert werden. Ausgeschlossen ist dies erst, sobald wesentlich inhaltliche Überschneidungen der Leistungen vorliegen; diese können neben APP und ABW auch die Psychotherapie gemäß § 28 Abs. 3 SGB V, Pflegeleistungen gemäß SGB XI, Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gemäß § 118 SGB V oder die Soziotherapie gemäß § 37a SGB V sein.

Die unterschiedlichen Grundlagen und Voraussetzungen von APP nach §§ 37 und 140 SGB V sind in der Praxis bei der Hilfebedarfsermittlung und -planung zu berücksichtigen.

Die APP nach § 37 SGB V kann vom Facharzt in der Regel für bis zu 4 Monate (in Einzelfällen auch länger) hochfrequent beginnend (bis zu 14 Einheiten/Woche) und in der Folge ausschleichend verordnet werden. In den überwiegenden Fällen erfolgt diese Verordnung im direkten Anschluss an Klinikaufenthalte. Das Ziel der Verkürzung des Klinikaufenthaltes und der Vermeidung der kurzfristigen Wiederaufnahme in die Klinik steht hier im Vordergrund. Die Stabilisierung im Wohnumfeld wird begleitet. Neben der Erarbeitung einer Pflegeakzeptanz und Kriseninterventionen können auch Anleitung und Training von alltagspraktischen Tätigkeiten und die Entwicklung einer geeigneten Tagesstruktur Teilleistungen der APP sein.

ABW kann hier bei Bestehen eines weiteren Hilfebedarfs, der nicht durch andere Leistungen gedeckt werden kann, im Anschluss an die APP bzw. parallel (in der Regel zur Übergangsgestaltung) bewilligt werden.

Die APP nach § 140 SGB V setzt voraus, dass bestimmte Diagnosen vorliegen, die fachärztliche Behandlung bei bestimmten Ärzten erfolgt und die zuständige Krankenkassen den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung zulässt.

Im Vergleich zur APP nach § 37 SGBV ist eine Verordnung nach § 140 SGB V – je nach Leistungsinhalt des Vertrages über die integrierte Versorgung der jeweiligen Krankenkasse – auf den Zeitraum von zunächst 2 Jahren (Verlängerung möglich) festgelegt und in der Frequenz und damit auch in der inhaltlichen Ausgestaltung im Wesentlichen rein bedarfsorientiert. Durch die längerfristige Kontinuität besteht insbesondere bei immer wiederkehrenden kürzeren Kriseninterventionen der Vorteil über die Möglichkeit der Vermeidung von Klinikaufhalten.

ABW ist hier parallel möglich, wenn der individuelle Hilfebedarf entsprechend vorliegt. Die Abgrenzung der Aufgaben erfolgt in der Hilfefkonferenz und findet sich in den Zielvereinbarungen für das ABW wieder.

Sowohl APP als auch ABW sind grundsätzlich mit ambulanten Behandlungsmaßnahmen (durch Facharzt, PIA, Psychotherapie verschiedener Ausrichtungen) kombinierbar. Gleiches gilt für Pflegemaßnahmen wie Grundpflege, Haushaltshilfe etc. und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

Eine klare Abgrenzung von anderen Zuständigkeiten müsste bei der Soziotherapie erfolgen. In der Realität gibt es dieses Angebot in der Region Hannover jedoch nicht, weshalb es keine praktischen Erfahrungen im Umgang damit geben kann.

Entscheidend ist in jedem Fall, dass der Hilfebedarf individuell ermittelt wird und die passgenauen Leistungen im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten unter Berücksichtigung von Vor- und Nachrangigkeit organisiert werden können.

Anschrift der Verfasserin und des Verfassers:

Catrin Lagerbauer · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Straße 4, · 30519 Hannover

E-Mail: catrin.lagerbauer@region-hannover.de

Timo Stein · Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH · Mellendorfer Straße 7-9 · 30625 Hannover

E-Mail: Timo.Stein@dr-wilkening.de

**Zwischen Wächteramt und Schweigepflicht:
Kindeswohlgefährdung und die Behandlung psychisch kranker Eltern –
die Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischem Dienst und ASD / KSD**

von Carsten Amme (*Landeshauptstadt Hannover, Kinderschutz-Koordination*)

Uwe Blanke (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Angela Halberstadt (*Region Hannover, Fachberatung Kinderschutz*)

Die Ausgangslage

Für Fachkräfte des SpDi und des ASD/KSD ist eine besondere Herausforderung wenn Kinder in Familien oder mit einem Elternteil zusammenleben, die auf Grund einer psychischen Erkrankung die Anforderungen der elterlichen Sorge zeitweise oder auf Dauer nicht erfüllen können. Kommt es zur vermuteten oder zur realen Kindeswohlgefährdung ist in der Region Hannover die Kooperation von Sozialpsychiatrischem Dienst (SpDi) auf der einen und dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD) bei den Jugendämtern der Region Hannover oder dem Kommunalen Sozialdienst (KSD) im Jugendamt der Landeshauptstadt Hannover gefordert. Nicht selten sind Fachanbieter im Bereich der Psychiatrie (z.B. Eingliederungshilfe) und der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe) in den Familien bereits tätig und an ihre Grenzen gestoßen.

Von den fachlichen Aufträgen und den rechtlichen Grundlagen her gibt es zwischen SpDi und ASD/KSD auf den ersten Blick scheinbar gegensätzliche Anforderungen. Das staatliche Wächteramt der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) mit seinem klaren Blick auf das Kindeswohl und die Abwendung von Kindeswohlgefährdung trifft auf die medizinisch/therapeutisch geprägte Struktur SpDi auf der Basis des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) mit dem Gebot der Schweigepflicht.

Die beteiligten Fachkräfte müssen sich zunächst fragen, ob und in welcher Weise die Eltern in ihrem Erziehungsauftrag gestützt werden können und wie die Kinder angemessen zu fördern sind. Die Fachkräfte des SpDi wie auch die Fachkräfte der Jugendämter unterliegen gleichermaßen der Schweigepflicht gem. § 203 StGB, und den Regelungen des Datenschutzes. Unbestritten ist, dass der Schutz und die Wahrung der besonderen Vertrauensbeziehung **die** Voraussetzung für eine gelingende Kooperation und für jegliche Hilfeentwicklung ist.

Bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung und bei einer festgestellten Kindeswohlgefährdung wird für die Fachkräfte des SpDi das Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Vertrauensbeziehung zu einer Mutter oder einem Vater und einer notwendigen Einbeziehung des Jugendamtes bei einer Kindeswohlgefährdung besonders deutlich. Die Fachkräfte des ASD/KSD haben bei (einem Verdacht auf eine) Kindeswohlgefährdung gem. §8a SGB VIII das staatliche Wächteramt wahrzunehmen und die Gefährdung für das Kind einzuschätzen. Zur Entwicklung von Hilfe- und ggf. Schutzmaßnahmen ist die Erfassung der psychischen und seelischen Gesundheit der Eltern und die Bewertung ihrer Erziehungsfähigkeit von zentraler Bedeutung. Ebenso die Frage nach den Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder.

In der Vergangenheit produzierten die unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen in der alltäglichen Arbeit nicht selten divergierende Auffassungen über die „richtigen Interventionen“ des jeweils Anderen. Diese bewegten sich zwischen den Polen der Inobhutnahme der gefährdeten Kinder durch das Jugendamt auf der einen Seite und der Veranlassung von Zwangseinweisungen der psychisch kranken Eltern durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auf der anderen Seite. Die Erwartung auf die entscheidende Intervention wurde jeweils an das fachliche Gegenüber gerichtet.

Die Entwicklung einer gemeinsamen Lösungsstrategie: Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen dem KSD, dem ASD und dem SpDi

Diese konfliktfördernde Struktur führte zur Bildung von Arbeitsgruppen in den beteiligten Diensten. Gearbeitet wurde in einer sich über einige Jahre erstreckenden fachlichen Auseinandersetzung an einer Einigung auf eine von allen Beteiligten getragene Vorgehensweise, die letztlich sowohl den Interessen der betroffenen Kinder/Jugendlichen und der psychisch kranken Eltern in respektvoller und fachlich fundierter Weise Rechnung trägt. Grundlage dafür waren die zunächst in der LHH erarbeiteten Leitlinien der Zusammenarbeit im Rahmen eines Fachaustausches zwischen Mitarbeiter*innen des SpDi und des KSD.

Am 05.09.2011 traten, als Ergebnis dieses fachlichen Auseinandersetzungsprozesses, die „Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen dem Kommunalen Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover, dem Allgemeinen Sozialdienst der Region Hannover und dem sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover“ in Kraft. Vereinbart wurden in diesen Leitlinien eine Definition zur „Gefährdungssituation“ und daraus resultierende Standards für das gemeinsame Vorgehen in Fällen mit zeitnahe oder sofortigem Handlungsbedarf. Geregelt wurden die „Fallverantwortung für den Schutz des Kindes“ beim ASD/KSD sowie die spezifische Verantwortung des SpDi. Konkrete Absprachen zur Durchführung von gemeinsam oder ggfs. getrennt durchzuführenden Hausbesuchen und Empfehlungen zum Umgang mit der jeweiligen Schweigepflicht wurden formuliert.

Absprachen zu gemeinsamen Fallbesprechungen wurden getroffen und mit standardisierten Dokumenten (z.B. Mitteilungsbogen zur Dokumentation einer möglichen Kindeswohlgefährdung, Empfangsbestätigung der Kinder- und Jugendhilfe, Schutzplan) hinterlegt. Die Textfassung wurde mit einem entsprechenden Ablaufschema ergänzt.

Darüber hinaus wurde ein Fragebogen für den Beratungsbedarf von ASD / KSD zur Einschätzung der psychosozialen Situation der Eltern entwickelt. Diesem entspricht die Regelung für den Beratungsbedarf des SpDi zur Einschätzung des Unterstützungs- bzw. Förderbedarfs von Kinder und Jugendlichen.

Unabhängig von der fallbezogenen Arbeit wurde auf der Ebene der Sektoren (SpDi) vereinbart, zwei Mal jährlich „Leitliniengespräche“ durchzuführen, in denen die Gelegenheit besteht sich über aktuelle Entwicklungen und Angebote zu informieren und retrospektiv bereits bearbeitete Fälle zu reflektieren. Die AG Leitlinien SpDi – ASD/KSD erhielt den Auftrag die weitere Entwicklung zu begleiten, die Leitlinien zu überprüfen und ggfs. Vorschläge zu Modifikation zu erarbeiten. Die AG trifft sich ein Mal jährlich.

Überprüfung der Leitlinien

Eine erste Überprüfung der Leitlinien erfolgte 2012. Die zweite Überprüfung begann 2014. Die AG Leitlinien SpDi – ASD/KSD erarbeitete dazu einen Fragebogen zur Erfassung der Erfahrungen der beteiligten Dienste sowie deren Vorschläge zur Weiterentwicklung. Die Auswertung erfolgte im ersten Quartal 2015. Im Folgenden werden einige Kernaussagen dargestellt, die in Bezug auf die Schnittstellenarbeit relevant sind:

- Die Zusammenarbeit der beteiligten Dienste bei Fragen der Kindeswohlgefährdung wird positiv bewertet. In Einzelfällen sei die Kooperation noch zu personenabhängig.
- Der SpDi fühlt sich im Wesentlichen gut über die Aufgaben von ASD/KSD informiert. Im Detail werden Informationen zu neuen und spezialisierten Angeboten und zu bestimmten Verfahrensabläufen gewünscht.
- Das fachliche Profil des SpDi ist bei ASD/KSD im Einzelfall nicht klar genug bekannt, daher komme es z.T. zu nicht erfüllbaren Erwartungen
- Die Leitlinien werden überwiegend als förderlich für eine gute Zusammenarbeit bewertet.
- Die in den Leitlinien festgelegten Austauschtreffen zwischen SpDi und ASD/KSD sind in der Mehrzahl der Sektoren realisiert worden.
- Ebenfalls positiv wird die Teilnahme der beteiligten Dienste an den „Sektorarbeitsgemeinschaften“, die von den SpDi-Beratungsstellen organisiert werden, bewertet.
- Insgesamt gesteigert habe sich durch den verstärkten fachlichen Austausch die Akzeptanz der jeweils anderen Standpunkte.
- Sehr unterschiedlich sind die gegenseitigen Erwartungen an „gemeinsame Fortbildungen“. Hier stellen die SpDi die Verbesserung der Kooperation in den Vordergrund und die ASD/KSD wünschen die fachliche Weiterbildung zu Themen aus der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

- Der regelhafte Austausch und die dadurch entstandenen persönlich/fachlichen Kontakte werden für die Lösung der Aufgaben rund um die Kindeswohlgefährdung als sehr förderliche Faktoren angesehen.
- Dem entspricht, dass keine neuen Strukturen angefordert werden, sondern eher die Selbstermahnung formuliert wird, die etablierten Strukturen aktiv zu nutzen.

Perspektiven – Leitlinienarbeit als kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Entwicklung und die Umsetzung der Leitlinien haben sich im Kern bewährt. Entscheidender Faktor für das Gelingen dieser Schnittstellenarbeit ist die Bereitschaft zum direkten fachlichen Austausch, zu ggfs. gemeinsamen Handeln und zur ständigen Reflexion der Arbeitsprozesse. Fazit: Das Rad muss nicht neu erfunden werden – es ist bereits vorhanden. Es ist zu nutzen und zu pflegen.

Die Leitlinien und die damit verbundenen Dokumente bedürfen keiner grundlegenden Überarbeitung, sondern einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Dazu sind perspektivisch die Aspekte aufzunehmen, die sich aus der Auseinandersetzung mit dem 2012 in Kraft getretenem Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) ergeben. Dies ergibt sich insbesondere aus der aktiven Einbeziehung von Berufsheimnisträgern in den kooperativen Kinderschutz (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG) über die Einführung der „Befugnisnorm“. Ebenso ist die Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, die sich in gemeinsamer Trägerschaft von Region Hannover und Landeshauptstadt Hannover befindet, bei der Aktualisierung der Leitlinien mit aufzunehmen. Sie kann zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung, zu Fragen von Schweigepflicht und Datenschutz und zu Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder, Jugendliche und Eltern die Kooperation aller Beteiligten verbessern.

Wir gehen davon aus, dass darüber hinaus auch zukünftig eine regelhafte Überprüfung und Weiterentwicklung der Leitlinien erfolgen muss.

Anschriften der Verfasserin und der Verfasser:

Angela Halberstadt · Region Hannover · 51.01 Fachberatung Kinderschutz · Hildesheimer Str. 18
30169 Hannover · E-Mail: Angela.Halberstadt@region-hannover.de

Carsten Amme · Landeshauptstadt Hannover · 51.20.2 KSD-Fachberatung / Koordination Kinderschutz
Blumenauer Str. 5/7 · 30449 Hannover · E-Mail: carsten.amme@hannover-stadt.de

Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.de

Kooperation bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder & Jugendliche

von Stefan Pohl, (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien*)

Der Übergang vom Jugendalter zum Erwachsenenalter stellt eine Schnittstelle im Leben dar. Das betrifft nicht nur die Erlangung der vollen Geschäftsfähigkeit mit Beginn der Volljährigkeit. Zentrale Lebensthemen (wie Ablösung, Berufsfindung und Partnerschaft) entscheiden sich in dieser Entwicklungsphase der Adoleszenz. Das Transitionsalter (15 bis 25 Jahre) ist eine Zeit des Umbruchs und der damit einhergehenden Adoleszenzkrisen. Durch die sehr komplexen und vielseitigen Gesellschaftsanforderungen in Bezug auf Schulausbildung, Berufswahl, Lebensführung und Freizeitgestaltung fühlen sich manche junge Menschen überfordert. Zudem verlängert sich die Ausbildungszeit und damit auch oftmals die Zeit der finanziellen Abhängigkeit von der Herkunftsfamilie. Viele Experten sprechen in diesem Zusammenhang von der „verlängerten Adoleszenz“ – nicht selten bis weit ins Erwachsenenalter hinein. In dieser „Schnittstellen-Zeit“ manifestieren sich gleichzeitig Entwicklungsschwierigkeiten und ggf. psychische Störungen. Es erscheint deswegen umso wertvoller und wirkungsvoller, junge Menschen gut zu unterstützen, damit der Start ins eigenständige Leben gelingen kann.

Status und Vision

Für die Arbeitspraxis innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover bedeutet dies in erster Linie, dass Hilfeleistungen aus der Jugendhilfe (SGB VIII) und der Eingliederungshilfe (SGB XII) verzahnt sein sollten. Die Zuständigkeiten zeigen sich im Arbeitsalltag jedoch häufig unklar. Zudem braucht es meist aufwendige Gutachten (§35a-Gutachten) für junge Volljährige in Bezug auf weiterführende Leistungen der Jugendhilfe.

Ebenso bedeutungsvoll erscheint die Vernetzung zwischen den kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen mit den Angeboten der Psychiatrie für Erwachsene. Aufgrund der Kassenabrechnung-Modalitäten finden hier nach unserer Erfahrung selten gute Übergänge statt. Es fehlt zudem an teilstationären oder stationären Angeboten einer Adoleszenz-Psychiatrie, die für diese Altersgruppe hoch effizient sein würden. Die bisherigen Angebote der Kliniken für diese Zielgruppe sind nach unserer Auffassung lediglich erste Ansätze eines spezialisierten psychiatrischen Angebotes für junge Menschen. Hier besteht noch Handlungsbedarf.

Innerhalb des Regel- und Berufsschulsystems werden junge Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen meist von Schulsozialarbeitern oder Beratungslehrern begleitet. Teils mangelt es an spezialisierten und geschützten Formen zur Erlangung eines Schulabschlusses oder zur Berufsausbildung, beziehungsweise – die Zugänge für die bestehenden Angebote erscheinen für einige junge Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen zu hochschwierig. Die Zuständigkeiten beim Personal sind zudem wechselhaft, so dass es auch für die Therapeuten schwierig ist, eine kontinuierliche Begleitung zu gewährleisten. Nach unserer Erfahrung gilt dies auch für die Reha-Abteilungen der Jobcenter. Es scheint allgemein bei der Betreuung von psychisch beein-

trächtigsten jungen Menschen ein gemeinsam agierendes Netzwerk bestehend aus Vertretern der Schulen, der Jugendhilfe, der Beratungsstellen und der Therapeuten/Ärzten zu fehlen, das den Übergang von der Schule in den Beruf individuell begleitet. Dies wäre eine Vision für die Zukunft.

Kooperation bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene

von Astrid Caspary, (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle*)

Der wesentliche und bestimmende Faktor für die Kontaktaufnahme zum Sozialpsychiatrischen Dienst für Erwachsene seitens eines betroffenen jungen Menschen oder seiner Angehörigen ist sein Lebensalter. Dass das Erreichen des 18. Lebensjahres kein inhaltlicher Entscheidungsgrund im Hinblick auf Störungen, Erkrankungen, Therapie oder Begleitung sein kann, dürfte jedem nachvollziehbar sein. Dennoch bildet diese Alterstrennlinie für viele das entscheidende Kriterium bezüglich der Versorgung als Adolozent in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder aber als Erwachsener in der Erwachsenenpsychiatrie. Erschwerend stellt diese „künstliche“ Trennlinie auch ein wesentliches Entscheidungsmoment für die zuständigen Kostenträger dar.

Die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene erleben seit einigen Jahren zunehmend die Kontaktaufnahme durch junge Menschen, die durch das Erreichen des 18. Lebensjahres formal zu Erwachsenen wurden. Oft werden sie von anderen vorgestellt – Eltern, Ausbildern, Freunden – weil sie die Erwartungen im Hinblick auf Erfolg in Ausbildung und Beruf oder auch Gesundheit nicht erfüllen. Sie „versinken“ beispielsweise in ihren ehemaligen Kinderzimmern in digitalen Parallelwelten. Diese Patientinnen und Patienten stellen die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene vor neue Herausforderungen und zwar im Hinblick auf Diagnostik bzw. Situationseinschätzung, aber auch im Hinblick auf Therapie und Begleitung. Dabei zeichnet sich ab, dass neue Wege beschritten werden müssen, insbesondere auch, um eine altersangemessene Versorgung bereitzustellen. Diese ist besonders auch deshalb wichtig, da die bestehenden Angebote zusammen mit „den Alten“ auch abschreckend auf junge Erwachsene wirken können. Junge Menschen sollten sich nicht unverstanden oder unangemessen betreut fühlen, damit Vertrauen, Kooperation und Therapiebereitschaft letztlich nicht schwinden.

Die Therapieangebote für Adolozente und junge Erwachsene im Raum Hannover sind unzureichend. Dieses wird auch für die in der Erwachsenenpsychiatrie Tätigen immer wieder deutlich. Es fehlen ein vollstationäres Behandlungsangebot mit einer reinen Adolozenten- / Jung-Erwachsenen-Station, wie auch ein tagesklinisches Angebot. Therapeutisch wäre bei einem derartigen Angebot sicher von Vorteil, wenn verschiedenste Therapieansätze zur Verfügung ständen: Tiefenpsychologisch fundierte Gesprächstherapie, kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. Kenntnisse über Hilfen maßgeschneidert für diese Altersgruppe und Zugangswege sind leider noch nicht in ausreichendem Maße breit verfügbar. Deshalb ist auch aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie eine gute Vernetzung wünschenswert, um Informationen austauschen und gegenseitig beratend tätig werden zu können. Intervisionstreffen oder die Schulung von

Multiplikatoren dürften einer Verbesserung der Kenntnissituation dienen, um letztlich die betroffenen jungen Menschen angemessen begleiten zu können.

Best-Practise-Beispiele bzw. Lösungsansätze, von Dr. Astrid Caspary und Stefan Pohl gemeinsam

Vielorts gibt es zahlreiche Bestrebungen die Versorgung an der beschriebenen Schnittstelle zu verbessern. Uns sind folgende Beispiele besonders aufgefallen:

- Wir nehmen eine vermehrte Aktivität in Bereich Prävention, Vorbereitung und Begleitung durch Schulsozialarbeiter an den Regelschulen und den Berufsschulen wahr. Hier ist im Laufe der letzten Jahre mehr Personal an der richtigen Stelle eingestellt worden. Ein personenzentrierter Ansatz ermöglicht unter anderem die Unterstützung von jungen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.
- Das Klinikum Wahrenndorff hat auf einer seiner Stationen ein ergänzendes Angebot für Adoleszente und junge Erwachsene geschaffen
- Innerhalb der Jobcenter und durch die Pro-Aktiv-Center beobachten wir zahlreiche Initiativen zur Verbesserung einer individuellen und bedarfsangepassten Betreuung junger Menschen unter 25 Jahren. Besonders erwähnenswert erscheint die in diesem Jahr eröffnete erste Jugendberufsagentur in Garbsen. Hier wird eine individuelle Unterstützung für junge Menschen beim Einstieg in Ausbildung und Beruf angeboten Ein weiterer Standort in Hannover ist in Planung.
- An den Universitäten und Hochschulen wird zunehmend auf gute Studienberatung in psychischen Krisensituationen Wert gelegt.
- Ein ambulantes Angebot der LH Hannover für besonders integrationsbedürftige Menschen bis 27 Jahren aus dem Bereich der Jugendhilfe begleitet junge belastete Erwachsene in allen wichtigen Lebensfragen.
- In diesem Jahr hat sich der sozialpsychiatrische Dienst verstärkt um eine verbesserte Kooperation zwischen Erwachsenenendienst und dem Dienst für Kinder und Jugendliche in Bezug auf die Betreuung junger Erwachsener bemüht. In Einzelfällen sind junge Volljährige im Jugendbereich inhaltlich besser aufgehoben. Es gab einen fachlichen Austausch im Beratungsstellengespräch und es wurde ein Fachtag zu dem Thema vorbereitet, der im Dezember stattfinden soll.

Anschrift der Verfasserin und der Verfasser:

Dr. Astrid.Caspary · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Plauener Straße 12A
30179 Hannover · E-Mail: Dr.Astrid.Caspary@region-hannover.de

Stefan Pohl und Matthias Eller · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Stefan.Pohl@region-hannover.de

Kooperation bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus der Sicht des Ambulant Betreuten Wohnens von „beta89“

von Birgitt Theye-Hoffmann, Imke Braams, Torsten Schacht (*beta89*)

„beta89“ ist seit 1989 u.a. in der Eingliederungshilfe gemäß §§53,54 SGB XII tätig (Ambulant Betreutes Wohnen).

Seit mehreren Jahren werden bei „beta89“ vermehrt junge Erwachsene ab 18 Jahre gemäß §35a SGB VIII über den Kommunalen Sozialdienst als Kostenträger betreut. Diese befanden sich bereits vor der Volljährigkeit im Hilfesystem des SGB VIII. Die Zahl der Anfragen aus den abgebenden Institutionen des Jugendbereichs steigen, auch die Anfragen aus dem Kreis insbesondere der 18 bis 21jährigen, welche sich bislang in keinem Hilfesystem befunden haben.

Diese sehen sich mit ihrem Hilfe- und Unterstützungsbedarf mit den Strukturen eines Hilfesystems konfrontiert, dass sie mit den entsprechenden Zuordnungen und Zugangsvoraussetzungen häufig überfordert. Das Antragsverfahren und die Klärung des zuständigen Kostenträgers stellt für viele aus diesem Personenkreis eine unüberbrückbare Barriere dar.

Die Konsequenz kann sein, dass sie erst dann wieder im Hilfesystem erscheinen, wenn sich ihre seelische Behinderung manifestiert und zu einer chronischen Erkrankung entwickelt hat. Unsere Erfahrung zeigt, dass ein früher Beginn der Betreuung junger Erwachsener den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst. Dabei ist es wichtig, ihnen mit einem auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittenen Angebot zu begegnen.

Werden wir durch den Kommunalen Sozialdienst kontaktiert, kann die Betreuung gem. § 35a SGB VIII gestartet und später ein reibungsloser Übergang in die Eingliederungshilfe gem. §§ 53,54 SGB XII begleitet werden.

Ein Problem gibt es in der Hilfe für junge Erwachsene, die vor ihrer Volljährigkeit noch keine Unterstützung erfahren haben, bei der Zuständigkeitsklärung. Wenn sich diese an uns wenden, beraten wir im Prozess der Antragsstellung, bis hin zur Zuständigkeitsklärung sowie der abschließenden Bewilligung. So wird verhindert, dass sie aus dem Raster fallen. Für diese Beratung gibt es bisher keinen finanziellen Rahmen.

Um dieses aus dem Raster fallen zu vermeiden und die für die Betroffenen erforderlichen Hilfen schnell und unkompliziert zu initiieren, ist eine weitere Verstärkung der Kooperation und der direkten Vernetzung der verschiedenen Akteure anzustreben:

- zwischen den Kostenträgern zur schnelleren Klärung der Zuständigkeit
- zwischen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche und den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene
- zwischen den abgebenden Jugendeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene mit Einbindung der Kostenträger

- darüber hinaus die Implementierung einer unabhängigen Anlaufstelle für Hilfesuchende zur Klärung und Unterstützung bei der Antragstellung.
- mit dem Ziel, Schwellen abzusenken und Schnittstellen positiv zu gestalten.

Anschrift der Verfasserin:

Birgitt Theye-Hoffmann · Imke Braams · Torsten Schacht · beta89 · Betreutes Wohnen
 Rotermundstraße 27 · 30165 Hannover · E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de

Schnittstellenproblematik bei Mehrfachbehinderungen

von Annette Sinn (*Sozialmedizin und Behindertenberatung*)

Therese Schäfer (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Susanne Batram und Tina Bugdoll (*Sprecherinnen der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“*)

Stellungnahme des Teams Behindertenberatung und Sozialmedizin der Region Hannover (50.09)

Das Team 50.09 – Sozialmedizin und Behindertenberatung – der Region Hannover besteht aus Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und medizinischen Fachangestellten und begutachtet im Jahr mehr als 1000 körperlich und/oder geistig behinderte Menschen (Erwachsene und Kinder) überwiegend im Auftrag des Sozialhilfeträgers. In der Regel erfolgt die Beratung und Begutachtung auf Antrag der Klientinnen und Klienten. Es gibt aber auch die Möglichkeit der Zuweisung über niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und das sozialpädiatrische Zentrum. Manche Menschen suchen die Dienststelle selbst auf um eine Beratung zu erhalten.

Um Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten zu können, müssen die AntragstellerInnen zum Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen nach dem SGB XII gehören. Die Ärztinnen/Ärzte untersuchen sie hierzu in den Dienststellen des Teams, im Hausbesuch oder in Einrichtungen, stellen die Diagnose und die wesentliche Behinderung fest, ggf. auch mittels Intelligenztestungen. In der Berufsgruppe der Sozialarbeit werden die daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigungen sowie der notwendige und passgenaue Hilfebedarf ermittelt und in der Stellungnahme zum Hilfebedarf und im Hilfeplan dokumentiert. Hierbei ergeben sich vielfältige Schnittstellen mit anderen Institutionen, z. B. mit den die Klientinnen/Klienten betreuenden Einrichtungen (Kinderkrippen, Kindergärten, Schulen, Hort, WfbM, Tafö, etc.).

Eine gute Zusammenarbeit aller Partner im System der Förderung und Eingliederungshilfeangebote in jedem Lebensalter, beispielsweise Frühförderung, Kindergärten, Förder- und Regelschulen, der Agentur für Arbeit, Werkstätten, Tagesförderstätten, Wohneinrichtungen, ambulant betreutes Wohnen ist notwendig um dem Menschen mit Behinderung eine bedarfsorientierte, fachlich kompetente und schnelle Hilfe anbieten zu können.

Das Team 50.09 hat sich an bestimmten Schnittstellen gut vernetzt, um bei entscheidenden Veränderungen im Laufe des Lebens (z.B. Übergang von der Schule in den Beruf), bei Unklarheiten und Schwierigkeiten schnell handeln zu können, und den Klientinnen und Klienten, den Einrichtungen und dem Leistungsträger beratend zur Seite zu stehen. So sind wir beratend an den Fachausschüssen der Werkstätten beteiligt, am Ende der Schullaufbahn nehmen wir zusammen mit der Agentur für Arbeit an den Reha-Gesprächen in den Schulen teil.

Immer wieder besteht ein Gesprächsbedarf bei Doppeldiagnosen geistige Behinderung/psychiatrische Erkrankung mit dem Team 50.10 um auch hier für die Antragstellerinnen und Antragsteller die optimale Form der Förderung zu finden. Dies stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar, da das Erkennen einer psychischen Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht einfach ist und die Abgrenzung zu „Verhaltensauffälligkeiten“ schwierig sein kann. Um den Bedürfnissen dieser Menschen in Zukunft besser gerecht zu werden, bedarf es weiterer Absprachen und der Entwicklung eines geeigneten Hilfesystems einschließlich der Schaffung geeigneter Einrichtungen.

Vierteljährliche Beratungsgespräche werden gemeinsam vom Team Behindertenberatung und Sozialmedizin mit dem sozialpsychiatrischen Dienst für Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnose durchgeführt. Beide Teams sind sich einig, die Frequenz dieser Beratungsgespräche nach Möglichkeit und Bedarf zu erhöhen.

Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover (50.10)

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover (50.10) versorgt mit 11 regional in der Fläche angesiedelten Beratungsstellen für Erwachsene und einer Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche für die gesamte Region alle psychisch erkrankten Menschen, Menschen in einer seelischen Notlage oder Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung (hier in Zusammenarbeit mit den speziellen Angeboten für Suchtkranke) sowie deren Angehörige in der Region Hannover mit diversen Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

Die ambulanten Hilfen erfolgen auf der Grundlage des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) und zielen darauf ab, eine möglichst selbstständige Lebensführung im gewohnten Lebensbereich zu erhalten oder wieder zu ermöglichen.

Die Hilfsangebote umfassen:

- Informations- und Beratungsgespräche
- Krisenintervention, falls notwendig, sofortige Entscheidung über Einleitung von Hilfsmaßnahmen (z. B. stationäre Behandlung)
- Psychosoziale Nachsorge nach Klinikaufenthalt
- Überweisung oder Weitervermittlung an andere soziale/medizinische Institutionen
- Gruppen für Betroffene und Angehörige
- bei Bedarf Hausbesuche
- Hilfeplanung

Ein spezielles Angebot im Rahmen der Hilfeplanung ist die Durchführung von Hilfekonferenzen im Rahmen von Eingliederungsmaßnahmen nach SGBXII. Je nach dem individuellen Hilfebedarf des Klienten kann diese Hilfeplanung sowohl in den regionalen Beratungsstellen als auch in der zentralen Fachsteuerung Eingliederungshilfe – eigene Abteilung in der Zentrale des Sozialpsychiatrischen Dienstes – durchgeführt werden. Die Fachsteuerung ist außerdem für die Qualitätsentwicklung und -sicherung des Verfahrens sowie als Service- und Auskunftsstelle für alle Beteiligten des Verfahrens (psychiatrische Kliniken, Leistungsanbieter, niedergelassene Fachärzte, gesetzliche Betreuer, Angehörige, Betroffene, fachliche Beratung der eigenen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes usw.) zuständig.

Sowohl in den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen als auch in der Fachsteuerung arbeiten multiprofessionelle Teams von ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen/krankenschwesterlichen Fachkräften sowie Verwaltungsangestellten.

In der zentralen Stelle findet derzeit auch die gemeinsame Steuerung aller Anträge auf Eingliederungshilfemaßnahmen für psychisch erkrankte Menschen mit den jeweiligen Leistungsträgern (LHH+Region für den örtlichen und überörtlichen Träger) statt. Hier wird gemeinsam nach fachlich inhaltlichen Kriterien entschieden, wo die individuelle Hilfebedarfsermittlung und -planung für den Klienten (dezentral in der für den Wohnort zuständigen Beratungsstelle oder zentral in der Fachsteuerung) sinnvollerweise stattfinden soll. Bei dieser Entscheidung werden sowohl individuelle Lebensentwürfe des Klienten als auch objektive fachliche Notwendigkeiten und bestehende Möglichkeiten der Hilfebedarfserbringung berücksichtigt.

In der zentralen Fachsteuerung fallen entweder bei der gemeinsamen Besprechung der Anträge mit dem jeweiligen Leistungsträger Einzelfälle von Menschen mit Mehrfachbehinderung auf oder solche Fälle werden aus den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder durch das Fachteam Behindertenberatung und Sozialmedizin (50.09) der Region Hannover dorthin gemeldet. Das Fachteam 50.09 erhält solche Hinweise auch aus den Fachausschusssitzungen der Verfahren für die Platzvergabe in den WfbMs, an denen der Sozialpsychiatrische Dienst bisher leider nicht beteiligt ist. In diesen Fachausschusssitzungen werden auch Klienten aus anderen SGB-Systemen (z.B. Jobcenter, Rentenversicherung) eingespeist, die oft ohne genaue Diagnostik als „geistig behindert“ etikettiert sind und meist schon 2 Jahre den Berufsbildungsbereich einer WfbM durchlaufen und sich auf einen beruflichen Werdegang in einer WfbM eingestellt haben. Diese Klienten müssen dann häufig aufwendig auf eine Mehrfachbehinderung hin untersucht und eventuell wieder „aussortiert“ werden, wenn keine wesentliche Behinderung festgestellt werden kann.

In den Jahren 2014 und 2015 handelte es sich um jeweils circa 50 - 60 Fälle.

Für diese Fälle gibt es derzeit quartalsweise eine gemeinsame Besprechung der Fachteams (leider noch ohne den jeweiligen Leistungsträger) oder bei hoher Dringlichkeit des Einzelfalls auch zwischenzeitliche Abstimmungsgespräche der Fachteams.

Stellungnahme der Fachgruppe für Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Störungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Menschen mit einer geistigen und psychischen Behinderung werden im bestehenden Hilfesystem EINER Leitbehinderung zugeordnet. Die Zuordnung in ein Arbeitsangebot und in eine Wohneinrichtung erfolgt nach der festgestellten Leitbehinderung, auch die Berechnungsgrundlage für die finanzielle Ausstattung/Budget richtet sich nach der festgestellten Leitbehinderung (HMB-T/-W vs. Schlichthorst). Dieses Vorgehen widerspricht dem Ziel, individuelle und passgenaue Hilfen bereit zu stellen und ignoriert die bei o.g. Klientel vorhandenen, jedoch meist nicht diagnostizierten zusätzlichen Erkrankungen.

Die Fokussierung auf lediglich eine Hauptdiagnose verhindert häufig, dass diese Klientel umfassend die passenden Hilfen erhält. Eventuell fallen diese Menschen sogar ganz durch die Maschen des Versorgungsnetzes.

Obwohl psychische Störungen durchschnittlich 3-5 mal häufiger bei Menschen mit einer Intelligenzminderung anzutreffen sind, können möglicherweise Menschen mit einer Lernbehinderung und drohender psychischer Beeinträchtigung z.B. aufgrund der fehlenden präzisen psychiatrischen Diagnosen nicht in einer WfbM aufgenommen werden, obwohl ein entsprechender Hilfebedarf besteht und die Fähigkeiten für den allgemeinen Arbeitsmarkt (noch) nicht vorhanden sind.

Oft verbleiben Menschen mit einer Intelligenzminderung unverändert in ihrer Depression, Psychose, Zwangserkrankung etc. Sie werden zwar mit einer Wohneinrichtung und einem Arbeitsplatz versorgt, ohne jedoch ein ergänzendes psychotherapeutisches Angebot zu erhalten.

Aber auch, wenn die psychische Problematik bei Menschen mit einer Intelligenzminderung bekannt und diagnostiziert ist, fehlt es an geeigneten Behandlungsstellen. Es gibt weder ambulante noch stationäre Spezialangebote. Eine Integration in das Regelsystem ist aufgrund mangelnder Erfahrungen und Fachkenntnisse bzgl. dieses Klientels problematisch, da sowohl die Medikation wie auch der therapeutische Zugang abweichend von der Norm sind.

Falls ein Klient ein stark auffälliges Verhalten zeigt und somit schwer vermittelbar ist, gibt es in der Region Hannover keine Angebote für diesen Personenkreis. Insbesondere bei jungen Menschen mit Mehrfach-Behinderungen führt dieses zu großen Versorgungsnoten und zwingt die zuständigen Stellen auf Versorgungsangebote außerhalb der Region zurückzugreifen.

Bei einer körperlichen Behinderung ist es schwer vorstellbar, dass Klienten ohne entsprechende Physiotherapie/ Rollstuhl/ Hilfsmittel/ Therapeuten belassen werden und so aus einem unbehandelten Stand abzuleiten, wo dieser Mensch leben und wohnen soll. Dieses passiert mit Menschen mit einer Intelligenzminderung besonders häufig – sie werden unbehandelt mit zum Teil großen Verhaltensauffälligkeiten und vielfältigem Leidensdruck in ein Umfeld entlassen, das diese Symptomatik nur schwer oder gar nicht – aufgrund der Konzeption der Einrichtung – mit tragen kann. Einzig die medikamentöse Versorgung mit Psychopharmaka funktioniert relativ „gut“: Menschen mit einer Intelligenzminderung nehmen am häufigsten und am längsten, vorrangig dämpfende, Psychopharmaka ein, ohne eine ergänzende therapeutische Versorgung zu erhalten.

Gemeinsame Visionen und Lösungsansätze der Teams 50.09, 50.10 und der Fachgruppe für die zukünftige Gestaltung der Schnittstellen bei mehrfach behinderten Menschen in der Hilfeplanung

- Die Beratungen zur Hilfeplanung sollten gemeinsam mit den Klienten in Hilfekonferenzen in multiprofessionellen Teams (Medizin, Sozialpädagogik) und den jeweiligen Leistungsträgern des SGB XII, aber auch der anderen aus SGB II, V + VIII stattfinden. Hierfür ist zur Durchführung eine neutrale fachliche Institution (ohne eigene wirtschaftliche Interessen z.B. an der Platzbelegung) der Kommune erforderlich.
- Der Blick auf den Klienten muss sich von der alleinigen Beschreibung der Defizite zu einer ausgewogenen Ressourcen- und Defizit-Betrachtung des gesamten Menschen unter Berücksichtigung seiner eigenen Wünsche und Lebensentwürfe wandeln.
- Die Hilfebedarfsfeststellung soll multiprofessionell (Medizin und Sozialpädagogik) an den Teilhabestörungen unter Berücksichtigung des ICF festgemacht werden und nicht mehr nur an einer (Leit-)Diagnose nach ICD.
- Psychiatrische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung müssen besser erkannt, diagnostiziert und berücksichtigt werden, z.B. durch ein Screening mit dem Test SCL-90.
- Für Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten, die eng mit ihrer geistigen Behinderung verknüpft sind, wie z. B. Impulskontrollstörungen und grenzüberschreitendes Verhalten, sollten ihrer Behinderung angepasste Angebote mit einer multiprofessionellen Begleitung geschaffen werden. Gleiches gilt für Menschen mit Autismusspektrumstörungen mit entsprechenden Verhaltens- und Kommunikationsstörungen. Bedarfe dieser Art gibt es sowohl für den teilstationären, den stationären und den ambulanten Bereich.
- Die finanzielle Ausstattung für Angebote muss sich an dem individuellen Unterstützungsbedarf orientieren und hierbei ergänzende Erkrankungen berücksichtigen. Eine Zuordnung in Bedarfsgruppen anhand nur **einer Behinderungsart** bildet bei dem mehrfach behinderten Klientel den realen Hilfebedarf häufig nicht ab.
- Die derzeit kaum vorhandenen Übergangsmöglichkeiten aus einem Hilfesystem in ein anderes (z.B. SGBXII in SGB II) müssen deutlich einfacher und fließender gestaltet werden.
- Auch für Menschen mit Teilleistungsstörungen, die allein noch keine wesentliche Behinderung nach dem jetzigen Gesetzestext darstellen, muss es auch Teilhabeangebote am Arbeitsleben geben, wenn diese an Maßnahmen wie etwa DIA- AM etc. scheitern.
- Die Unterstützungsangebote zur Integration z.B. aus einer WfbM in den ersten Arbeitsmarkt müssen ausgebaut und verbessert werden. Voraussetzung hierfür ist die Öffnung des ersten Arbeitsmarktes mit speziellen Arbeitsplatzangeboten und eine qualifizierte fachliche Begleitung dieser Menschen.
- Es bedarf für diese Klienten spezialisierter, auch mit psychiatrischer Fachkompetenz versehener, ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungszentren in der Region Hannover.

- Durch die derzeit strikte Trennung der einzelnen SGB-Systeme sowohl durch die gesetzlichen Vorgaben als auch durch die entsprechende personelle Aufteilung der prüfenden und Hilfen gewährenden jeweiligen Leistungsträger ist die Zuständigkeit oft nicht auf den ersten Blick ersichtlich und muss auch teilweise intern zwischen den Teams der Region erst durch fachliche Abstimmung und schriftliche Stellungnahmen geklärt werden.

Diese Praxis macht es fast unmöglich, den behinderten Menschen in seiner Gesamtheit mit seinem differenzierten Hilfebedarf zu sehen und die notwendigen Hilfen aus den verschiedenen Systemen passgenau und damit auch wirtschaftlich zu kombinieren.

- Langfristig wird angeregt, bei den politischen Entscheidungsträgern auf eine deutlich bessere Durchlässigkeit der derzeit zersplitterten verschiedenen SGB-Systeme hin zu arbeiten, um rechtskreisübergreifende Verfahren verbindlich für die Hilfeplanung zu installieren und vorzuschreiben.
- Erste Ansätze sind mit Einführung des „trägerübergreifenden Budgets“ (welches momentan jedoch aufgrund vieler bürokratischer Hürden nur schwer zu installieren ist) bereits in der Politik zu erkennen. Diese Bemühungen müssen im Sinne der Inklusion behinderter Menschen durch passgenaue Hilfen dringend gestärkt und erweitert werden.

Anschriften der Verfasserinnen:

Annette Sinn · Sozialmedizin und Behindertenberatung · Podbielskistr. 164 · 30177 Hannover

E-Mail: Annette.Sinn@region-hannover.de

Therese Schäfer · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Str. 4 · 30519 Hannover

E-Mail: Therese.Schaefer@region-hannover.de

Susanne Batram · KRH Psychiatrie Wunstorf · Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Südstraße 25 · 31515 Wunstorf · E-Mail: Susanne.batram@krh.eu

Tina Bugdoll · Hannoversche Werkstätten · Lathusenstraße 20 · 30625 Hannover

E-Mail: Tina.bugdoll@hw-hannover.de

Herausforderung Multimorbidität bei psychischen Erkrankungen im Alter

von Oliver Rosenthal (*Klinikum Wahrendoff*)

Egbert Schaefer (*ehemals Klinikum Region Hannover, Klinikum Springe*)

Die Lebenserwartung hat sich im letzten Jahrhundert in Deutschland – wie in vielen Industrienationen weltweit – deutlich verlängert und wird auch in Zukunft weiter steigen. Liegt die Lebenserwartung in Deutschland für im Zeitraum 2006/2008 geborene Männer bei 77,2 Jahren und für Frauen bei 82,4 Jahren, so ergibt sich Prognosen zufolge für das Jahr 2060 für Männer eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von 85,0 Jahren und für Frauen von 89,2 Jahren ¹.

¹ Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Eigenverlag, Wiesbaden, 2009

Ein höheres Lebensalter erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen und chronischen Krankheiten und ist durch zunehmende Multimorbidität gekennzeichnet. Mit zunehmendem Alter treten unter anderem gehäuft neurologische, kardiovaskuläre und Krebserkrankungen sowie auch organisch bedingte psychische Störungen wie Demenzerkrankungen auf. Weitere Belastungsfaktoren im höheren Lebensalter sind neben körperlichen Erkrankungen und Multimorbidität auch Einschränkungen bei der selbstbestimmten Lebensführung, der sozialen Teilhabe, der Lebensqualität sowie Behinderungen im Alltag. Hinzu kommen kognitive Einschränkungen, Verluste nahestehender Menschen und Einsamkeit.

Die Alterung der Gesellschaft gilt deshalb bereits heute als die „größte Herausforderung für das Gesundheitssystem“. Dabei ist es nicht nur die Häufigkeit oder der Schweregrad körperlich begründbarer Erkrankungen und Beschwerden, die zur gehäuften Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen. Vielmehr zeichnet sich die Situation älterer Patienten in besonderem Maße dadurch aus, dass körperlich begründbare Beschwerden mit psychischen Belastungen und Beschwerden stärker konfundiert sind als in jüngeren Lebensjahren. Insbesondere depressive Beschwerden und Angststörungen manifestieren sich im höheren Lebensalter verstärkt durch körperliche Beschwerden, treten als Begleitsymptom körperlicher Erkrankungen oder Schmerzen auf und bestehen im Sinne einer körperlichen und psychischen Komorbidität unabhängig voneinander.

Trotz umfassenden Gesundheitsleistungen und hoher Kosten wird das deutsche Gesundheitssystem nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen² den Anforderungen an eine moderne Betreuung bei chronischem Leiden, Multimorbidität oder Pflegebedürftigkeit nur unzureichend gerecht.

Kritisiert werden nach wie vor die mangelnde Kontinuität und Vernetzung der Versorgung sowie die mangelhafte ambulante Versorgungsinfrastruktur. Hinzu kommen sogenannte Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungsbereichen. Weiterhin stehen Kooperations- und Koordinationsdefizite aufseiten der Leistungserbringer sowie die Unüberschaubarkeit der Leistungsangebote den komplexen Bedürfnissen alter kranker Patienten entgegen und verursachen Versorgungsbrüche.

Der Versorgung chronisch, meist mehrfach kranker und pflegebedürftiger alter Menschen liegt derzeit noch immer das dominierende traditionelle Modell eines „sequenziellen Krankheitsverlaufs“ zugrunde, demzufolge Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen, die – entsprechend den Phasen eines idealtypisch gedachten Krankheitsverlaufes – zeitlich getrennt nacheinander ergriffen werden.

Dieses Modell wird der im Alter auftretenden komplexen Krankheitssituation nicht gerecht, weil die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Verlaufsstadien die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erfordern. Ein vernetztes Versorgungsmodell käme dem Ziel der Gesundheitsversorgung im Alter näher. Gesundheit im

² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Nomos, Baden-Baden, 2009

Alter kann nicht Abwesenheit von jeglicher Krankheit und Funktionsstörung sein. Sie zeigt sich vielmehr in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Lebensqualität. Dabei geht es um die Qualität des Lebens, die dem jeweiligen Lebensabschnitt des alten Menschen angemessen ist.

Von ganz besonderer Bedeutung ist die Anpassung der Organisationsabläufe in der medizinischen Versorgung an den Bedarf multimorbider älterer Menschen. Dies erfordert eine Umorientierung von einer vorwiegend akutmedizinischen Versorgung auf den Bedarf von Menschen, die zugleich chronisch krank und alt sind. Wichtige Aspekte der Versorgungsqualität sind hier Koordination, Kontinuität und Angemessenheit der Versorgung, gleichberechtigte Zugangsmöglichkeiten und das Einbeziehen der Patientenperspektive. Für die Versorgungsforschung rücken hier insbesondere die Schnittstellen der Versorgung, zum Beispiel die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung und zwischen akutmedizinischer und rehabilitativer Medizin in den Mittelpunkt des Interesses. Um während der langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufe den Zustand der Betroffenen stabil zu halten und die Versorgungsabläufe so zu steuern, dass eine passgenaue, abgestimmte Versorgung ohne Über-, Unter- oder Fehlversorgung ermöglicht werden kann, ist es unter anderem notwendig, Leistungen über die verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung hinweg aufeinander abzustimmen und zu gewährleisten, dass Patienteninformationen koordiniert und an alle Beteiligten weitergeleitet werden.

Da sowohl die psychiatrische Komorbidität somatisch erkrankter Menschen als auch die körperliche Komorbidität psychiatrischer Patienten insbesondere im hohen und höheren Lebensalter ansteigt und somit gerade geriatrische/gerontopsychiatrische Patienten betroffen sind, besteht in besonderem Maße die Notwendigkeit von Versorgungsstrategien, die im Folgenden beispielhaft für die Gestaltung der somatischen Krankenversorgung bei psychisch erkrankten älteren Menschen aufgezeigt wird.

Die Gestaltung der somatischen Krankenversorgung bei psychisch erkrankten älteren Menschen

Das gemeinsame Auftreten von körperlichen und psychischen Leiden ist bei stationär behandelten Patienten häufig, Inzidenz und Prävalenz dieser Multimorbidität steigen mit zunehmendem Alter an. Die Erkenntnisse zum körperlichen Gesundheitsstatus und zur Qualität der körpermedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen eine Herausforderung dar, sowohl für Psychiatrie und Psychotherapie als auch für die somatischen Fachgebiete. Für eine dem medizinischen Bedarf gerecht werdende Krankenversorgung der Betroffenen erscheinen die folgenden Aspekte relevant:

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenversorgung erfordert allgemeinmedizinische Grundkompetenzen der dort tätigen Ärzte, unabhängig davon, in welchem Umfang sie entsprechende Leistungen selbst erbringen oder ob andere Ärzte (z.B. Hausärzte) diese durchführen.

- Umgekehrt müssen somatisch tätige Ärzte über psychiatrisch-psychotherapeutische Grundkenntnisse verfügen, um sich auf die besonderen Aspekte, die bei der Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen zu beachten sind, einstellen zu können; sie sollten auch eine Vorstellung von den mit psychischen Erkrankungen assoziierten körperlichen Gefährdungen haben.
- Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie hat nicht zuletzt aufgrund der Tatsache der zunehmenden fachübergreifenden Behandlung von komorbiden, psychisch kranken Patienten im Allgemeinkrankenhaus in den letzten Jahren eine deutliche Entwicklung erlebt. Die dargestellte Patientenstruktur im Allgemeinkrankenhaus, insbesondere der hohe Anteil älterer Patienten und die hohe psychische Komorbidität, stellen die klassische Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie vor neue Herausforderungen. Speziell besteht die Notwendigkeit zur Etablierung eines eigenen gerontopsychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes. Besonderer Fokus sollte hier, neben den guten Kenntnissen auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie in der Gerontopsychiatrie, auch das Wissen über veränderte Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und Arzneimittelinteraktion im Alter, die im Alter häufig anzutreffende Polypharmazie, verhaltenstherapeutische Interaktionen im Alter und über die psychosoziale Beeinflussung psychischer Erkrankungen bei alten Menschen sein. Der gerontopsychiatrische Konsilpsychiater muss neben den Kenntnissen der Psychiatrie und der Psychotherapie jedoch auch aufgrund der Multimorbidität der Patienten ausreichende Kenntnisse zur Hinterfragung und Beurteilung somatischer Diagnosen und deren Einfluss auf die psychische Komorbidität haben. Schließlich ist auch die Aus- und Fortbildung der nichtpsychiatrischen Kollegen und des Pflegepersonals in Fragen der medikamentösen und nicht-medikamentösen Beeinflussung psychiatrischer Komorbidität im Alter Aufgabe des im gerontopsychiatrischen Konsil- und Liaisondienst Arbeitenden.
- Für Patienten, die aufgrund der Schwere der körperlichen und psychischen Beeinträchtigung weder auf einer somatischen noch einer psychiatrischen Einheit üblichen Zuschnitts behandelt werden können, stellen interdisziplinär besetzte Stationen eine Bereicherung des Angebots dar.

Anschriften der Verfasser:

Oliver Rosenthal · Klinikum Warendorff GmbH · Rudolf-Warendorff Str. 22 · 31319 Sehnde

E-Mail: rosenthal@warendorff.de

Dr. med. Egbert Schaefer · Internistischer Konsiliararzt · Klinikum Warendorff GmbH

Rudolf-Warendorff Str. 22 · 31319 Sehnde

„Die Brücke schlagen“ – zwischen Altenhilfe und Sozialpsychiatrie in der Gerontopsychiatrischen Versorgung

von Brigitte Harnau und Jeanett Radisch

(*Caritas Forum Demenz Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum*)

Unser Gesundheitssystem betrachtend, nehmen die Schnittstellen infolge der Zersplitterung des Systems in Sektorengrenzen und aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Leistungsbereichen (SGB V, IX, XI und XII) erheblich zu. Strukturelle Unterschiede, Kommunikationsformen, die nicht klar beschrieben sind, Konkurrenzen erschweren beispielsweise den Abbau von Schnittstellen und verhindern den Aufbau ineinander übergehender, d.h. sektoren- und leistungsübergreifender, Strukturen. So wechseln z.B. täglich – vor allem ältere Menschen – im Rahmen ihrer gesundheitlichen Versorgung zwischen den ambulanten und stationären Sektoren. Häufig funktioniert dies nicht reibungslos.

Versorgung von älteren und hochbetagten Menschen mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen im Alter sind keine Seltenheit. Neusten Untersuchungen nach ist jeder Fünfte über 65 betroffen. Dennoch wird der Teilbereich der Psychiatrie, der sich mit der Versorgung von älteren und hochbetagten Menschen mit psychischen Erkrankungen beschäftigt, stiefmütterlich behandelt. Erstaunlich ist dies in Anbetracht dessen, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland in den letzten Jahren stetig ansteigt und davon ausgegangen werden muss, dass die gerontopsychiatrische Versorgung und damit verbunden der Aufbau von Strukturen künftig vermehrt in den Fokus rücken wird.

Aktuell ist es noch immer so, dass bei älteren Menschen psychische Erkrankungen seltener erkannt und fachgerecht behandelt werden. Dies hat verschiedene Gründe. Das Einschalten des Hilfesystems durch den Betroffenen selbst, was nur selten geschieht, oder durch das nahe Umfeld (z.B. Angehörige) passiert unserer Erfahrung nach mit hoher Wahrscheinlichkeit erst, wenn sich der Ratsuchende in großer Not befindet oder der Betroffene stark auffällig wird. In dieser Situation wenden sich viele mit der Bitte um Hilfe und Unterstützung an eine Beratungsstelle.

Gerontopsychiatrische Fachkompetenz in Form von gerontopsychiatrischen Beratungsstellen, die qualitativ fachlich hochwertig arbeiten, gibt es zurzeit nur sehr eingeschränkt. Um dieses Manko zumindest teilweise zu kompensieren, bedarf es einer gesicherten Zusammenarbeit zwischen den Strukturen der Altenhilfe und der Sozialpsychiatrie. Vordergründig im Bereich Beratung betrifft dies die Dienststellen: Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) und Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi). Durch Kooperationen und Beschreibungen dieser Schnittstelle wird es möglich, Wissen aus den unterschiedlichen Fachbereichen zu bündeln und durch Austausch möglichst barrierefrei in das Versorgungssystem zu vermitteln, um Entlastung für Betroffene und Angehörige zu erwirken. Dies möchten wir am Beispiel der Zusammenarbeit des SPN „Burgdorfer Land“ und der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Burgdorf näher erörtern.

Der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen

Mit der Zusammenführung der Seniorenservicebüros und der Pflegestützpunkte wurden 2014 zwei zunächst unabhängig voneinander agierende Beratungsstrukturen vereint und ein neues kostenloses, vertrauliches sowie neutrales Beratungsangebot etabliert. Im Umland der Region Hannover sind aktuell 3 SPN zuständig³. Die Landeshauptstadt Hannover verfügt über 6 Beratungsstellen⁴.

Der SPN als eine zentrale Anlaufstelle, z.B. bei Fragen rund um das Thema Pflege oder Wohnen im Alter und Unterstützung älterer sowie pflegebedürftiger Menschen, berät umfassend und qualitativ hochwertig. Der SPN führt bei Bedarf Hausbesuche durch. Eine weitere zentrale Aufgabe der Mitarbeiter/-innen des SPN ist es, die Angebotsstrukturen vor Ort zu kennen, sich mit diesen zu vernetzen, so dass eine Koordinierung bzw. Weitervermittlung von Ratsuchenden (wie z.B. Angehörigen) in die entsprechenden regionalen Strukturen möglich ist. Im Besonderen sollte die Vernetzung mit den psychiatrischen Versorgungsstrukturen angestrebt werden. Aus Erfahrung des Caritas Forum Demenz als Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum sind die Pflegeberater des SPNs oftmals mit gerontopsychiatrischen Problemstellungen konfrontiert. In diesen Fällen ist es wichtig, sich mit entsprechenden regionalen psychiatrisch-versierten Ansprechpartnern austauschen zu können. Ein wichtiger Ansprechpartner ist hier der Sozialpsychiatrische Dienst.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)

Die gemeindenahen Beratungsstellen des SpDi arbeiten auf der Grundlage des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPpsychKG). Die Mitarbeiter/-innen bieten Hilfe und Unterstützung für psychisch Erkrankte und deren Angehörige in Form von Beratung und Betreuung und können ggf. in akuten Krisensituationen unterstützen (z.B. bei Entscheidungen über die Notwendigkeit einer Klinikeinweisung oder bei der Beantragung einer rechtlichen Betreuung). Sie vermitteln in das psychiatrische Hilfesystem, bieten Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Angehörige, wie auch Betroffene.

In der Region Hannover gibt es 11 Beratungsstellen sowie eine Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien.

Die Gemeinsamkeiten der Schnittstellenpartner

Die zu beschreibenden Schnittstellenpartner SPN und SpDi haben z.B. folgende Gemeinsamkeiten:

- Sie arbeiten kostenfrei, neutral und gemeindenah.
- Sie haben ähnliche Arbeitsschwerpunkte, wie z.B. Vernetzungsarbeit, Beratung und Betreuung sowie die Vermittlung in regionale Versorgungs-/Betreuungssysteme.

² <http://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Soziales/Senioren/Pflege-Betreuung/Pflegest%C3%BCtzpunkte>

³ <http://www.seniorenberatung-hannover.de/startseite/2015-08-Senioren-und-Pflegestuetzpunkt-Niedersachsen.pdf>

- Beide Dienststellen beraten und betreuen psychisch erkrankte oder verwirrte ältere und hochbetagte Menschen oder stehen bei Anfragen zur Verfügung.
- Sie sind beide (bei Bedarf) aufsuchend tätig.
- Beide arbeiten entsprechend eines vorgegebenen Einzugsgebietes.

Zudem verfolgen beide Schnittstellenpartner das Ziel, der erkrankten Person eine möglichst selbstständige Lebensführung im gewohnten Umfeld zu erhalten oder wieder zu ermöglichen. Infolge der Interdependenz der beiden Fachstellen ist eine Kooperation nicht nur ratsam, sondern auch zwingend erforderlich. Diese trägt dazu bei fachliche Kompetenzen und personelle Ressourcen zu bündeln und dem hilfebedürftigen Menschen möglichst auf kurzem Wege schnell und effektiv helfen zu können.

Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen SPN und SpDi am Beispiel Burgdorf

Um die Vernetzungs- und Kooperationsarbeit dieser beiden essentiellen Schnittstellen für den Sozialpsychiatrischen Plan 2016 in der Region Hannover zu beschreiben, sind wir, das Caritas Forum Demenz in den Nordosten der Region Hannover gereist, in die Stadt und selbstständige Gemeinde Burgdorf.

Burgdorf hat 30.071 Einwohner (vgl. Sozialbericht 2015). Der aktuelle Sozialbericht bezeichnet Burgdorf als sogenanntes Mittelzentrum. Hier leben im Vergleich zum Regionsdurchschnitt viele Menschen über 65 Jahre. Hinzukommend ist in Burgdorf mit einem Anstieg von 80,4% der Altersgruppe ab 85 Jahren bis ins Jahr 2030 zu rechnen.

In Burgdorf hat sich seit 2011 der Senioren- und Pflegestützpunkt „Burgdorfer Land“ (SPN) etabliert. Ebenso in Burgdorf verortet ist die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf (SpDi). Beide Dienststellen sind für die Städte Burgdorf, Lehrte und Sehnde sowie die Gemeinde Uetze zuständig. Anders als in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Emsland (Meppen), Emden, Rotenburg, Verden, Hildesheim, Holzminden, wo zumeist eine gute Kooperation auf dem „kleinen Dienstweg“ besteht, da sowohl der SPN als auch der SpDi in einem Gebäude (Gesundheitsamt) sitzen, sind die Örtlichkeiten des SPN und die des SpDi in Burgdorf räumlich ca. 1,5 km voneinander entfernt. Infolge der räumlichen Trennung ist es, um bestehende Ressourcen adäquat zu nutzen und Reibungsverluste zu verhindern, sinnvoll, verbindliche Absprachen zu treffen, wie Kooperationen oder die Arbeit an der gemeinsamen Schnittstelle (z.B. bei Überschneidungen in der Beratung gerontopsychiatrischer Klienten, Angehöriger) aussehen können. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Claudia Bergholz (Sozialarbeiterin, SpDi) und Silke Priebe (SPN Leitung, Region Hannover) sowie den Mitarbeiterinnen des SPN Burgdorf bedanken, die durch das Mitteilen ihrer Erfahrungen in der gemeinsamen Zusammenarbeit zur Erstellung dieses Artikels beigetragen haben.

Es gibt unterschiedliche Formen der Kooperation. Der Bedarf der Kooperation richtet sich, folgt man den Darlegungen der Kooperationsbeziehungen, zumeist fallbezogen nach dem Hilfebedarf des Erkrankten im Alltag – der gemeinsame Klient steht demnach im Mittelpunkt. Ausgangspunkt der Kooperation zwischen dem SPN und der SpDi ist damit der ältere Mensch und seine aktuellen Beschwerden bzw. die Problematik mit der der Ratsuchende (z.B. Angehörige) Kontakt zu ei-

ner der beiden Stellen gesucht hat. Stehen psychiatrische Aspekte, z.B. Abklärung psychotischer Symptomatik oder psychische Auffälligkeiten, im Vordergrund, ist der primäre Ansprechpartner die SpB. Stehen hingegen Fragen der Pflegebedürftigkeit oder im Bereich Wohnen im Fokus, ist dies eher ein Fall für den SPN. Bei unklaren Schilderungen oder Anfragen kann es vorkommen, dass die Mitarbeiter/-innen des SPNs und der SpDi gemeinsam aufsuchend tätig werden.

Unter dem Strich schwankt die Intensität der Kooperation – von kurzen telefonischen Kontakten bis hin zu gemeinsamen Hausbesuchen. Das Wissen den „Profi“ an seiner Seite zu haben, stabilisiert und gibt Sicherheit.

Die geschilderte Kooperation zwischen SPN und SpDi in Burgdorf ist zudem geprägt von einem unkomplizierten Zugang (z.B. per Telefon) und wertschätzender Begegnung. Durch ein vorheriges Berufspraktikum einer Mitarbeiterin des SPN in der SpDi kennt man sich nicht nur persönlich, sondern auch die Arbeitsstrukturen des Schnittstellenpartners. Letzteres ermöglicht eine unkomplizierte Kommunikationsstruktur, die zielorientiert und schnell zu Entscheidungen in Bezug auf die weiteren Versorgungsmöglichkeiten mündet.

Die Kooperation im Burgdorfer Land findet, den Schilderungen folgend, vorwiegend auf persönlicher Ebene statt und ist zumeist klientenzentriert. Das Wissen voneinander, gemeinsame Ziele und der Austausch auf Augenhöhe tragen zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit bei. Die gute Kooperation der beiden Stellen erfolgt noch eher „intuitiv“, d.h. eine Beschreibung der Kooperationsbeziehungen in schriftlicher Form liegt derzeit noch nicht vor. Diese erscheint allerdings den Beteiligten sinnvoll, insbesondere für neue Mitarbeiter/-innen oder auch zur Weiterentwicklung der regionalen Strukturen. So kann die Verschriftlichung der Zusammenarbeit zwischen SPN und SpDi, z.B. an die Polizei oder das Gericht weitergeleitet werden. Diese wiederum können dann systematisch, d.h. anhand der Beschreibung, auffällige Menschen zielgerichtet an die jeweils zuständige Fachstelle übermitteln.

Fazit

Gute Kooperationsstrukturen tragen zu einer Verbesserung der Versorgung, im Sinne einer Steigerung von Qualität und eines kosteneffektiveren und effizienteren Umgangs mit vorhandenen Ressourcen, bei. Darüber hinaus macht die ganzheitliche Sichtweise der Lebenssituation des Betroffenen, die im Rahmen der gerontopsychiatrischen Versorgung erforderlich ist, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und deren spezifischer Sichtweisen und Kompetenzen auf den Erkrankten unabdingbar. Schlussfolgernd ist die enge Zusammenarbeit zwischen den Altenhilfe- und den Sozialpsychiatrischen Strukturen essentiell.

Wichtig ist die Beschreibung gemeinsamer Kommunikationswege mit folgenden Fragestellungen: Wer ist wann mein Ansprechpartner?, Wer übernimmt für welchen beschriebenen Hilfebedarf die primäre Betreuung?, Wie kommunizieren die Kooperationspartner miteinander?, Wann sind beide Fachlichkeiten erforderlich?

Wie am Beispiel der Kooperation zwischen SPN und SpDi beschrieben ist es durch das Anknüpfen an vorhandene Strukturen und die Nutzung vorhandener Ressourcen möglich niedrig-

schwellig und zum Wohle des Betroffenen und seiner Angehörigen Leistungen zu bündeln und so eine Durchlässigkeit bzw. eine leistungsübergreifende Zusammenarbeit zweier – im eigentlichen Sinne unabhängig voneinander arbeitenden – Stellen zu ermöglichen. Dessen ungeachtet muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Kooperation zwischen SpDi und SPN in keinem Fall die Implementierung einer gerontopsychiatrischen Fachberatungsstelle ersetzt. Die beiden beschriebenen Stellen können i.d.R. den qualitativen Anspruch, den eine solche Stelle innehat, nicht gewährleisten. Die Fachberatung kann bereits im Erstkontakt eine fachliche Einschätzung, welche Sofortmaßnahmen einzuleiten sind, geben. Sie kann zudem hochkomplexe Beratungsinhalte vermitteln und sogleich bedarfsgerecht ins System steuern, Fehlplatzierungen können so verhindert werden.

Anschriften der Verfasserin:

Brigitte Harnau und Jeanett Radisch · Caritas Forum Demenz · Plathnerstr. 51 · Gartenhaus
30175 Hannover · E-Mail: b.harnau@caritas-hannover.de

Qualifizierte Hilfe für Menschen mit Doppeldiagnosen/Mehrfachdiagnosen an der Schnittstelle zwischen den Versorgungssystemen Psychiatrie und Suchthilfen

von Uwe Reichertz-Boers (*Sprecher der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit*),
Thomas Klingsporn (*STEP-Niedersachsen*)

Bewegt sich was?

Wie sieht es aus mit den Hilfsangeboten für Menschen mit Mehrfachdiagnosen an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Suchthilfe in der Region Hannover?

Unsere Beobachtungen / Status Quo

- Es gibt weiterhin eine Trennung zwischen Angeboten für Suchthilfe und Psychiatrie. Das führt zu Schwierigkeiten, insbesondere bei Menschen mit Mehrfachdiagnosen. Entweder wird die Diagnose Sucht nicht erkannt bzw. es kommt vor, dass psychische Probleme als fehlende Motivation zur Veränderung (in Richtung Abstinenz) fehlgedeutet werden. Nach unseren Beobachtungen werden in der psychiatrischen Versorgung Menschen mit Suchtproblemen oftmals nicht aufgenommen oder beim Auftreten suchtspezifischer Auffälligkeiten wieder entlassen. Dieses gilt vor allem für den stationären oder teilstationären Bereich der psychiatrischen Versorgung.

Im Bereich „Ambulant Betreutes Wohnen“ und der stationären Eingliederungshilfe (CMA-Einrichtungen) stellt sich die Situation seit vielen Jahren deutlich anders da. Hier gibt es ein breites Angebot an ambulanter und stationärer Unterstützung für Menschen mit Mehrfachdiagnosen. In der stationären Eingliederungshilfe hat der Suchthilfeträger STEP gGmbH 119 Plätze an

drei verschiedenen Standorten in Gestorf, Völkxen und Delligsen. In der ambulanten Eingliederungshilfe begleitet SuPA GmbH seit 1992 Menschen in ihren Wohnungen im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe, die STEP gGmbH seit 2005. Zurzeit werden allein von der SuPA GmbH 430 und von der STEP gGmbH 90 Klienten und Klientinnen in der Region Hannover versorgt. Weitere Anbieter haben für diesen Personenkreis Angebote mit in ihr Programm genommen. Hier ist der Markt förmlich explodiert und ist zuweilen sogar für Leistungsnehmer und Leistungsträger fast nicht mehr wirklich zu überschauen. Die Anbieterlandschaft erstreckt sich durch die Suchtkrankenhilfe und auch durch die psychiatrische Versorgung. Offensichtlich ist es hier gelungen, beide Fachrichtungen adäquat miteinander zu koppeln und entsprechende Konzepte zu entwickeln und vorzuhalten. Es ist jedoch festzustellen, dass sich die jeweiligen Angebote aus der eigenen Fachrichtung heraus entwickelt haben. So sind die einen sehr psychiatrisch geprägt, andere wiederum sehr nah an der Suchtkrankenhilfe orientiert.

- Es fehlt auf beiden Seiten an Kenntnissen der anderen Fachrichtung oder aus unserer (sicher auch eingeschränkten) Sicht fällt es den Anbietern schwer, sich aus ihren gewohnten therapeutischen Ideologien zu befreien und Konzepte zu entwickeln, die beide Bereiche miteinander verknüpfen. Hier wird seit Jahrzehnten doch die Frage diskutiert, welche Diagnose im Vordergrund steht. Bei der Unterstützung von Menschen mit Mehrfachdiagnosen braucht es unseres Erachtens eine gute Mischung aus beiden Disziplinen. Lineare Konzepte führen zu Bewertungen und nicht zu passgenauen Unterstützungsangeboten.
- Wer ist zuständig, steht das Suchtproblem oder die psychiatrische Diagnose im Vordergrund? Das ist nicht die Frage, die sich uns stellt. Vielmehr sollte der Mensch im Vordergrund stehen, der eine Hilfe in Anspruch nehmen will und der dafür die Zugangsvoraussetzungen erfüllt. Einrichtungsbezogene Interessen sollten mehr und mehr in den Hintergrund treten und die Hilfen sollten vom individuellen Bedarf und von den Zielen der Klienten bestimmt sein.

Sowohl in der Suchthilfe als auch in der Psychiatrie gibt es eine Vielzahl an Angeboten der Hilfen, die für die Klienten nicht klar zu erkennen sind. Die Versorgungslandschaft ist bunt geworden und auch nicht mehr leicht zu durchschauen. Hier bedarf es eindeutig einer größeren Transparenz. Eine Transparenz nicht nur darüber, was alles angeboten wird, sondern auch inhaltsbezogen: Welche Qualitätsstandards werden hier erfüllt und wie stellen sich die Inhalte der Arbeit und Angebote dar?

Im Oktober 2015 wurden die gemeinsam entwickelten Qualitätsstandards zwischen Anbietern ABW, Fachsteuerung und Leistungsträgern der Region Hannover vorgestellt, die künftig fester Bestandteil aller Leistungsvereinbarungen in diesem Bereich sein sollen. Das Besondere an diesen Standards ist, dass sie in mehreren Jahren durch einen intensiven Austausch in kooperativer und konstruktiver Zusammenarbeit entwickelt wurden und eine hohe fachliche Anerkennung bei den Anbietern haben. Da die SuPA GmbH an dieser Entwicklung beteiligt war, sind in diesem Bereich auch suchtspezifische Themen eingeflossen und integriert worden. Sie gelten aber nur für das ABW.

- Passen die Hilfen? Werden immer die Richtigen erreicht? Ist die Hilfe personenzentriert oder einrichtungsorientiert? An dieser Stelle möchten wir anmerken, dass die Hilfen weiterhin nicht immer passen und somit zahlreiche Menschen immer noch durch die Versorgungsnetze fallen. Sehr viele von ihnen landen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Hier sind nicht nur die Mitarbeiter überfordert, sondern Menschen mit Mehrfachdiagnosen werden teilweise nicht fachgerecht versorgt. Die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit weist seit 2 Jahrzehnten auf diesen Zustand hin. Im vergangenen Jahr ist hier allerdings ein kleiner Durchbruch gelungen. Die Region Hannover hat sich in einer Handlungsempfehlung für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in der Wohnungslosenhilfe ausgesprochen. Hier gibt es nun erweiterten Spielraum zur Entwicklung von passgenauen Konzepten für Menschen mit Mehrfachdiagnosen. Die bisher eingebrachten neuen Konzepte wurden aus der Wohnungslosenhilfe entwickelt. Aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgung gab es bisher keine neuen Ideen, wie es Menschen schaffen können, wieder aus der Wohnungslosigkeit herauszufinden bzw. wie Wohnungslosigkeit wirksam verhindert werden kann, wenn sie psychiatrisch oder suchterkrankt sind. Hier muss die Region Hannover offensichtlich neue Wege beschreiten.
- Ist die Steuerung der Hilfen (z. Bsp. in den HPK) angemessen? Die Steuerung ist unseres Erachtens nicht das Problem. Auch hier braucht es verschiedene Brillen der Betrachtung. Es macht keinen Sinn, die Versorgung nur aus der Sicht der psychiatrischen Brille zu betrachten, sondern es benötigt in der Steuerung auch erfahrene Personen aus der Suchtkrankenhilfe und aus der Wohnungslosenhilfe. Vor allem in manchen sozialpsychiatrischen Beratungsstellen fehlt es an Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe oder gar Wohnungslosenhilfe kommen.
- Es gibt bis auf die Tagesstätte vom Sozialpsychiatrischen Zentrum Seelberg GmbH mit 22 Plätzen keine Tagesstätten in der Region Hannover für Menschen mit chronischen Suchtverläufen. Es gibt kaum Einrichtungen, die sehr niedrigschwellig arbeiten und Konsumverhalten mit in ihr Konzept integriert haben. Meistens steht immer noch Abstinenz im Vordergrund des Geschehens. Wichtig wären aber auch Angebote, die nicht rein abstinenzorientiert sind. Angebote, die die Motivation fördern, das Überleben sichern und die Teilhabe am Leben und in der Gemeinschaft trotz chronischer Erkrankung mit Begleiterscheinungen ermöglichen.
- Die Anbieterlandschaft im Bereich Zuverdienst sieht insgesamt sehr schlecht aus. Hier zeigen sich die Anbieter in der psychiatrischen Versorgung und auch in der Suchtkrankenversorgung sehr bedeckt. Es gibt nur ein paar wenige Vorzeigemodelle, die seit Jahren vorgehalten werden, aber keine Erweiterungen erfahren. Angebote mit Zuverdienstmöglichkeiten werden finanziell durch Region, Stadt und Land nicht ausreichend unterstützt. Ebenfalls seit 2 Jahrzehnten in der Diskussion ist die Schaffung von sinnhaften Beschäftigungsmöglichkeiten. Das Ergebnis in der Region Hannover ist leider weiterhin mager. Bei den wenigen Möglichkeiten, die sich hier etabliert haben, ist das Thema Sucht ein KO-Kriterium. Hier besteht absoluter Handlungsbedarf.

Best Practice

Kooperationen und Verbünde zwischen Suchthilfe und Psychiatrie sind notwendig!

Was gibt es da bisher an Bewegung? CMA Einrichtungen der STEP gGmbH kooperieren seit Mitte 2015 intensiv mit der Institutionsambulanz Klinikum Region Hannover in Wunstorf, eine Psychiaterin führt regelhaft und aufbauend Einzelgespräche mit suchtkranken Bewohnern, die einen psychiatrischen Bedarf haben.

Vision: 2020

- Kooperationsmodelle in der Versorgung und übergreifende Kostenregelungen
- Entwicklung eines gemeinsamen Fortbildungsmarktes für die MitarbeiterInnen aus den Einrichtungen der Suchthilfe, Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe
- Feste Ansprechpartner aus den drei Bereichen im Sozialpsychiatrischen Dienst mit entsprechenden Berufserfahrungen und Zusatzausbildungen
- Angebote zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- Mehr Tagesstätten mit tagesstrukturierenden Angeboten für Menschen mit chronischen Suchtverläufen
- Erweiterung psychiatrischer Pflege bei Mehrfachdiagnosen
- Erweiterung der Fachsteuerung durch Fachkräfte aus dem Bereich Sucht und Wohnungslosenhilfe
- Entwicklung von Qualitätsstandards in der Versorgung von Menschen mit Mehrfachdiagnosen
- Ausreichende fachärztliche Versorgung mit aufsuchendem Charakter
- Integration eines psychiatrischen Facharztes in das Versorgungsmobil der Caritas

Anschriften der Verfasser:

Uwe Reichertz-Boers · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-Mail: mai@supa-gmbh.de
Thomas Klingsporn · STEP-Niedersachsen · Neustadtstr. 14 · 31832 Springe
E-Mail: klinsporn@step-niedersachsen.de

Überwindung von Schnittstellen bei Setting-Wechsel zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlung am Beispiel der Therapieform „Kombi-Nord“ in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

von Georg Wiegand (*Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover*)
Torsten Köster (*FAM- Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige STEP*)

Von Schnittstellenproblematiken zu Nahtstelleninstrumenten

Kombi-Nord wird abhängigkeitskranken Versicherten der drei norddeutschen Rentenversicherungsträger seit vielen Jahren als mögliche Form einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation angeboten.

Die Idee zur Kombi-Nord Therapie entstand bei der Analyse von Akten Versicherter mit zweiten oder dritten Reha-Anträgen, die eine stationäre Therapie zwar regulär beendet hatten, oft jedoch schon nach kurzer Zeit wieder instabil wurden, eine Teilhabe am Erwerbsleben nicht erreichen konnten und einen neuen Reha-Antrag stellten.

An Befunden dieser Analyse wurden u.a. auch Schnittstellenprobleme identifiziert, die mit dem Kombi-Nord-Konzept überwunden werden konnten indem sie durch die Schaffung geeigneter „Instrumente“ zu Nahtstellen wurden.

Den Verfassern dieser Konzeption war gleichzeitig wichtig, möglichst viele Implikationen der ICF, des SGB IX und VI, der neurobiologischen Forschungsergebnisse, der UN-Behindertenrechtskonvention, die wissenschaftlichen Leitlinien sowie Möglichkeiten zur Beteiligung der Versicherten konzeptionell mit aufzunehmen.

Aus diesem Ideenkonglomerat und dem Anspruch problematische Schnittstellen zu Nahtstellen werden zu lassen entstand die Therapieform Kombi-Nord. Sie sieht einen möglichen Zeitrahmen von bis zu 12 Monaten vor. Innerhalb dieses Zeitrahmens können die Leistungsformen ambulant, teilstationär oder stationär nach den individuellen Erfordernissen der Patienten mehrfach, auch hin und zurück gewechselt werden, ohne jeweils erneut einen Antrag stellen zu müssen und ohne inhaltliche Begründung gegenüber dem Leistungsträger. Mit dem Antrag ist ein vorläufiger Behandlungsplan einzureichen der eine Art Arbeitshypothese darstellt und durch eine einfache Formularmitteilung geändert werden kann, wenn es der therapeutische Prozess erfordert.

Getragen wird Kombi-Nord von regionalen Therapieverbänden, miteinander vernetzten Einrichtungen, die ihren Erfahrungsaustausch und interne Absprachen über regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel organisieren.

Zu den Visionen von Kombi-Nord gehört es, gut handhabbare Instrumente zu entwickeln mit denen die Schnittstellen, die zwischen den verschiedenen Therapieformen klaffen, zu Nahtstellen werden sollen.

Von den Nahtstellen-Instrumenten, die zur Heilung dieser Schnittstellen entwickelt wurden, soll hier hauptsächlich die Rede sein.

Schnittstellenproblematik 1: Fehlende Berücksichtigung von sozialen Kontextfaktoren, Nichtantritt bewilligter Therapien

Ein bei der DRV gestellter Reha-Antrag wird daraufhin geprüft, ob die angegebene Krankheit vorliegt, die beantragte Leistung notwendig ist um das Leistungsvermögen im Erwerbsleben zu erhalten oder wesentlich zu verbessern, der oder die Versicherte für die beantragte Leistung hinreichend motiviert ist, ob die im Antrag vorgesehene Leistungsform zielführend ist, prognostisch aussichtsreich erscheint und welche Einrichtung in Frage kommt. Nach dieser Überprüfung wird dem oder der Versicherten ein Bescheid erteilt.

Die o.g. Aktenanalyse hatte u.a. als Befund ergeben, dass bei der Antragsentscheidung die Kontextfaktoren des oder der Versicherten häufig kaum eine Rolle spielten, sondern ausschließlich medizinische und psychotherapeutische Gesichtspunkte. Die Verfasser glauben, dass sich hiermit auch ein Teil der Nichtantritte erklären lassen.

D.h. ob jemand z.B. als Selbständiger maximal 6 Wochen seinem Betrieb fern bleiben kann oder pflegebedürftige Angehörige zu versorgen sind bzw. andere zwingend zu berücksichtigende Kontextfaktoren des individuellen Lebensfeldes vorliegen, spielte eben so wenig eine Rolle wie räumliche Gegebenheiten z.B. die Kontaktnähe zur zuständigen Arbeitsverwaltung zu Arbeitgebern etc.

Stattdessen wurde seitens des Leistungsträgers häufig und unkritisch der Mythos der möglichst wohnort- und teilhabefernen stationären Langzeittherapie bedient und Versicherte, die diese Art der Leistung mehrfach vergeblich in Anspruch genommen hatten wurden nach einiger Zeit als „unmotiviert“ oder als „austherapiert“, mit einem angenommenen aufgehobenen Leistungsvermögen deklassiert und mit der vorzeitigen Verberentung einem alimentierten Lebensweg in Armut überlassen.

Nahtstelleninstrument 1: Therapieplan

Für die Therapieplanung bei der Antragstellung ist die Analyse vorangegangener Therapieverläufe unabdingbar. Zudem sind die individuell konkreten Kontextfaktoren der Versicherten zu berücksichtigen. In dem, mit dem Antrag auf Kombi-Nord verpflichtend, einzureichenden Therapieplan werden Situationen möglicher Überforderungen antizipiert und für den Therapieverlauf mit Vorschlägen für die verschiedenen, sinnvoll hintereinander zu schaltenden aber je nach realem Verlauf auch variabel handhabbaren Therapieformen berücksichtigt. Der vorläufige Therapieplan ist nicht bindend sondern begründet eine Arbeitshypothese.

Zu den konkret zu berücksichtigenden Kontextfaktoren gehören neben den Möglichkeiten des oder der Versicherten, z.B. stationäre Therapiezeiten überhaupt und wie lange in Anspruch nehmen zu können, auch die möglichst wirksame Nähe zu den regionalen Ressourcen, wie Arbeitgeber und Jobcenter, Familie, unterstützende Soziale Kontakte, ambulante Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen, etc. Daher findet Kombi-Nord in regionalen, möglichst Wohnortnahen Verbänden statt.

Schnittstellenproblematik 2: Beantragung des Wechsels der Therapieform

Die Therapieform konnte schon immer gewechselt werden. Für jeden Wechsel bedurfte es jedoch stets eines beim Leistungsträger eingereichten inhaltlich begründeten Antrags, der dort genehmigt oder abgelehnt wurde. Es konnten dafür traditionell ausschließlich medizinische oder psychotherapeutische Gründe geltend gemacht werden, nicht jedoch Teilhabeerfordernisse oder Gründe des individuellen Prozessverlaufs. Neben dem einsparbaren Prozessaufwand für die Beteiligten halten wir diese Vorgehensweise für ethisch grenzwertig.

Nahtstelleninstrument 2: Wechselmitteilung statt Wechselantrag

Bei der Kombi-Nord-Therapie wird der Entschluss zum Wechsel der Therapieform der zielgerichtet abwägenden Interaktion der Versicherten mit dem Therapeuten-Team überlassen. Einer ausdrücklichen inhaltlichen Begründung gegenüber dem Leistungsträger bedarf es nicht, es genügt eine Wechselmitteilung. Die Leistungsträger vertrauen den an Kombi-Nord beteiligten Einrichtungen und ihren Versicherten.

Manche Versicherte sind sich ihrer Abhängigkeitserkrankung zwar bewusst und zu einer Leistung zur medizinischen Reha bereit. Trotz gegebener Indikation stimmen sie jedoch unter keinen Umständen einer stationären Form der Behandlung zu, befinden sich also in einer Art „Überzeugungsfixierung“ und treten die notwendige Behandlung nicht an wenn sie stationär beginnen soll. Diese nicht wenigen Versicherten können im Rahmen eines Therapievertrages ambulant beginnen und wechseln, wenn sie selbst erleben dass sie ambulant nicht stabil bleiben können, in das wirksamere Therapiesetting, z.B. in die stationäre, oder tagesklinische Form. Das hat den Vorteil, dass Patienten kein Versagenserlebnis haben müssen wenn ihnen ein Vorhaben nicht auf Anhieb gelingt, sondern stattdessen eingeladen sind, das für sie Wirksamere in Anspruch zu nehmen. Diese Art des partizipativ geschmeidigen Umgangs mit Gegebenheiten der subjektiven Autonomie der Patienten sichert einerseits deren Zugang zur Behandlung und ist u.E. ethisch geboten.

Schnittstellenproblematik 3: Unsicherheit des Patienten beim Wechsel der Behandlungseinrichtung

Seit Jahren bereitet die „Nichtantrittsquote“ Leistungsträgern und -erbringern Sorge. Abhängigkeitserkrankte haben zwar einen Bescheid über die von ihnen beantragte Leistung erhalten, treten diese jedoch nicht an. Dieser Umstand tritt insbesondere auch beim Wechsel von stationär nach ambulant auf. In der Folge sind dann oft die Mühen und Kosten vorangegangener Arbeiten für den Patienten, für die Leistungsträger und -erbringer vergeblich investiert.

Bei der Analyse der Nichtantritte, speziell beim Wechsel der Therapieform, wurden seitens der Versicherten hauptsächlich drei Gründe genannt:

- Sie befürchten den Wechsel wegen der Ungewissheiten der bevorstehenden Begegnung mit neuen Therapeuten und Patienten von denen sie bewertet und abgeschätzt werden. Scham und Scheu spielt hierbei ebenso eine Rolle wie mitunter die Angst vor unbekannter Umgebung, Wegeumstände usw.

- Zeigt sich ein Hemmnis in der negativen Bewertung des Umstandes noch mehr Therapie zu benötigen. Mit einer Therapiemaßnahme offenbar nicht auszukommen. Sie wollen kein „besonders schwerer Fall“ sein, können und mögen die erforderliche Weiterbehandlung vor sich selbst und anderen nicht rechtfertigen.
- Drittens sind manche nach einiger Zeit ungeduldig mit sich selbst und ihrer Therapie, „therapie-müde“ oder derer sogar überdrüssig.

Nahtstelleninstrument 3: Belastungserprobung für den Wechsel in die ambulante Therapieform (BEAT)

Bei BEAT handelt es sich um ein optionales Behandlungsmodul, das Versicherten, während der Kombi-Nord-Therapie bis zu dreimal angeboten werden kann. Die Patienten die davon Gebrauch machen fahren mit dem Auftrag ihre eigenen Ängste und Vorbehalte, Wege- und Begegnungsbefürchtungen für sich selbst zu explorieren und die neuen Gegebenheiten zu erkunden aus der Klinik heraus zu der ambulanten Einrichtung am Wohnort. BEAT ist jeweils vorbereitet. Die neuen Therapeuten und Gruppenmitglieder nehmen das potentiell neue Mitglied freundlich in Empfang und bei sich auf. Man lernt sich kennen, gewinnt erstes Vertrauen zueinander. Mit diesen Eindrücken und Erlebnissen kehrt der Patient in die stationäre oder ganztagsambulante Einrichtung zurück, berichtet dort und arbeitet das Geschehen sorgfältig auf, ehe der Wechsel in diese Therapieform stattfindet.

Schnittstellenproblematik 4: Übergabe des oder der Versicherten beim Wechsel der Therapieform

Beim traditionellen Wechsel von einer Therapieform zur anderen werden die Berichte der vorangegangenen Therapie vom weiterbehandelndem Team zwar beiläufig zur Kenntnis genommen, auf deren Inhalte wurde bei der Therapieplanung und im therapeutischen Prozess jedoch nur selten Bezug genommen, wie die Aktenanalyse ergab.

Außer dass der oder die Patientin abstinent geworden war wurde inhaltlich Erreichtes kaum je Ausgangspunkt aufbauender Behandlungsstrategien. Stattdessen wurden die PatientInnen angehalten bei jedem Wechsel aufs Neue ihr „biographisches Gedicht“ aufzusagen. Damit ist nicht die kurze Krankheitsbiographie vor dem diagnostizierenden Arzt gemeint, sondern die ausführliche Familiengeschichte vor den Bezugstherapeuten oder sogar der Gruppe von Mitpatienten. Abgesehen vom zweifelhaften Nutzen dieser Vorgehensweise werden die Patienten durch diese Zurücksetzung auf den regressiven tabula-rasa-Status fortlaufend gekränkt, in dem unhinterfragt in Frage gestellt wird was der Patient bisher für sich erreicht hat. Mit diesen ertrags- und hilflosen Ritualen wird auch wertvolle Therapiezeit verschwendet.

Nahtstelleninstrument 4: Übergabegespräche

In der Kombi-Nord-Therapie findet beim Wechsel der Therapieform immer ein inhaltlich gut vorbereitetes Übergabegespräch statt. Die Einrichtung die der Patient verlässt übergibt der aufneh-

menden Einrichtung den fertigen Bericht der bisherigen Behandlung und spricht mit den aufnehmenden Therapeuten über das bisher vom Patienten Erreichte. Der Patient ist ausnahmslos anwesend und kennt diesen Bericht genau. Er beteiligt sich aktiv an dem Gespräch, vor allem wenn es darum geht, was er oder sie in der geplanten Zeit und mit der neuen Therapieform erreichen will.

Wenn eine persönliche Übergabe zu aufwendig erscheint kann auch eine datengeschützte Video- oder Telefonkonferenz zwischen den Beteiligten stattfinden. Auch hierbei ist die Vorbereitung mit den wechselnden Patienten sowie deren Anwesenheit zwingend notwendig.

Schnittstellenproblematik 5: Kommunikationshürden zwischen TherapeutInnen und der Verwaltung der Leistungsträger

Dieser Punkt stellt zwar gewöhnlich keine hohe Hürde dar, hat aber in der Vergangenheit zu unproduktiven Ressentiments geführt.

Ruft z.B. ein Therapeut bei dem für seinen Patienten zuständigen Sachbearbeiter beim Leistungsträger der DRV an um etwas zu klären, verwendet er ohne weitere Absicht ein therapeutisches Narrativ für die Begründung seines Anliegens. Fragt eine Sachbearbeiterin in der Einrichtung nach einer Wechselmitteilung bekommt sie nicht selten die dramatischen Belastungen des Patienten aufgetischt. Beides stößt oft auf Unverständnis und behindert das Handeln. Es kommt zu gegenseitigen Vorwürfen etc. und schlimmstenfalls zu unproduktiven Vorbehalten.

Nahtstelleninstrument 5: Ablaufcontrolling

Für die typischen Fragen in Kombi-Nord, z.B. nach dem Zeitverbrauch, nach Dokumenten z.B. Wechselmitteilungen, Abrechnungsmodalitäten haben wir in den Einrichtungen die Funktionen des Ablaufcontrollers eingeführt, der auf nichttherapeutische Sachfragen der Verwaltung des Leistungsträgers antwortet oder selbständig anfragt. Diese Vorgehensweise hat sich als sehr produktiv erwiesen und nebenbei zu einer Aufwertung der Verwaltungsfachkräfte in den Einrichtungen geführt.

Schnittstellenproblematik 6: fehlende Kooperation innerhalb des Hilfesystems

Zwischen den an einer Gesamtbehandlung beteiligten Institutionen kam es in der Vergangenheit immer wieder zu Missverständnissen und Abstimmungsproblemen aufgrund von Vorbehalten der Mitarbeiter der beteiligten Institutionen gegenüber den anderen Behandlungseinrichtungen. Insgesamt gab es nur selten gute trägerübergreifende Kooperationen. Diese Situation verschärfte sich über die Jahre, durch einen zunehmenden wirtschaftlichen Druck, dem sich die Behandlungseinrichtungen ausgesetzt sahen. Im Ergebnis kam es dazu dass z.T. Patienteninteressen gegenüber Einrichtungsinteressen vernachlässigt wurden.

Nahtstelleninstrument 6: Qualitätszirkel

Von Seiten der Kostenträger wurden alle Institutionen die an der Kombi-Nord Therapie beteiligt sind in Verbänden zusammengefasst. Jeder Verband ist verpflichtet pro Jahr drei bis vier Qualitätszirkel durchzuführen. Jede Einrichtung muss an mindestens drei dieser Treffen teilnehmen. Zielsetzung der Zusammenarbeit in den Qualitätszirkeln ist es die regionale Kooperation der Behandlungseinrichtungen zu stärken, Nahtstellenprobleme zu erörtern und Prozesse gemeinsam zu optimieren. Durch den regelmäßigen fachlich inhaltlichen Austausch über Einrichtungs- und Trägergrenzen hinweg, entstand so ein besseres Verständnis der Einrichtungen füreinander, Vorbehalte konnten abgebaut und Konkurrenzen abgemildert werden.

Zusammengenommen tragen alle beschriebenen Instrumente und Maßnahmen dazu bei die Interessen und die Selbstbestimmung, sowie die Partizipation der Patientinnen und Patienten innerhalb der Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung zu stärken.

Anschriften der Verfasser:

Georg Wiegand · Deutsche Rentenversicherung · Braunschweig-Hannover · Referat Reha Strategie

Lange Weihe 6 · 30880 Laatzen

Torsten Köster · FAM- Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige (STEP- Niedersachsen)

Lange Laube 22 · 30159 Hannover

Überleitungsmanagement bei der Entlassung psychisch Kranker aus dem Strafvollzug in die Wiedereingliederungshilfe

von Farschid Dehnad, Jens Wittfoot (*Justizvollzugsanstalt Hannover*),

Monika Lüpke (*Einrichtungen für psychisch Genesende Mohmühle GmbH*)

Aus der Perspektive des Entlassungskoordinators der JVA Hannover

In der JVA Hannover regelt neben den entsprechenden gesetzlichen Vorgaben des Niedersächsischen Justizvollzugsgesetzes (NJVollzG) die Anstaltsregelung Übergangsmanagement den Übergang aus Haft heraus. Das Übergangsmanagement beginnt mit dem ersten Tag der Inhaftierung und umfasst insbesondere die Entlassungsvorbereitung in der abschließenden Phase des Vollzugs. Gemeint ist die Vorbereitung der Entlassung der Gefangenen im engeren Sinne, die Planung, Einleitung, Vermittlung und Durchführung von (Re-) Integrationsmaßnahmen für die zur Entlassung anstehenden Personen, besonders die strukturierte Verknüpfung und Verzahnung von Behandlungsmaßnahmen des Vollzugs mit Hilfeangeboten und Maßnahmen der nach der Entlassung für die Betroffenen zuständigen Stellen.

Übergangsmanagement und Entlassungsvorbereitung sollen in der JVA Hannover als ein übergreifendes Instrument zur Wiedereingliederung von (ehemaligen) Strafgefangenen verstanden werden, das neben den Beteiligten in der Justiz wie Gerichten, Staatsanwaltschaften und dem

AJSD, auch in Kooperation und organisatorischer Verzahnung mit der Straffälligenhilfe, dem kommunalen und regionalen Hilfesystemen und maßgeblichen Dritten außerhalb des Strafvollzuges erfolgt.

Die gesetzlichen Bestimmungen der Sozialgesetzgebung, hier vor allem des SGB II, SGB III, SGB V und SGB XII, berücksichtigen nicht die Entlassungssituation von ehemaligen Inhaftierten, und stellen diese vor bürokratische Hürden, die für jeden Entlassenen eine erhöhte Belastung beinhalten, im Besonderen bei psychisch kranken Personen.

Allein beim Beispiel Krankenversicherungsschutz wird deutlich, dass klare Regelungen geschaffen werden müssen, die in der Verantwortung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Sozialministerien liegen.

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen, solange sich der Versicherte in Untersuchungshaft oder Strafhaft befindet. Für die Dauer der Inhaftierung bestehen Ansprüche nach dem NJVollzG. Mit der Entlassung endet diese Phase der Übernahme der Krankenbehandlungskosten durch die Justiz und der Anspruch auf Leistungen lebt wieder auf, wenn bei den zukünftigen Leistungsempfängern dann auch geklärt ist, welche Stelle für die Gewährung zuständig ist: die am vorherigen Wohnort des Gefangenen oder der Träger am Ort der Haftentlassung oder gar der am Standort der Einrichtung? Die gesetzlichen Regelungen zur örtlichen Zuständigkeit sind ungenügend definiert.

Diese Zuständigkeit aus Haft heraus rechtsverbindlich in Form eines Bescheids über den Bezug von Leistungen herzustellen, scheidet sehr oft an den zuständigen Behörden, auf die der Vollzug keinen Einfluss hat.

Visionär sollte der Gesetzgeber dem Vollzug ermöglichen, die Beziehungskontinuität zwischen Mitarbeitern der Sozialen Dienste und Betreuungsbeamten einer JVA und den dann Haftentlassenen als Grundlage für ein erfolgreiches Übergangsmanagement, das sowohl die Entlassungsvorbereitung in Haft sowie die Nachsorge von sechs Monaten danach berücksichtigt, sicherzustellen, um z.B. mit Netzwerkpartnern der Eingliederungshilfe die bestmöglichen Bedingungen für psychisch Gesundende zu schaffen.

Aus der Perspektive des Gefängnispsychiaters

Unter Strafgefangenen finden sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich mehr psychisch Kranke. Die Schwerpunkte liegen dabei bei den Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Allerdings ist auch der Anteil von Menschen, die an psychotischen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen oder Traumafolgestörungen leiden, vergleichsweise hoch. Um eine angemessene Diagnostik und Behandlung innerhalb des Strafvollzugs sicherzustellen, sind daher ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Ressourcen innerhalb des vollzugsinternen medizinischen Versorgungssystems erforderlich. Im niedersächsischen Justizvollzug findet eine intensivere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auf derzeit zwei spezialisierten Krankenstationen statt, die mit hauptamtlichen Fachärzten ausgestattet sind. Für die ambulante Betreuung werden größtenteils externe Fachärzte herangezogen. Notwendige psychiatrische

Akutkrankenhausbehandlungen werden in den jeweils regional zuständigen Versorgungskliniken durchgeführt. Ein umfangreicher Ausbau der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist geplant und teilweise schon in Vorbereitung.

Der im Rahmen der medizinischen Versorgung im Gefängnis tätige Psychiater und Psychotherapeut sieht sich zwangsläufig gleichzeitig mit zwei Schnittstellen konfrontiert, zwischen denen er im Prinzip eine vermittelnde Funktion übernimmt, der JVA-Administration auf der einen und dem externen Hilfesystem auf der anderen Seite.

Eine den ethischen Grundsätzen des Arztberufs und den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Behandlerrolle kann nur eingenommen werden, wenn eine ausreichende fachliche Unabhängigkeit gegenüber der Institution Justizvollzug vorhanden ist und für den Patienten auch ohne weiteres erkennbar wird. Der Psychiater und Psychotherapeut im Justizvollzug vollzieht im Unterschied zum Psychiater und Psychotherapeuten im Maßregelvollzug keinen öffentlichen Auftrag, der auf die Behandlung und Einschätzung einer sogenannten Anlasserkrankung und auf die Überwindung einer daraus resultierenden Fremdgefährdung ausgerichtet wäre. Er wird vielmehr im Rahmen von auf Vereinbarungen beruhenden Arzt-Patienten-Beziehungen tätig, für die die ärztliche Schweigepflicht, die umfassende ärztliche Aufklärungspflicht und die notwendige Zustimmung des Patienten zu den vorgeschlagenen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen („informed consent“) genauso gilt wie bei ärztlichen Behandlungen außerhalb des Justizvollzuges. Medizinischen Zwangsmaßnahmen sind durch das Niedersächsische Justizvollzugsgesetz ähnlich enge Grenzen gesetzt, wie sie das NPsychKG vorgibt. Daraus ergibt sich, dass Einblicke in die jeweilige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eines Strafgefangenen durch die JVA nur erfolgen können, wenn und soweit der betreffende Patient dem zustimmt. Wie in ähnlich gelagerten Spannungsverhältnissen außerhalb des Gefängnisses kommt dem Behandler hier nicht selten eine Mittlerrolle zu, die ein klares Rollenverständnis und ausreichende professionelle Distanzierungsfähigkeit erfordert.

Da es sich bei den im Gefängnis psychiatrisch-psychotherapeutisch zu versorgenden Patienten häufig um chronisch Kranke mit einem erheblichen Hilfebedarf handelt, kommt dem Überleitungsmanagement bei der Haftentlassung aus sozialpsychiatrischer Sicht eine große Bedeutung zu. Dazu ist eine Vernetzung mit gefängnisexternen Versorgungsstrukturen erforderlich, die aktiv hergestellt und gepflegt werden muss, da Gefängnispsychiatrie üblicherweise nicht per se als Teil einer regional definierten sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft gesehen wird. In der Region Hannover ist es in den letzten Jahren durch Mitarbeit und Mitgliedschaft der psychiatrischen Krankenstation der JVA Hannover im sozialpsychiatrischen Verbund gelungen, diese Wahrnehmung zu verändern.

Die große Schwierigkeit bei der Organisation einer guten Überleitung eines chronisch psychisch Kranken aus der Institution JVA in das externe Hilfesystem ist die Vermittlung zwischen den beiden Schnittstellen. Fehlende oder unzureichende Lockerungen des Vollzuges machen angemessene Vorstellungen von psychiatrischen Patienten in externen Einrichtungen schwierig bis unmöglich. Das vom Maßregelvollzug erfolgreich praktizierte Probewohnen eines in Entlassungsvorbereitung befindlichen Insassen in einem psychiatrischen Wohnheim oder einer psychiatrischen Wohngruppe ist zwar in Form eines Hafturlaubs im Prinzip auch für vor der Entlassung stehende Strafgefangene denkbar, sprengt aber bislang deutlich den üblicherweise vorstellbaren Rahmen entlassungsvorbereitender Vollzugslockerungen. Problematisch erscheint auch das Angewie-

sensein auf den fest in die vollzugliche Administration eingebundenen Sozialdienst bei Entlassungsvorbereitungen für psychisch Kranke. Wünschenswert wäre eine im medizinischen Dienst angesiedelte sozialarbeiterische oder sozialpädagogische Ressource.

Aus der Perspektive der Wiedereingliederungshilfe

Der Übergang aus dem Strafvollzug in die Wiedereingliederungshilfe ist für den Klienten dadurch gekennzeichnet, dass er sich von Welt der Sicherung in eine sehr andere Welt der zunehmend selbstverantworteten Freiheit begibt.

Beide Institutionen unterscheiden sich – ihrem Auftrag gemäß notwendig – durch zwei sehr unterschiedliche Organisationskulturen: Ist die Kultur des Strafvollzuges wesentlich geprägt durch den Auftrag der Sicherung und Verhinderung weiterer Straftaten eher durch Einschließung, stellt die Wiedereingliederungshilfe Verantwortungsfreiräume und Autonomie zur Verfügung, so dass Risiken nicht nur in Kauf genommen, sondern auch provoziert werden (müssen).

Von vielen psychisch Erkrankten ist bekannt, dass sie auf tiefgreifende Veränderungen ihrer Bezugssysteme mit großen Irritationen und Anpassungsschwierigkeiten reagieren.

Wie kann es nun gelingen, den Übergangsprozess so fließend zu gestalten, dass der Klient gute Chancen hat, in der neuen Freiheit nachhaltig Fuß zu fassen, ohne durch einen zu abrupten Wechsel der Bezugssysteme zu dekompensieren?

Aus Sicht der Eingliederungshilfe können die Gestaltungsprinzipien des Übergangs strukturiert werden in verschiedene Prozessphasen:

- Im Vorfeld der Entlassung
- Kontaktaufnahme mit der Einrichtung
- Entlassungstag
- Nachsorge

Im Vorfeld der Entlassung ist es für den Klienten wünschenswert, dass es Ähnlichkeiten der beiden Welten im Tagesablauf gibt: Ist der Klient schon im Strafvollzug an eine Strukturierung seines Alltages durch Beschäftigung gewöhnt, werden ihm die tagesstrukturierenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe eher als hilfreicher Halt in der größeren Freiheit erscheinen: er kann die Struktur des Tages quasi mitnehmen.

Für die Kontaktaufnahme ist im Interesse des Klienten so viel Normalität wie möglich wünschenswert:

Er sollte die Einrichtung besuchen können und sich seinen möglichen neuen Wohnort ansehen können, bevor er eine Einrichtung auswählt. Der Besuch sollte ohne stigmatisierende Hinweisreize für seine zukünftige Umgebung ermöglicht werden wie Laufkette, Vollzugsbeamte in Uniform oder Vollzugsauto.

Im Zusammenhang mit der Kontaktaufnahme ist für die Einrichtung ein maximales Maß an offenem Informationsaustausch erforderlich, damit eine geeignete Einrichtung ausgewählt werden kann und der Klient eine realistische Chance der Wiedereingliederung bekommt. Wenn allerdings

z. B. ein Klient als trockener Alkoholiker beschrieben wird, er selber dann aber von regelmäßigen Alkoholexzessen mit selbstgebrautem Alkohol im Vollzug berichtet, werden zwangsläufig falsche Weichen für den Klienten in der Eingliederungshilfe gestellt.

Auch am Entlassungstag ist eine offene, sorgfältige Information und Übergabe Voraussetzung dafür, dass der Klient den Übergang möglichst sanft bewältigen kann: Wenn es keine verlässlichen Informationen über ausgezahlte Geldbeträge und/oder bisherige Medikation gibt, wenn die Krankenkassenkarte erst nach einem Vierteljahr zur Verfügung steht usw. ist der Übergang von Anfang an belastet.

Wünschenswert ist für den Klienten auch nach der Entlassung ein Stück personaler Kontinuität: eine Nachsorge, die den weiteren Informationsaustausch mit der Einrichtung sicherstellt und dem Klienten den Halt vertrauter Bindungen gibt, unterstützt den Klienten in dem anstrengenden Umgewöhnungsprozess.

In dem Übergangsprozess von Maßregelvollzug zur Eingliederungshilfe haben sich diese und weitere Prinzipien und Standards langjährig als sinnvoll und für den Klienten als hilfreich erwiesen.

Im Interesse der Klienten sind solche Standards möglichst bald zu realisieren, auch oder gerade wegen der notwendig vorhandenen Unterschiede der Organisationskulturen.

Gemeinsames Fazit

Damit die in vielen Fällen sinnvolle Überleitung psychisch Kranker aus dem Strafvollzug in die Wiedereingliederungshilfe gelingt, müssten außer der rechtzeitigen Zusammenarbeit aller Beteiligten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die notwendige sozialpsychiatrische Diagnostik und Indikationsstellung erfolgt im Rahmen der fachärztlich-psychiatrischen Versorgung der Inhaftierten während der Inhaftierung. Die erforderlichen Ressourcen (Facharztstunden, zugeordneter Sozialpädagoge/Sozialarbeiter etc.) sind vorhanden.
- Eine Leistungsbescheidung von Ansprüchen nach SGB II, III und XII noch vor der Entlassung ist durch eindeutige gesetzliche Regelungen gegeben, von besonderer Wichtigkeit ist der Krankenversicherungsschutz.
- Die für die Vorbereitung und Entscheidungsfindung erforderlichen Lockerungen unter nicht diskriminierenden Umständen werden regelhaft nach dem Vorbild des Maßregelvollzugs gewährt.

Anschrift der Verfasserin und der Verfasser:

Farschid Dehnad · Justizvollzugsanstalt Hannover · Schulenburg Landstraße 145 · 30165 Hannover

E-Mail: farschid.dehnad@justiz.niedersachsen.de

Dr. med. Jens Wittfoot · Justizvollzugsanstalt Hannover · Schulenburg Landstraße 145 · 30165 Hannover

E-Mail: jens.wittfoot@justiz.niedersachsen.de

Monika Lüpke · Einrichtungen für psychisch Genesende Mohmühle GmbH · Mohmühle 1 · 30900 Wedemark

E-Mail: Monika.Luepke@haus-mohmuehle.de

Zusammenführung berufsgruppenspezifischer Sichtweisen in der Supervision – Schritte auf dem Weg zu guten Lösungen

von Michael Keutner (*Dipl. Supervisor für soziale Berufe*)

Das zugrunde liegende Thema „Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem“ wird in diesem Artikel bezogen auf die Zusammenführung berufsgruppen-spezifischer Sichtweisen in der Supervision.

Im Wesentlichen beziehe ich mich dabei rückblickend auf subjektive Erfahrungen aus Fall- und Teamsupervisionen mit Teams im Kontext Psychiatrie und Sucht, in denen ÄrztInnen, PsychologInnen, SuchttherapeutInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, Verwaltungsangestellte und weitere Berufe zusammen arbeiten.

Status

Anlässe für Supervision sind die besonderen Belastungen und Anforderungen, die sich in der Arbeit mit psychisch Kranken ergeben. Supervision sollte daher nicht erst im „Notfall“ eingesetzt werden, sondern die Arbeitsprozesse kontinuierlich begleiten.

Eine Supervisionssitzung wird zu Beginn im Wesentlichen vom Anliegen (z. B. Fallberatung – über welche Klienten wird berichtet) und den damit verbundenen Aufträgen (welche Fragen sollen beleuchtet werden) geprägt.

Bei einer Fallberatung werden in der Regel die BezugstherapeutInnen bzw. diejenigen MitarbeiterInnen das Anliegen vortragen, die den intensivsten Kontakt zu den Klienten haben. Alle übrigen MitarbeiterInnen werden Bezug zur jeweiligen Fallschilderung nehmen und Informationen hinzufügen – Ergänzungen, andere Sichtweisen, anderes Erleben, andere Bewertungen von Herausforderungen und Problemen, mitunter zusätzliche Fragestellungen.

Unterschiede zeigen sich dabei anhand der „Wertigkeit der Berufsgruppe“ und analog zur Alltags- (Behandlungs-) Struktur. Wer eine gute Stellung im Team, Einfluss (formelle und informelle Macht) und viel zu bestimmen hat, wird das auch in der Supervision so handhaben. Wer eher wenig Einfluss hat und in seinem Selbstbild von dem Leitgedanken „ergänzender Hilfeleistung“ geprägt ist, wird in der Sitzung eher schweigen oder den Vortrag stützen, weniger in Frage stellen. Bei einem Machtgefälle braucht es schon Mut und Rückgrat von untergeordneten Mitarbeitern, wollen sie andere, möglicherweise irritierende Sichtweisen präsentieren bzw. Hypothesen in Frage stellen.

Etwas polarisierend ausgedrückt haben ÄrztInnen und PsychologInnen als BezugstherapeutInnen und Letztverantwortliche oft führende Rollen inne. Kranken- und GesundheitspflegerInnen verhalten sich eher zurückhaltend und liefern ergänzende Informationen – oft erst auf Nachfrage. Andere Berufsgruppen mit größerer fachlicher Autonomie (Sozialdienst, Ergo- Musik-, GestaltungstherapeutInnen) leisten Beiträge, wenn ihre Fächer thematisch berührt werden. Oft braucht es allerdings die gezielte Nachfrage des Supervisors und entsprechende Signale („ihre Beiträge

sind hier ausdrücklich erwünscht und von Interesse und werden als Bereicherung erlebt und gewürdigt“).

Dazu kommt, dass sich häufig „Spiegelphänome“ auf der Basis von Übertragungsgeschehen zeigen. Die Dynamik des Klientensystems überträgt sich auf Vortragende und Supervision.

Einiges spricht dafür, zunächst einmal zu Beschreibungen von Zuständen und Erleben aus verschiedenen beruflichen Perspektiven einzuladen und insofern den Anfangsvortrag zu ergänzen, zu erweitern oder ggfs. auch zu irritieren. Ein wie immer geartetes Übertragungsgeschehen kann sich so leichter entwickeln.

Die berufsgruppenspezifischen Aufträge (z.B. im Kontext einer psychiatrischen Tagesklinik) sind verschieden: Über die auftragsbezogenen Interventionen entstehen jeweils differenzierte Eindrücke von Ressourcen und Hilfebedarfen der Klienten. Die Kranken und Gesundheitspflege nimmt eher wahr, wie Klienten im Kontext mit anderen Patienten agieren und wie sie mit alltagsbezogenen Anforderungen umgehen. ÄrztInnen und PsychologInnen nehmen Klienten häufiger im themenbezogenen Einzelkontakt wahr, Gestaltungs- und ErgotherapeutInnen erleben Klienten im Umgang mit material- und aufgabenbezogenen Aufgaben usw.. Jede Berufsgruppe erhält ein vermutlich zumindest leicht unterschiedliches, anderes Bild von Verhaltensweisen, Motiven, biographischen Erlebnissen, Lern- und Interaktionsdynamiken der Klienten.

Der Klärung des Auftrages im Team entspricht die Auftragsklärung für die Supervision. Unterschiedliche Sichtweisen sind als Bereicherung zu betrachten, und die vielfältigen, sich möglicherweise widersprechenden Informationen in einen Bezug zu Anliegen, Auftrag und Ziel zu bringen. Erst wenn dies gelingt, können Lösungen entwickelt werden, die den komplexen Anforderungen der Betroffenen gerecht werden und die den persönlichen und fachlichen Zusammenhalt der Teams fördern.

Ähnliches gilt für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern. Allerdings erlebe ich sehr selten entsprechende Settings, bei denen sich z.B. sozialpsychiatrische Beratungsstellen mit Hilfeanbietern eines ambulant betreuten Wohnens (außerhalb von Hilfeplankonferenzen) oder (öfter) MitarbeiterInnen von Jugendämtern mit Hilfeanbietern, Vormündern, rechtlichen BetreuerInnen und anderen in einer Familie arbeitenden Helfersystemen etwa im Sinne einer (von SupervisorInnen) moderierten Fall- und Helferkonferenz zusammen setzen und versuchen, Ziele und Strategien miteinander abzusprechen. Häufiger muss es in der Supervision darum gehen Strategien zu entwickeln, die eine Zusammenarbeit mit den externen Kooperationspartnern fördern.

Vision

In der Supervision liegt die Chance einer Ergänzung und Bereicherung des Alltagsgeschehens: Genügend Raum und Zeit für eine differenzierte Fallberatung zur Verfügung zu haben, einen Rahmen zu gestalten, innerhalb dessen jede Berufsgruppe ohne Sorge vor Bewertung Einfluss nehmen und ihre Sicht der Dinge zur Verfügung stellen kann. Die Sicht auf Klienten wird dadurch

komplexer und wirklichkeitsnäher. Dies wiederum erhöht die Chance wirksamer Interventionen und Hilfestellungen.

Eine Nebenbemerkung: Folgt man den Berichten aus der Supervision, dann sind die Zeiten für Gespräche über Behandlungs- und Betreuungsstrategien von KlientInnen und PatientInnen inzwischen sehr knapp geworden. Damit ist im Grunde schon gesetzt, dass die federführenden TherapeutInnen im Wesentlichen die Behandlung gestalten und die übrigen Berufsgruppen ergänzende, nachgeordnete Funktionen haben, die Informationen zwar beisteuern, aber die Behandlungsstrategien eher marginal beeinflussen können. Supervisionssettings, die diesen Umstand Rechnung tragen wollen, indem sie Kurz-Supervisionen anbieten, scheinen mitunter eine logische, aus meiner Sicht aber nicht wirklich anzustrebende Konsequenz, da sie die ohnehin festzustellenden Beschleunigungs- und Effizienzsteigerungsspiralen nur noch intensivieren, nicht aber die Qualität der Dienstleistung verbessern, was „im Kleinen“ innerhalb von Teams wünschenswert ist, wäre auch für die Kooperation unterschiedlicher Hilfeleister und Kostenträger von Bedeutung. Die Abstimmung der Hilfeangebote, das Management der Pole Konkurrenz und Kooperation könnten aktiv ins Visier genommen und in Bezug auf Aufträge und Ziele abgeglichen und ggfs. angepasst werden. Hilfeleistungen könnten so zielsicherer und vermutlich auch kostengünstiger umgesetzt werden.

Lösungsansätze

Nach innen: Innerhalb der Supervision gilt es als Königsweg, solche Fragen und die damit verbundenen Herausforderungen zu thematisieren. Leitfragen könnten sein:

Zu Beginn: Wie können wir gewährleisten, dass möglichst viele Impulse und Aspekte zum Tragen kommen? Wie darauf achten, dass die Redezeiten entsprechend ausfallen? Wie organisieren wir das?

Währenddessen: Wie gelingt es uns? Was zeigt sich an Spiegelphänomenen und Übertragungsprozessen? Auf welchen Ebenen?

Zum Ende: Konnte jede/r seine Beiträge einbringen? Wurden sie geachtet? Welche Wirkung haben sie entfaltet? Haben alle etwas zum Gelingen beigetragen und beitragen können?

Nach außen: Ausgehend von Impulsen aus der Supervision könnten Kostenträger und Federführende dazu angehalten werden, regelhaft bzw. aus bestimmten Anlässen heraus (schwerwiegende Problematiken, Multiproblemfamilien, drohendes Scheitern von Hilfemaßnahmen) gemeinsame Hilfeplansitzungen mit möglichst allen resp. den wichtigsten Hilfeleistern durchzuführen. Notwendige Voraussetzungen wären ein entsprechendes Bewusstsein, die Klärung der Finanzierung (Teil der Leistungserbringung, externe Moderation, Räumlichkeiten etc.) und die Einführung abgestimmter Verfahren und Standards.

Anschrift des Verfassers:

Michael Keutner · Zierenbergstr. 93 · 31137 Hildesheim · Tel. 05121 28 98 781

Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2015

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe Dokumentation*)

Dieser Auswertungsbericht ist etwas anders strukturiert als im Vorjahr

Im diesjährigen Auswertungsbericht entfallen die Erläuterungen zur Sozialstruktur der Bevölkerung und zum Qualitätsentwicklungskonzept. Wer sich speziell dafür interessiert, wird gebeten, diese Abschnitte im Auswertungsbericht für das Vorjahr nachzulesen.⁵ Zunächst gibt es einen Überblick zur psychiatrischen Versorgungsstruktur in der Region Hannover und zur Beteiligung an der Datenerhebung. Es folgt ein Vergleich der Patientengruppen von drei großen Angebotsformen: Sozialpsychiatrischer Dienst, ambulant betreutes Wohnen und Suchtberatungsstellen. Daran schließen sich einige spezielle Auswertungen an, u. a. zu Unterschieden in der regionalen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten der drei genannten Angebotsformen. Die Daten für den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region werden jetzt nicht mehr gemeinsam mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken in der Angebotsform (AF) 10 bzw. 11 zusammengefasst, sondern in einer eigenen Angebotsform (AF 50 bzw. 51). Aufgrund einer entsprechenden Zusicherung der Region Hannover als Kostenträger entfällt dieses Mal beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse für die einzelnen Hilfsangebote.

Im Anhang sind die neu gestalteten Datenblatt-Formulare abgedruckt

Im Anhang sind die verwendeten Formularblätter für die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger abgedruckt. Im Datenblatt A wird künftig explizit danach gefragt, ob ein Angebot seinen Standort in der Region oder außerhalb hat und welche Einzugsgebiete neben der Region Hannover noch versorgt werden. Deren Codierung im Datenblatt A hat sich geändert; das gilt auch für die Codierung einer Wohnadresse betreuter Personen außerhalb der Region Hannover im Datenblatt C. Im Datenblatt B für Hilfsangebote wird jetzt nicht nur zwischen Maßnahme- und Pauschalfinanzierung der Leistungen differenziert, sondern im Falle einer anteiligen oder ausschließlichen Pauschalfinanzierung auch die Höhe der Jahrespauschale abgefragt.

Auswertungen zu einzelnen Hilfsangeboten gibt es auf verschiedenen Wegen

Rechtzeitig vor Abfassung des nächsten Berichtes werden alle beteiligten Einrichtungen gefragt, ob sie einer Veröffentlichung der Ergebnisse ihrer Angebote im Sozialpsychiatrischen Plan zustimmen. Auf entsprechenden Wunsch ist der Autor auch weiterhin gerne bereit, differenzierte Ergebnisse im Rahmen einer Fachgruppen- oder Einrichtungsbezogenen Auswertung persönlich vorzustellen. Ab 2016 können alle teilnehmenden Einrichtungen die Ergebnisse für ihre Angebote direkt abrufen.

⁵ Elgeti H (2015): Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2013. In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (Hrsg.): Sozialpsychiatrischer Plan 2015; S. 56-76.

Mit einer vom Zentrum für Informationsmanagement der MHH zu diesem Zweck ausgestellten Zugangsberechtigung lassen sich dann nicht nur die Datenblätter A-C *online* eingeben, sondern auch über das EDV-Programm eigene Auswertungen durchführen.

Von Beteiligung und Interesse hängt die Wirksamkeit der Berichterstattung ab

Eine vergleichende Analyse der Ergebnisse zur regionalen Psychiatrieberichterstattung soll die Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Versorgung unterstützen. Wichtig dafür ist, dass die Einrichtungsträger einigermaßen vollständig die Merkmale der Personen dokumentieren, die ihre Hilfe in Anspruch genommen haben. Auch wenn sich für das Berichtsjahr 2014 die Beteiligung insbesondere der Anbieter ambulant betreuten Wohnens (AF 13) deutlich erhöht hat, sind hier weitere Anstrengungen nötig. Politik und Kostenträger sind aufgerufen, wirksame Anreizsysteme für Leistungserbringer zu schaffen, damit diese sich an der Datenerhebung beteiligen. Aber es braucht auf allen Seiten auch ein Interesse, die Auswertungsergebnisse vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität vor Ort regelmäßig und kritisch miteinander zu diskutieren.

Zur psychiatrischen Versorgungsstruktur

Die Gemeindepsychiatrie hat in der Region Hannover eine lange Tradition

Die Region Hannover hat ihr Angebot an psychiatrischen Hilfen bereits in den 1970er Jahren nach gemeindepsychiatrischen Grundsätzen aufgebaut und später weiter entwickelt. Zur Koordination dieser Aktivitäten wurde 1974 der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) ins Leben gerufen, der monatlich zusammentritt und seit 1998 die Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) im Großraum Hannover (ab 2001: Region Hannover) bildet. Für das Jahr 2000 wurde erstmals ein Sozialpsychiatrischer Plan (SpP) über den Bedarf und das gegenwärtige Angebot an Hilfen für psychisch erkrankte Menschen gemäß § 9 NPsychKG erstellt und seitdem jährlich fortgeschrieben. Der Arbeitskreis, seine Fachgruppen und die Sektor-Arbeitsgemeinschaften haben immer wieder wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Hilfen in der Region gesetzt. In den Jahren 2012 und 2013 haben die Gremien des SpV eine Bilanz der letzten 15 Jahre gezogen und neue Perspektiven für die nächsten fünf Jahre entwickelt.⁶

Ambulante Angebote wurden ausgebaut und Heimplätze ersetzt Klinikbetten

Eine erste Studie zum Umfang der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Gesamtgebiet der Landeshauptstadt und des damaligen Landkreises Hannover führte vor 45 Jahren bereits Heiner Frost durch.⁷ Ein Vergleich mit den seit 1998 für den SpP erhobenen Zahlen verdeutlicht, wie viele ambulante und teilstationäre Angebote neu geschaffen bzw. schrittweise ausgebaut wurden (Tabelle 1). Im stationären Bereich sank die Zahl der Klinikbetten von 1967 bis 1998 um 60%

⁶ Region Hannover (2014): Vorwärts nach weit – 15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund. Sozialpsychiatrische Schriften Band 5 (Eigendruck)

⁷ Frost H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. Hannover: Medizinische Hochschule (Eigendruck)

(Abnahme von 2781 auf 1101), während im selben Zeitraum fast ebenso viele psychiatrische Wohn- und Pflegeheimplätze hinzukamen (Anstieg von 230 auf 1862). Hierbei muss mitbedacht werden, dass die Heime einen bisher unbekanntem Anteil von Bewohnern aus anderen Kommunen betreuen, das KRH Psychiatrie Wunstorf und das Klinikum Warendorff weiterhin auch außerhalb der Region Hannover Versorgungsverpflichtungen haben.

Tab. 1: Umfang einiger Hilfsangebote in der Region Hannover 1967 – 2014

Anzahl der Einwohner (in Mio.)			0,81	1,14	1,13	1,13	1,13
Angebotsform mit Code-Nummer			1967	1998	2006	2009	2014
amb.	10/50	amb.-aufsuchende Dienste (SpDi/PIA)	3	11	21	22	24
	12	Kontakt- und Beratungsstellen	0	9	10	11	17
	13	Plätze amb. betr. Wohnen (SGB XII)	0	291	~1000	1337*	1521*
teilstat.	20	Plätze Tagklinik Erwachsene (SGB V)	0	118	136*	221*	299*
	21	Plätze Tagklinik KJP (SGB V)	0	5	20*	21*	42*
	23	Plätze Tagesstätten (SGB XII)	0	109	187	195*	263*
	24/25	beschützte Arbeitsplätze (WfbM, RPK)	0	300	447	567	637**
stat.	30	Klinikbetten Erwachsene (SGB V)	2701	1032	865*	844*	914*
	31	Klinikbetten KJP (SGB V)	80	69	98*	103*	109*
	33	Wohnheimplätze (SGB XII)	0	525	646	1398*	1512*
	34	Pflegeheimplätze (SGB XI, SGB XII)	230	1337	1228	1447	737**

*) Daten zur Landespsychiatrieberichtserstattung Niedersachsen 2006-2014; Quellen: nds. Krankenhausplan, Landesamt für Soziales, Angaben Region Hannover (AF 13)

**) Daten von 2012; in der AF 24/25 einschl. RPK Beta-REHA (AF 15; 40 Plätze) und STEP-Arbeits- bzw. Beschäftigungs-Projekte (AF 15; 50 Plätze), ohne WfbM Niels-Stensen-Haus (AF 24; Anzahl der von Menschen mit seelischen Behinderungen belegten Plätze unbekannt)

Für die Region Hannover gelten besondere Rahmenbedingungen

Die Region Hannover ist mit einer Einwohnerzahl von über einer Million bei weitem die größte kommunale Gebietseinheit in Niedersachsen und sollte alle notwendigen Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Menschen vorhalten. Andere Kommunen sind nicht in der Lage, auf ihrem Gebiet Spezialangebote für die besonderen Bedürfnisse aller Nutzergruppen vorzuhalten. Aus diesem Grund steht im § 8 des NPsychKG die Aufforderung, bei Bedarf mit benachbarten Sozialpsychiatrischen Verbänden zu kooperieren. Im Rahmen der Erstellung eines Landespsychiatrieplans für Niedersachsen entstand die Idee, das Land für diese Zwecke unterhalb der Ebene der ehemaligen vier Regierungsbezirke in insgesamt 12 Versorgungsregionen zu gliedern.⁸ Die Landkreise bzw. kreisfreien Städte einer Versorgungsregion sollten sich abstimmen im Hinblick auf ein arbeitsteiliges Vorgehen bei speziellen Problemlagen, für die nicht überall ein passendes Angebot vorgehalten werden kann. Niemand sollte nur wegen Art und Ausmaß seiner psychischen Beeinträchtigungen genötigt werden, sich heimatfern betreuen zu lassen. Vorgeschlagen wurde eine Gliederung des Landes in 12 Versorgungsregionen, verbunden mit einem Vergleich anhand ausgewählter Kennzahlen.⁹ Die Tabellen 2 bis 4 enthalten die entsprechenden Ergebnisse zu den drei Regionen im ehemaligen Regierungsbezirk Hannover im Vergleich zum niedersächsischen Durchschnitt für das Berichtsjahr 2014.

⁸ Elgeti H (2015): Einführung: Niedersachsen bekommt einen Landespsychiatrieplan – Sachstandsbericht und Wünsche für die Umsetzung. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2014/15. Köln: Psychiatrie-Verlag; 11-18.

⁹ Elgeti H (2015): Versorgungsregionen verbessern Vergleiche – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichtserstattung für das Berichtsjahr 2013. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2014/15. Köln: Psychiatrie-Verlag; 172-188.

In der Region Hannover gibt es aufgrund der überdurchschnittlichen urbanen Verdichtung und der vergleichsweise höheren Arbeitslosigkeit einen erhöhten Bedarf für gemeindepsychiatrische Hilfsangebote. Entsprechend umfangreicher sind die voll- und teilstationäre Platzkapazität in Kliniken (Betten und Tagesklinikplätze) sowie die Anzahl der in nervenärztlichen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxen des KVN-Systems tätigen Fachleute. Das Tagesstätten-Angebot liegt leicht, die Platzkapazität in Wohnheimen deutlich über dem landesweiten Durchschnitt. Nur in der ambulanten Eingliederungshilfe (ambulant betreutes Wohnen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen) werden vergleichsweise weniger Plätze belegt. Bei den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen ist nach der entsprechenden Statistik des Niedersächsischen Landeamtes für Soziales in der Region Hannover nur eine Einrichtung registriert. Zahlreiche Menschen mit seelischen Behinderungen werden allerdings in Werkstätten (WfbM) beschäftigt, die primär für Menschen mit geistiger oder Mehrfach-Behinderung zugelassen sind. Die in der Statistik für die Region Hannover ausgewiesene Platzziffer von 13 pro 100.000 Einw. entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen, die sich etwa auf dem Niveau des Landesdurchschnitts bewegen dürften.

Tab. 2: Sozialstruktur und klinisches Behandlungsangebot 2014 nach Region

Bezirk	Versorgungsregion	Einw.-Zahl Tsd.	Siedl.-Dichte E./ha	Arbeitslose %	Sektor-Größe Tsd.	Klinikplätze pro 100.000 Einw.		
						Betten		TK-Plätze
						2013	2014	
Hannover	Hannover	1128	4,9	6,6	282	65	67	+34 %
	Hildesheim	494	1,8	6,1	247	55	60	+27 %
	Mitte	487	1,2	4,7	244	54	54	+21 %
Niedersachsen insgesamt		7.827	1,6	5,3	280	58	60	+26 %

Tab. 3: ambulantes KVN-Behandlungsangebot 2014 nach Region*

Bezirk	Versorgungsregion	NA	PSY	KJP	PTÄ	PTP	PT-KJP	FA	PT
		Vollzeitäquivalente Fachärzte (FA)			Vollzeitäquivalente Psychotherapie (PT)			Fachkraftziffer pro 100.000 Einw.	
		35,8	20,7	30,0	97,5	18 0,0	79,3	7,7	31,6
Hannover	Hannover	35,8	20,7	30,0	97,5	18 0,0	79,3	7,7	31,6
	Hildesheim	11,3	9,0	7,0	19,2	53,8	18,0	5,5	18,4
	Mitte	8,1	3,6	1,0	18,0	64,1	23,9	2,6	21,8
Niedersachsen insgesamt		182,1	99,3	130,8	406,8	1227,8	394,9	5,3	25,9

*) in Vollzeit-Äquivalenten (VZÄ) bzw. als Fachkraftziffer pro 100.000 Einwohner des Gebietes

Tab. 4: Angebot an Eingliederungshilfen 2014 nach Region

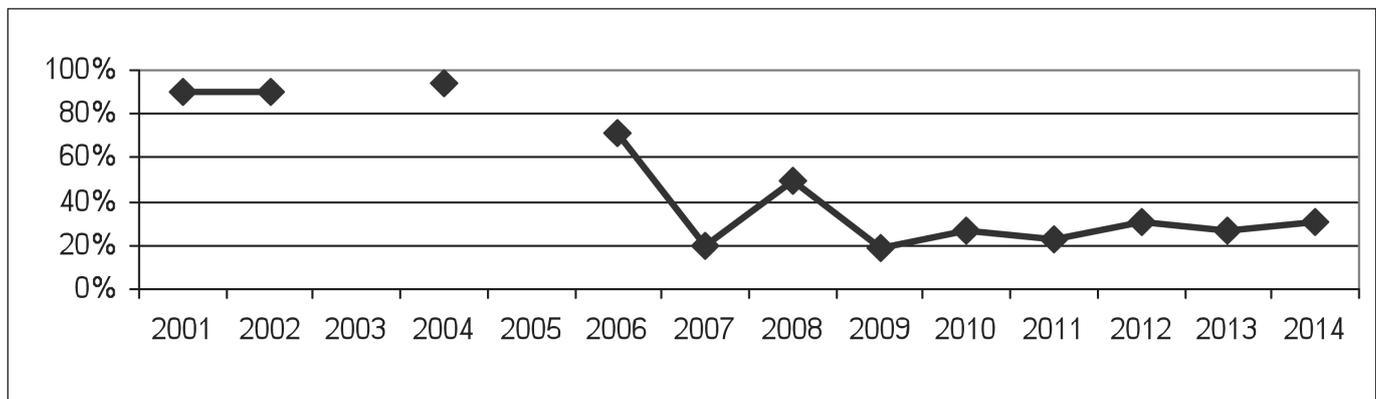
Bezirk	Region	Wohnheime	Werkstätten	Tagesstätten	abW
		Plätze pro 100.000 Einw.			
Hannover	Hannover	134	13	23	135
	Hildesheim	110	69	24	182
	Mitte	179	78	19	136
Niedersachsen insgesamt		90	54	21	155

Zu den teilnehmenden Einrichtungen und ihren Hilfsangeboten

Zu wenige Daten für Vergleiche zwischen Hilfsangeboten aller Angebotsformen

Ausreichend Daten zu den Hilfsangeboten erhielt die Geschäftsstelle des SpV nur für die Jahre 2001, 2004 und 2006 (Abbildung 1). 2006 waren neben einigen Berufsverbänden, Selbsthilfe-Initiativen und Gästen ohne eigene psychiatrische Dienste insgesamt 163 Hilfsangebote registriert, von denen 115 Datenblätter A und B abgaben (71%). Im Berichtsjahr 2014 lieferten von den insgesamt 246 Hilfsangeboten 76 diese Datenblätter ab (31%). Der Sozialpsychiatrische Dienst bildet die einzige Angebotsform, in der diese Datenblätter zu 100% ausgefüllt wurden, in allen anderen Angebotsformen liegt der Anteil unter 50%. Berechnungen der Kennzahlen K1 bis K9 zu den Hilfsangeboten sind unter diesen Umständen auf der Ebene der Angebotsformen nicht aussagekräftig und wurden daher nicht in diesen Auswertungsbericht aufgenommen.

Abb. 1: Anteil registrierte Hilfsangebote mit DB A+B 2001 - 2014



Patientenbezogene Daten nur für eine Minderheit der Nutzer vorhanden

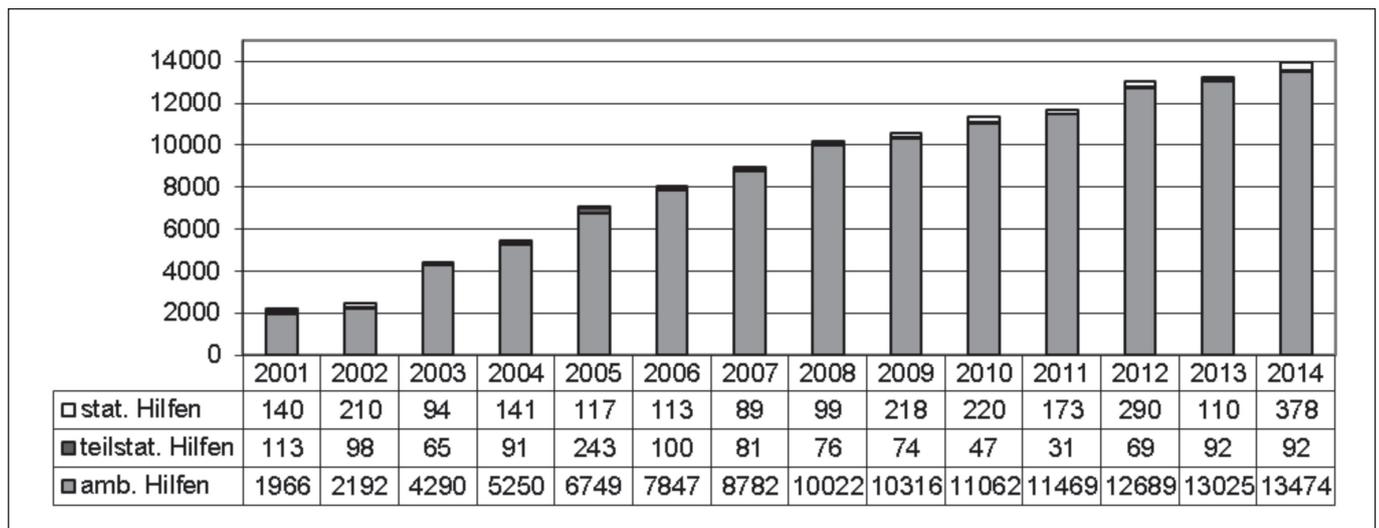
Die Gesamtzahl psychisch erkrankter Menschen, die innerhalb eines Jahres mindestens ein institutionelles psychiatrisches Hilfsangebot in der Region Hannover in Anspruch nehmen, lässt sich bisher nur ganz grob schätzen. Es dürften ungefähr 30.000 sein, die je zur Hälfte nur stationäre (Kliniken und Heime) oder (ggf. zusätzlich) ambulante Hilfen (SpDi, PIA, ambulant betreutes Wohnen und ambulante psychiatrische Pflege) von Einrichtungen im SpV der Region in Anspruch nehmen. Damit wären in der regionalen Psychiatrieberichterstattung bisher erst etwa 40% von ihnen mit einer patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation auf Basis eines Datenblattes C erfasst. In den meisten Fällen geschah dies aufgrund eines Kontakts mit dem SpDi, der ja auch für die Planung von Eingliederungshilfen zuständig sind.

Patientengruppen-Vergleiche für einige ambulante Angebotsformen möglich

Von 47 Hilfsangeboten wurden für 2014 insgesamt 13.944 DB C zur anonymisierten patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet; im Vorjahr waren es 32 Hilfsangebote mit 13.227 DB C (Abbildung 2). Ohne Berücksichtigung der 17 Kontaktstellen (AF 12) waren 2014 130 ambulante Hilfsangebote (AF 10-11, 13-19 und 50-51) im SpV der Region registriert,

von denen 36 (28%) DB C zur Auswertung einsandten. Allein 10.137 DB C kamen 2014 vom SpDi der Region (Zentrale und 12 Beratungsstellen; AF 50-51). Die beiden Beratungsstellen im Versorgungsgebiet der MHH beteiligten sich allerdings nur in einem geringen Ausmaß. Für das Berichtsjahr 2014 lieferten außerdem 16 von 36 Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) insgesamt 1.200 DB C – eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr. Darunter waren auch drei Angebote für intellektuell behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen (IBP), die erstmals probeweise ein modifiziertes Datenblatt C für diese Nutzergruppe ausfüllte. Außerdem beteiligten sich in der AF 16 sechs von 15 Suchtberatungsstellen (Sucht-BS) mit insgesamt 1.786 DB C. Ein weiteres ambulantes Hilfsangebot mit DB C war 2014 der Diakonische Betreuungsverein (AF 19; 351 DB C).

Abb. 2: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C in der Region 2001 - 2014



Von den insgesamt 42 teilstationären Hilfsangeboten im SpV der Region beteiligten sich an der Patientenbezogenen Datenerhebung im Berichtsjahr 2014 nur die WfbM der Pestalozzistiftung (AF 24; 33 DB C) sowie zwei Tagesstätten (AF 23): die Beta89-Tagesstätte Nordstadt (44 DB C) und die Tagesstätte Wunstorf von Hof Windheim gGmbH (15 DB C). Von den 57 stationären Hilfsangeboten waren es nur die psychiatrische Krankenstation der JVA Hannover (AF 39) sowie sieben Heim-Einrichtungen: das STEP-Wohnheim Gestorf (AF 36; 56 DB C) und die WG STEP-Kids (AF 37; 1 DB C), die Wohnheime und Außenwohngruppen der Einrichtung für psychisch Genesende Wedemark (AF 33; 94 und 15 DB C), die Charlottenhof-Wohnheime in Wunstorf und Steinhude (AF 33; 70 DB C), das AWO-Wohnheim in der Nordfelder Reihe in Hannover (AF 33; 38 DB C) und die Wohngruppen für Kinder und Jugendliche des Stephansstifts (AF 37; 54 DB C).

Merkmale der betreuten Patientengruppen

Höherer Männeranteil als in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen

Trotz der genannten Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse zu den betreuten Patientengruppen der drei ausgewählten Angebotsformen (Tabelle 5). In den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden überwiegend Männer betreut. Bei niedergelassenen

Psychiatern und Psychotherapeuten überwiegen dagegen immer deutlich die Frauen, die im Durchschnitt viel besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben und die empfohlenen Therapien durchzuhalten. Unter den in Hilfsangeboten der AF 13 (abW) betreuten Klienten ist das Übergewicht der Männer noch stärker. Hier muss aber mit berücksichtigt werden, dass der seit 2005 beteiligte Anbieter SuPA GmbH mit seinen meist (auch) suchtkranken Nutzern in der AF 13 bis 2013 zwischen 41% und 58% aller ausgewerteten Datenblätter C zum Datenmaterial beigetragen hat. Der hohe Anteil männlicher Patienten (K9) in der AF 16 (Sucht-BS) ist angesichts des starken Übergewichts von Männern bei der Alkoholabhängigkeit keine Überraschung.

Tab. 5: Nutzermerkmale bei ambulanten Angebotsformen 2001, 2006, 2011 - 2014

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 45 J. (K11)	Patienten ab 65 J. (K12)	rechtliche Betreuung (K13)	psycho-soz. Risiko (K14)
SpDi (AF 50)	2001	1085	48 %	52 %	13 %	27 %	21,1
	2006	6214	53 %	47 %	16 %	39 %	21,2
	2011	9262	53 %	48 %	13 %	39 %	21,1
	2012	9392	53 %	48 %	12 %	41 %	21,0
	2013	9742	53 %	48 %	12 %	40 %	21,1
	2014	9830	53 %	47 %	12 %	40 %	21,1
abW (AF 13)	2001	197	55 %	60 %	4 %	46 %	23,8
	2006	795	62 %	57 %	6 %	57 %	22,8
	2011	680	64 %	48 %	5 %	56 %	22,3
	2012	936	59 %	50 %	4 %	57 %	22,3
	2013	843	58 %	48 %	5 %	56 %	22,4
	2014	1200	56 %	49 %	5 %	57 %	22,2*
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	60 %	53 %	4 %	1 %	19,0
	2006	784	66 %	51 %	5 %	1 %	18,6
	2011	1207	66 %	46 %	3 %	1 %	17,9
	2012	1709	66 %	45 %	4 %	1 %	18,0
	2013	1691	61 %	49 %	4 %	1 %	18,2
	2014	1786	62 %	46 %	5 %	1 %	18,7

*) ohne 64 Datensätze von drei Angeboten mit modifiziertem Datenblatt C zur Berechnung des Risiko-score für intellektuell Minderbegabte mit psychischen Erkrankungen (IBP)

Steigender Anteil älterer Menschen unter den betreuten Patienten

Bei den Ergebnissen zur Altersverteilung (K10-K12) zeigt der absinkende Wert von K11 den allmählich zunehmenden Altersdurchschnitt der betreuten Patienten. Allerdings steigt der Anteil alter Menschen ab 65 Jahren (K12) nicht an. Angesichts des allgemeinen demographischen Wandels auch in der Region Hannover werden die Leistungserbringer in Zukunft verstärkt Betreuungsformen entwickeln müssen, die dem Bedarf psychisch kranker alter Menschen angepasst sind.

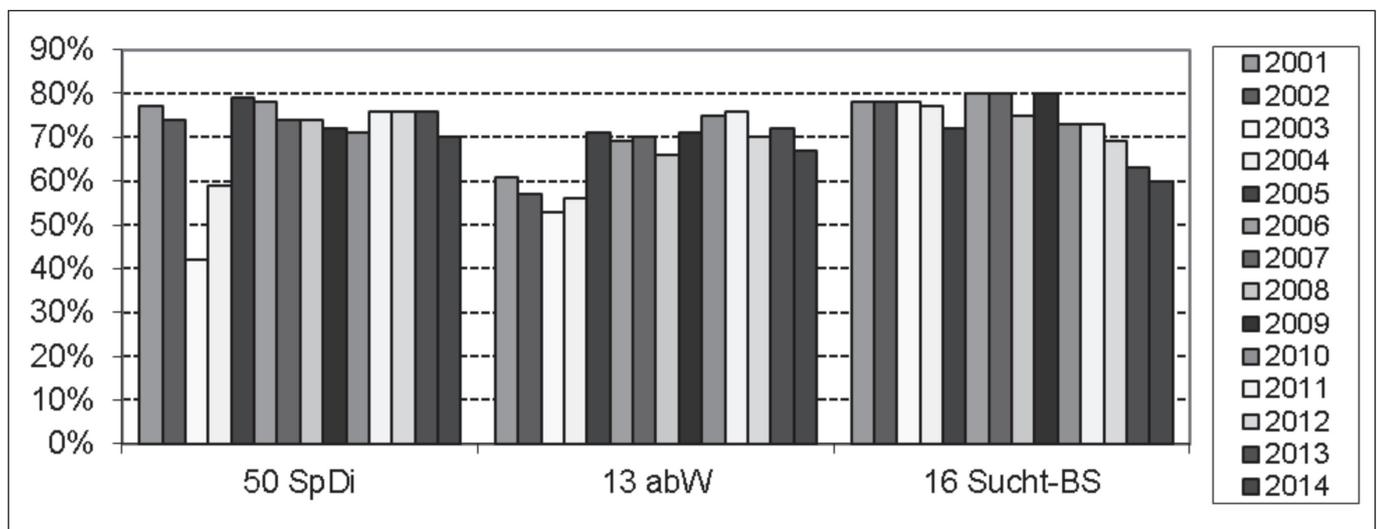
Kein Anstieg der rechtlichen Betreuungen in den letzten Jahren

Der Anteil von rechtlich betreuten Personen (K13) liegt im SpDi, der in den letzten Jahren über $\frac{3}{4}$ aller DB C lieferte, um die 40%, im abW über 50%. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer AF lassen vermuten, dass es da und dort Alternativen ohne eine rechtliche Betreuung geben könnte. Bei den Nutzern der Sucht-BS spielt eine juristische Flankierung keine nennenswerte Rolle.

Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore als Qualitätsmerkmal

Längst nicht bei allen Datensätzen kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden (Abbildung 3). Der Anteil, bei denen der Risikoscore berechenbar ist, hat bei den Sucht-BS (AF 16) mit steigender Anzahl gelieferter Datenblätter zuletzt deutlich abgenommen. Er liegt inzwischen unter dem Niveau des SpDi (AF 50) und des abW (AF 13), deren Datenqualität gegenüber dem Vorjahr ebenfalls abgenommen hat. Wenn das allen Anbietern zur Verfügung stehende EDV-Programm zur Eingabe und Auswertung der Daten stärker genutzt würde, könnte hier eine deutliche Verbesserung erzielt werden. Zu diesem Zweck wurden Ende 2015 erstmals Schulungen in der MHH angeboten, die auf großes Interesse stießen.

Abb. 3: Anteil DB C mit berechenbarem psychosozialem Risiko 2001 - 2014



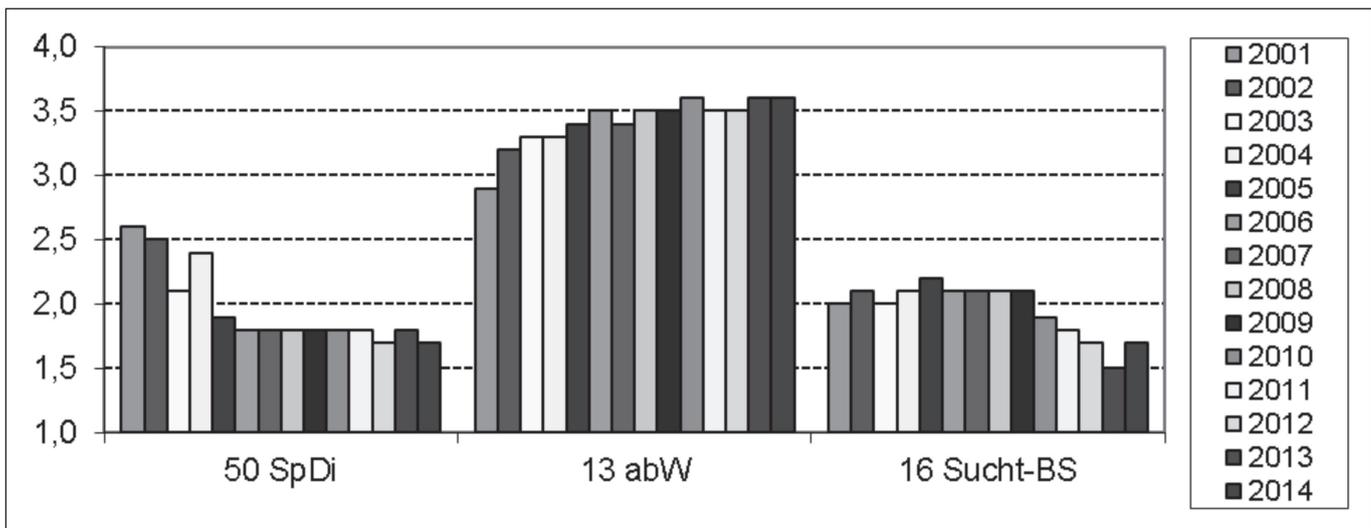
Kontrolle des Zielgruppenbezugs der Hilfen durch psychosozialen Risikoscore

Die Durchschnittswerte des psR (K14) veranschaulichen die Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen in den drei hier untersuchten Angebotsformen. Bei den Angeboten des abW (AF 13) ist der Durchschnittswert von 2001 bis 2009 von 23,8 auf 22,2 abgesunken und hielt danach in etwa dieses Niveau. Das gilt auch für das Berichtsjahr 2014 unter der Voraussetzung, dass die 64 Datensätze der IBP-Angebote unberücksichtigt bleiben, die bei modifizierter Berechnung dieser Kennzahl niedrigere Durchschnittswerte aufweisen. Würde man die IBP-Angebote mit einbeziehen, ergäbe sich für die gesamte AF 13 ein Durchschnittswert von 21,9.

Seit Jahren fast unveränderte Dauer der Betreuung im Jahr

Die Betreuungskontinuität (K15) gibt Auskunft über die Gesamtdauer der Betreuung im Berichtsjahr in dem Hilfsangebot, für das ein entsprechendes DB C ausgefüllt wurde. Bei den tagesklinischen und vollstationären Hilfsangeboten psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. (Kliniken haben sich bisher allerdings nicht an der Basis- und Leistungsdokumentation mit dem DB C beteiligt.) Bei allen anderen Angebotsformen wird zur Berechnung der Betreuungskontinuität die Anzahl der Quartale erfragt, in denen der Patient im Berichtsjahr im Hilfsangebot betreut wurde. Beim ambulant betreuten Wohnen kam es von 2001 bis 2006 zu einem Anstieg der durchschnittlichen Betreuungskontinuität auf 3,5 Quartale, die in den darauf folgenden Jahren etwa auf diesem hohen Niveau verblieb (Abbildung 4). Die geringe Betreuungskontinuität beim SpDi ist zurück zu führen auf eine Schwerpunktverlagerung von längerfristigen Betreuungen zu kurzen Kontakten im Rahmen von Kriseninterventionen, Hilfeplanverfahren und Begutachtungen. Die allmählich gesunkene durchschnittliche Betreuungskontinuität bei den Sucht-BS dürfte mit der gestiegenen Anzahl abgegebener Datensätze zusammenhängen.

Abb. 4: Betreuungskontinuität (K15) in den Hilfsangeboten 2001 - 2014



Spezielle Auswertungen

Regionale Verteilung der Inanspruchnahme teilweise nicht bedarfsgerecht

Auswertungen zur regionalen Inanspruchnahme der Hilfsangebote in den AF 50, AF 13 und AF 16 zeigen, dass die Angebote in den verschiedenen Teilgebieten der Region nicht im gleichen Ausmaß genutzt werden (Tabelle 6). Differenzen können durch unterschiedliche Bedarfslagen in der Bevölkerung bedingt sein, aber z.B. auch durch eine ungleichmäßige örtliche Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Angebote, auch derjenigen, die im Kontext der hier dargestellten Angebotsformen relevant sind (z.B. Institutsambulanz der psychiatrischen Kliniken).

Tab. 6: regionale Inanspruchnahmeziffer ambulanter Angebotsformen 2014

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E/ha)	Arbeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.			
						AF 50	AF 13*	AF 16	
2	H-Freytagstr.	Hannover	108.874	24,9	5,4 %	950	193	92	177
3	H-Plauener Str.		59.659	24,6	9,2 %	1095		132	169
4	H-Deisterstr.		112.406	39,8	9,6 %	1237		181	151
5	H-Königstr.		104.142	28,9	8,6 %	1307		217	98
6	H-List/MH		66.264	44,8	5,3 %	266		192	149
11	H-Buchholz/MH		79.696	15,1	6,3 %	269		88	44
1	Ronnenberg	Badenstedt	12.111	27,1	9,4 %	708	42	177	
		Barsinghau.	35.310	3,4	4,3 %				28
		Gehrden	15.672	3,6	3,6 %				38
		Ronnenberg	25.089	6,6	5,9 %				84
		Seelze	34.771	6,4	5,8 %				64
		Wennigsen	14.981	2,8	3,4 %				47
7	Burgdorf	Burgdorf	31.824	2,8	5,7 %	624	35	163	
		Lehrte	45.029	3,5	5,5 %				72
		Sehnde	24.150	2,3	3,4 %				37
		Uetze	20.793	1,5	5,2 %				63
8	Neustadt	Garbsen	64.155	8,1	6,3 %	667	46	234	
		Neustadt	45.249	1,3	4,8 %				71
		Wunstorf	42.987	3,4	4,2 %				112
9	Laatzen	Hemming.	20.043	6,3	3,5 %	597	23	182	
		Laatzen	43.029	12,6	6,3 %				51
		Pattensen	14.969	2,2	3,3 %				20
		Springe	30.178	1,9	5,6 %				86
10	Langenhagen	Burgwedel	21.819	1,4	3,4 %	632	109	51	
		Isernhagen	24.385	4,1	3,4 %				23
		Langenhag.	55.664	7,7	6,1 %				190
		Wedemark	30.781	1,8	3,4 %				42
2-6,11		Stadt Hannover	543.154	26,6	7,5 %	909	193	152	115
1,7-10		Umland der Region	640.878	3,1	5,0 %	649	74	52	163
1-11		Region Hannover	1.184.032	5,2	6,2 %	766	128	97	141

*) Die Werte der linken Spalte beziehen sich auf die Angaben des Sozialhilfeträgers zu den Ende 2014 belegten Plätzen. Die kursiv gedruckten Werte der rechten Spalte sind nach der Anzahl der ausgewerteten Datenblätter C für das Berichtsjahr 2014 mit Wohnadresse in der Region Hannover berechnet (N=1146), die 75% der Ende 2014 belegten Plätze ausmachen.

Beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) könnten auch unterschiedliche Praktiken bei der Indikationsstellung durch die zuständige Klinik bzw. die SpDi-Beratungsstelle als Fachdienst des Sozialhilfeträgers mitspielen. Zur Auswertung wurde für die AF 50 die Zahl der DB C des SpDi der Region herangezogen. Die vergleichsweise geringe Anzahl von DB C aus den beiden Polikliniken der MHH, die bis Ende 2014 für die Sektoren 6 und 11 zuständig waren, führt zu entsprechend geringen Inanspruchnahmeziffern. Als Datengrundlage für die AF 13 wurde erstmals nicht nur die von der Region gemeldete Zahl der belegten Plätze zum Jahresende 2014 nach Kommune der Wohnadresse verwendet, sondern auch die Anzahl der ausgewerteten DB C der Anbieter, auch wenn diese nur rund 75% der tatsächlich belegten Plätze abdeckt. Bei der AF 16 wird die Zahl der DB C der von der Region Hannover geförderten sechs Beratungsstellen für legale Suchtmittel verwandt.

In einer früheren Untersuchung ließ sich zeigen, dass die regionale Inanspruchnahme des SpDi mit seinen dezentralen Beratungsstellen bei ungünstiger Sozialstruktur der Bevölkerung im Versorgungssektor ansteigt.¹⁰ So ist die Inanspruchnahmeziffer in der AF 50 auch für das Jahr 2014 in den entsprechend besonders belasteten innenstadtnahen Sektoren 3, 4 und 5 am höchsten. Die Sektoren 1 sowie 7 bis 10 im Umland der Region weisen dagegen bei geringerer urbaner Verdichtung und weniger Arbeitslosigkeit auch eine vergleichsweise niedrigere Inanspruchnahme auf.

Da sich die Hilfsangebote des ambulant betreuten Wohnens für das Berichtsjahr 2014 in erheblich größerem Umfang an der regionalen Psychiatrieberichterstattung mit dem DB C beteiligten, wurden diesmal auch diese Daten im Hinblick auf die regionale Verteilung ausgewertet. Denn die Daten der Region als örtlichem Sozialhilfeträger differenzieren beim Wohnsitz der betreuten Personen nach der Kommune und nicht nach psychiatrischem Versorgungssektor. Die Inanspruchnahmeziffer liegt in der Stadt Hannover knapp dreimal so hoch wie im Umland und zeigt zwischen den einzelnen Städten und Gemeinden des Umlands große Unterschiede. Auch innerhalb der Stadt Hannover scheint die regionale Inanspruchnahme zwischen den einzelnen Sektoren nicht unwesentlich zu differieren. Im Dialog mit den Leistungserbringern sollte erkundet werden, inwiefern hierfür tatsächlich unterschiedliche Bedarfslagen oder aber andere Gründe (z.B. Lokalisation und Alltagspraxis der Angebote, unterschiedliche Handhabung der Indikationsstellung) verantwortlich sind.

Auch die Ergebnisse zur regionalen Inanspruchnahme der von der Region geförderten Beratungsstellen für legale Suchtmittel erbringen diskussionswürdige Ergebnisse. Drei dieser sechs Angebote sind in der Stadt Hannover lokalisiert, alle im Stadtbezirk Mitte (Sektor 5). Im Hinblick auf die Sozialstruktur der Bevölkerung würde man in der Stadt Hannover im Vergleich zum Umland eigentlich mehr suchtkranke Personen erwarten und damit einen höheren Bedarf an entsprechenden Hilfen. Im Gegensatz dazu ist die Inanspruchnahmeziffer im Umland der Region höher als in der Stadt. Hier wäre u. a. zu diskutieren, ob die Zielgruppe dieser Angebote alternativ zu den Sucht-BS auch die PIA der Kliniken in Anspruch nimmt, die ja ebenfalls Spezialangebote für Suchtkranke vorhalten. Damit ließen sich auch die viel niedrigeren Inanspruchnahmeziffern in den Sektoren 5 und 10 (Klinik Langenhagen) sowie 11 (MHH-Klinik) erklären.

¹⁰ Gapski J et al. (2011): Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun? In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (Hg.): Sozialpsychiatrischer Plan 2011 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. http://dyn2.hannover.de/data/download/RH/Ges_Soz/sozpsych/sozpsychpl2011/Sozialpsyplan_2011.pdf

Daten zur Zielvereinbarung für psychosekranke Männer unter 25 Jahren

Anfang 2007 beschloss der AKG eine regionale Zielvereinbarung zur Verbesserung der Betreuungskontinuität bei jungen psychosekranken Männern. Hat ein psychosekranker Mann unter 25 Jahren eine notwendig erscheinende psychiatrische Behandlung oder Betreuung ohne Anschlussperspektive abgebrochen, soll der SpDi gemäß NPsychKG darüber informiert werden. Solch ein Mensch hat nämlich in den ersten Krankheitsjahren ein besonders hohes Risiko für Therapieabbrüche und Suizidhandlungen. Im weiteren Verlauf gerät er leicht in soziale Isolation, wird unter Umständen obdachlos oder muss langfristig in einem Heim betreut werden. Die jeweils zuständige Beratungsstelle des SpDi soll nach Information über einen Abbruch eigentlich weiter notwendiger Hilfen versuchen, mit dem Betroffenen mindestens einmal pro Jahr in Kontakt zu kommen, für ihn und seine Angehörigen auch langfristig ansprechbar bleiben. Außerdem geht es darum, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. So wollte man mehr Personen aus der beschriebenen Zielgruppe erreichen, ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität verbessern und dadurch den Anteil klinisch behandelter Patienten senken. Spezielle Auswertungen des DB C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.¹¹

Leider wurde die Umsetzung dieser Zielvereinbarung nicht konsequent betrieben und geriet bei den Verbundgremien ganz aus dem Fokus der Aufmerksamkeit. In der Gesamtgruppe psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem DB C dokumentiert wurde, sind nur 3-4 % Männer unter 25 Jahren (Tabelle 7). Das Niveau des psychosozialen Risikoscore (K14) entspricht bei ihnen etwa dem der Gesamtgruppe (Ausnahme: 2013). Ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität (K15; Quartale pro Jahr) erreichte im Berichtsjahr 2014 erstmals fast den Durchschnitt der Gesamtgruppe, und der Anteil von Klinikbehandlungen ist deutlich gesunken.

Tab. 7: Merkmale psychosekranker Männer < 25 Jahren 2005 - 2014*

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychosekranke Männer < 25 Jahre					
	2005	2007	2009	2011	2013	2014	2005	2007	2009	2011	2013	2014
DB C	2416	2696	3146	3391	4081	4360	4%	3%	4%	3%	4%	3%
K14	22,4	22,5	22,3	22,2	22,3	22,4	22,7	22,2	22,5	22,4	21,5	22,5
K15	2,4	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	1,9	1,9	1,7	1,7	2,0
Klinik	32 %	22 %	20 %	19 %	18 %	17 %	49 %	33 %	31 %	29 %	34 %	22 %

*) ohne Einbeziehung der erst seit 2012 verfügbaren Daten der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover (AF 51)

Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Region Hannover unterhielt bis Ende 2014 für die Wahrnehmung der Aufgaben eines SpDi gemäß NPsychKG neben der Leitung mit Geschäftsstelle des SpV und Steuerungsstelle Eingliederungshilfen (Zentrale; 39.00) insgesamt neun dezentrale Beratungsstellen für Erwachsene

¹¹ Elgeti H, Schlieckau L, Sueße T (2011): Qualitätsvereinbarungen mit regionalen Zielvereinbarungen – geht das? Zwischenbericht über ein Projekt in der Region Hannover. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2011. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 134-142

(BS1-5 und BS 7-10) für jeweils einen Sektor. Nachdem die MHH den Vertrag zur Übernahme der SpDi-Aufgaben in ihrem Einzugsgebiet gekündigt hat, gibt es seit Anfang 2015 auch für die Sektoren 6 und 11 ein entsprechendes Angebot der Region. Weiterhin wird zentral eine Beratungsstelle für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (BS KJP) vorgehalten, die sich seit dem Berichtsjahr 2012 mit einem modifizierten Datenblatt C (Formular DB C-KJP im Anhang) an der Patientenbezogenen Dokumentation beteiligt.

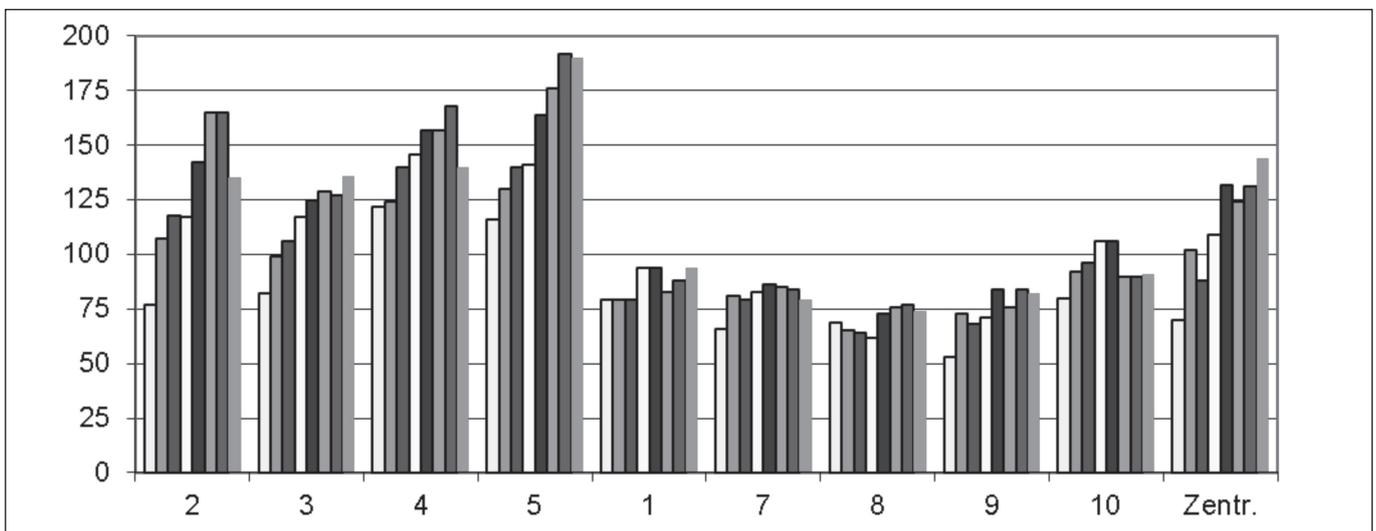
Tab. 8: Nutzermerkmale ambulant-aufsuchender Dienste (AF 50) 2013 - 2014

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	< 45 J. K11	≥ 65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
39.11	SpDi Zentrale	2013	2032	59 %	52 %	5 %	56 %	22,5	1,7
		2014	2117	59 %	53 %	5 %	55 %	22,4	1,7
39.01	BS 2 Freytagstr.	2013	1041	48 %	52 %	12 %	30 %	20,7	1,9
		2014	994	48 %	52 %	12 %	31 %	20,7	1,9
39.02	BS 3 Plauener Str.	2013	506	50 %	43 %	13 %	43 %	21,3	2,0
		2014	517	48 %	42 %	12 %	45 %	21,3	2,1
39.03	BS 4 Deisterstr.	2013	1061	54 %	51 %	9 %	40 %	20,8	1,9
		2014	1085	55 %	48 %	10 %	37 %	20,6	1,8
39.04	BS 5 Königstr.	2013	1212	53 %	53 %	9 %	38 %	21,4	1,9
		2014	1265	52 %	54 %	9 %	39 %	21,2	1,8
39.05	BS 1 Ronnenberg	2013	832	49 %	47 %	16 %	27 %	20,6	1,7
		2014	775	52 %	41 %	15 %	33 %	20,1	1,6
39.06	BS 7 Burgdorf	2013	692	54 %	40 %	16 %	39 %	21,4	1,7
		2014	692	53 %	37 %	18 %	38 %	21,6	1,6
39.07	BS 8 Neustadt	2013	765	53 %	43 %	14 %	33 %	20,3	1,6
		2014	839	47 %	45 %	18 %	28 %	20,7	1,8
39.08	BS 9 Laatzen	2013	690	52 %	39 %	18 %	31 %	19,7	1,7
		2014	637	53 %	37 %	19 %	29 %	20,1	1,8
39.10	BS 10 Langenhagen	2013	784	54 %	42 %	19 %	40 %	20,2	1,6
		2014	751	53 %	40 %	21 %	41 %	20,3	1,7
31.02/ 39.12	BS 6 MHH-Campus	2013	84	56 %	49 %	7 %	53 %	22,1	1,4
		2014	111	54 %	49 %	12 %	35 %	20,2	1,5
31.10/ 39.13	BS 11 MHH-List	2013	43	55 %	51 %	5 %	63 %	22,7	1,8
		2014	47	60 %	53 %	6 %	64 %	22,6	1,6
Ergänzung: zentrale Beratungsstelle des SpDi der Region für Kinder und Jugendliche (AF 51)									
39.09	BS KJP	2013	336	44 %	100 %		2 %	18,2	2,2
		2014	307	52 %	100 %		0 %	18,0	2,3

Bei den Patienten der Zentrale des SpDi (39.00) handelt es sich ganz überwiegend um seelisch behinderte Menschen mit einem Bedarf an Eingliederungshilfen, die im Rahmen von Hilfeplanverfahren gesehen wurden. Dies erklärt den geringen Anteil alter Menschen (K12), die Häufigkeit rechtlicher Betreuungen (K13) und das hohe psychosoziale Risiko (K14) bei diesen Patienten. Die Patientengruppen der dezentralen Beratungsstellen zeigen bei einzelnen Merkmalen einige Unterschiede, die wohl eher mit den Arbeitsweisen der Teams als mit den Besonderheiten in der Sozialstruktur der Einzugsgebiete zu tun haben (Tabelle 8). Die geringe Anzahl von Datenblättern C in den Beratungsstellen für die Sektoren 6 und 11 dürfte sich in den nächsten Jahren den Werten im übrigen Stadtgebiet Hannovers angleichen.

Ab 2007 werden die seit 2005 ziemlich vollständig dokumentierten Patienten der Beratungsstellen (BS) des SpDi mit den dort eingesetzten Personalressourcen in Beziehung gesetzt. Unter Berücksichtigung der Betreuungsdauer im Jahr lässt sich die durchschnittliche Fallzahlbelastung im Quartal pro eingesetzte Vollzeit-Fachkraft berechnen (Abbildung 5). Die Fallzahlbelastung liegt in der innerstädtischen BS Königstr. (Sektor 5) am höchsten und in den Umland-BS Ronnenberg-Empelde (1), Burgdorf (7), Neustadt (8) und Laatzen (9) durchgehend niedriger als in den stadthannoverschen Sektoren. In den Berichtsjahren 2007 bis 2013 wurde insbesondere für die stadthannoverschen Sektoren 2, 4 und 5 ein Besorgnis erregender Anstieg der Arbeitsbelastung in der Einzelfallhilfe registriert, der im Übrigen auch landesweit festzustellen war.¹² Für die Sektoren 2 und 4 – nicht jedoch für den Sektor 5 – kam es 2014 durch Personalausgleich zu einer nennenswerten Entlastung auf das Niveau des stadthannoverschen Sektors 3. Wegen ihrer deutlich anderen Arbeitsweise bleibt die SpDi-Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (AF 51) bei diesem Vergleich unberücksichtigt.

Abb. 5: Fallzahl pro Quartal und Vollzeit-Fachkraft nach SpDi-BS 2007 - 2014



¹² Elgeti H (2011): Macht den Sozialpsychiatrischen Dienst stark! – Daten und Fakten zur aktuellen Problematik aus Niedersachsen. Sozialpsychiatrische Informationen 41 (1): 10-14

Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

2014 hielten 32 (2013: 31) Einrichtungsträger insgesamt 36 (2013: 33) Angebote im ambulant betreuten Wohnen (abW) vor. 2013 hatten leider nur sechs von ihnen bei der Datenerhebung mit dem DB C mitgemacht, 2014 waren es dann aber immerhin 16 Angebote. (Dazu zählen auch drei IBP-Angebote mit insgesamt 64 Datensätzen, die ein modifiziertes DB C zur Berechnung des psychosozialen Risikos bei dieser Nutzergruppe ausprobierte.) Grund für diese erfreuliche Entwicklung war eine Initiative, die Beteiligung an der regionalen Psychiatrieberichterstattung mit den Datenblättern A-C in die Qualitätsvereinbarungen des Sozialhilfeträgers mit den Anbietern von ambulant betreutem Wohnen aufzunehmen. Das wurde auch von der Fachgruppe „Soziale Eingliederung“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes unterstützt. In diesem Zusammenhang wurde allen Anbietern zugesichert, dass die Ergebnisse ohne ihre ausdrückliche Zustimmung im Sozialpsychiatrischen Plan nur für die Angebotsform insgesamt und nicht für die einzelnen Angebote veröffentlicht würden. Rechtzeitig vor Veröffentlichung des nächsten Plans soll dazu eine Abfrage erfolgen.

Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse für die AF 13 ist gemeinsam mit den AF 50 und AF 16 im Abschnitt 3 dieses Beitrags gegeben worden, einschließlich der Entwicklung seit der erstmaligen Datenerhebung für das Berichtsjahr 2001. Für das Jahr 2014 wird für die Angebote des ambulant betreuten Wohnens nachfolgend zusätzlich die Bandbreite der Ergebnisse dargestellt (Tabelle 9). Die große Bandbreite bei den Nutzermerkmalen ist ein Zeichen für die unterschiedliche Zusammensetzung der Nutzergruppen. Das könnte theoretisch ebenso an der Sozialstruktur der Bevölkerung liegen wie an der Verfügbarkeit anderweitiger aufsuchender Hilfen im Einzugsgebiet. Weitere Erklärungsmöglichkeiten sind eine unterschiedliche Alltagspraxis der Angebote oder deren Spezialisierung auf verschiedene Zielgruppen. Eine Differenzierung der Ergebnisse nach den einzelnen Hilfsangeboten könnte wichtige Anregungen für eine Einrichtungsübergreifende regionale Qualitätszirkelarbeit geben.

Tab. 9: Nutzermerkmale beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) 2014

1200 ausgewertete Datenblätter C		Anteil Männer	Alter <45 Jahre	Alter ab 65 Jahre	Anteil BtG-Betreuung	psychosoziales Risiko**		Betreuungskontinuität
		K9	<45 J	K12	K13	K14 Wert	K14 Anteil	K15
Durchschnitt		56 %	49 %	5 %	57 %	22,2	67 %	3,6
Bandbreite*	Minimum	27 %	26 %	0 %	29 %	21,4	28 %	3,1
	Maximum	71 %	66 %	18 %	91 %	23,8	91 %	4,0

*) ohne Berücksichtigung von Angeboten mit weniger als 10 berechenbaren Datensätzen

**) ohne IBP-Angebote

In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im abW verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen gemäß dem im Hilfeplanverfahren individuell festgestellten Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung, so dass andernorts übliche lange Wartezeiten vermieden werden. Seit dem Berichtsjahr 2001 hat

sich bei ständig steigender Inanspruchnahme der Anteil von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (das entspricht Werten zwischen 26 und 32) insgesamt deutlich vermindert (Tabelle 10). In den letzten Jahren war die Betreuungskontinuität weitgehend unabhängig von der Höhe des psychosozialen Risikos. Wünschenswert wäre eine größere Kontinuität der Betreuung von Personen mit einem höheren Risikoscore.

Tab. 10: Betreuungskontinuität im abW nach Risikoscore 2001, 2006, 2010 - 2014

Risikoscore	Anzahl	Verteilung psychosoziales Risiko				Betreuungskontinuität (Quartale)			
		7-13	14-19	20-25	26-32	7-13	14-19	20-25	26-32
2001	197		6 %	67 %	28 %		2,4	3,2	2,8
2006	795		14 %	69 %	17 %		3,4	3,5	3,5
2010	691	0,2 %	15 %	77 %	8 %	4,0	3,6	3,6	3,7
2011	680		14 %	78 %	8 %		3,5	3,6	3,2
2012	936	0,3 %	14 %	75 %	11 %	4,0	3,5	3,6	3,5
2013	847		15 %	75 %	11 %		3,7	3,7	3,5
2014	1200	1,5 %	17 %	73 %	9 %	3,8	3,6	3,6	3,6

Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW zeigt im Verlauf der Jahre einen zwischen etwa 40% und 60% schwankenden Anteil an Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen (2014: 49%). Funktionelle Psychosen (schizophrener Formenkreis, bipolare Psychosen und schwere depressive Erkrankungen) als Kerngruppe komplementärer Hilfen in der Psychiatrie sind je nach Berichtsjahr mit rund 25% bis 40% vertreten (2014: 25%). Die Diagnosegruppe der Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und der Entwicklungsstörungen (F8 und F9 nach ICD-10) spielt ähnlich wie diejenige der neurotischen und psychosomatischen Störungen eine geringere Rolle (2014: jeweils 11%), psychoorganische Störungen und intellektuelle Minderbegabungen werden als Erstdiagnose kaum einmal angegeben (2014: 4%). Bei den Ergebnissen für das Berichtsjahr 2014 bleiben die 64 Datensätze der drei IBP-Angebote unberücksichtigt, weil hier statt der Diagnosegruppe das Ausmaß des psychischen Störungsbildes erhoben wurde (Formular DB C-IBP im Anhang).

Für die Berichtsjahre ab 2008 gibt es für die Anzahl belegter Plätze im abW Vergleichsmöglichkeiten mit anderen niedersächsischen Kommunen, auch wenn nicht alle Landkreise bzw. kreisfreie Städte entsprechende Daten melden. Immerhin stieg die Beteiligung für das Berichtsjahr 2014 einschließlich der Region Hannover auf 38 der insgesamt 45 Kommunen (Stadt und Landkreis Osnabrück bilden einen gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbund). Bei den Auswertungen zeigt sich, dass die Inanspruchnahme in der Region Hannover in den letzten Jahren unter dem Durchschnitt der übrigen Kommunen lag, obwohl angesichts der hohen Siedlungsdichte in der Region eher überdurchschnittliche Werte zu erwarten wären (Tabelle 11).

Tab. 11: Inanspruchnahmeziffer abW für die Region und Niedersachsen 2008 - 2014

		Landkreise und kreisfreie Städte mit Daten (ohne Region Hannover)					
	Region	Anzahl	Wert	Differenzierung der Kommunen nach Siedlungsdichte			
Einw./ha	4,9		1,6	< 1,0	1,0 -< 2,0	2,0 -< 3,0	≥ 3,0
2008	97	27	80	71	84	49*	100
2009	118	22	127	70	84	181	190
2010	120	28	108	69	79	184*	179
2011	125	29	134	94	106	234	176
2012	132	27	138	94	104	223	214
2013	140	27	153	88	128	193	218
2014	135	37	159	117	128	197	257

*) Daten aus nur zwei von insgesamt vier Kommunen

Daten zu den Suchtfachstellen (AF 16)

Die Beteiligung der Suchtberatungsstellen an der Psychiatrieberichterstattung hat sich in den letzten Jahren verbessert. Alle sechs von der Region Hannover geförderten Beratungsstellen für legale Suchtmittel waren für das Berichtsjahr 2014 dabei (im Vorjahr waren es fünf), die Anzahl der gelieferten DB C hat sich in den letzten fünf Jahren deutlich erhöht. Bei den Merkmalen der Nutzergruppen für die einzelnen Angebote fällt der vergleichsweise geringere Anteil von Männern (K9) bei der Sucht-Beratungsstelle Hannover des Diakonischen Werks (11.01) auf (Tabelle 12). Bei den übrigen Kennzahlen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede: Es werden überall etwa so viele jüngere wie ältere Personen (K11) betreut, der Anteil von Personen im Alter von mindestens 65 Jahren liegt durchwegs unter 10%. Rechtliche Betreuungen (K13) sind selten, der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) schwankte 2014 zwischen 17,3 und 19,6. Die Durchschnittswerte bei der Betreuungskontinuität bewegten sich 2014 zwischen 1,4 und 2,0 Quartalen. Auf die bemerkenswerten regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Sucht-BS wurde bereits weiter oben eingegangen (siehe Seite 72).

Tab. 12: Nutzermerkmale bei den Suchtfachstellen (AF 16) 2013 - 2014

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Zahl Db C	Män. K9	< 45 J K11	≥ 65 J K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
09.02	Caritas Sucht-BS Gruppenstraße	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
		2014	183	66 %	37 %	6 %	5 %	18,8	1,9
09.05	Caritas Sucht-BS Garbsen	2013	307	70 %	51 %	2 %	2 %	18,0	1,7
		2014	325	71 %	46 %	5 %	1 %	19,0	1,8
11.01	Diakonisches Werk Sucht-BS Hannover	2013	573	48 %	48 %	4 %	<1 %	18,4	1,5
		2014	598	50 %	48 %	3 %	<1 %	18,6	1,5
12.01	DROBEL Sucht-BS Lehrte		<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
27.07	KRH Lgh PIA Sucht								
27.08	KRH Lgh PIA Königstr. Sucht								
28.26	Kl. W-dorff PIA Sucht Gartenstr.								
31.04	MHH Sucht-BS / ABAM								
31.13	MHH Heroin-Ambulanz								
35.11	KRH Wunstorf PIA Sucht								
40.04	STEP Sucht-BS / DROBS								
40.13	STEP Adaptation Nachbetr.								
40.01	STEP Sucht-BS / FAM Lange Laube	2013							
		2014	204	73 %	49 %	2 %	1 %	17,3	1,8
40.05	STEP Sucht-BS Barsinghausen	2013	122	72 %	47 %	4 %	0 %	19,3	1,8
		2014	139	71 %	52 %	2 %	3 %	19,6	2,0
48.01	Diakonie H-Land BS Burgdorf/Laatzten/Springe	2013	366	63 %	49 %	6 %	1 %	18,0	1,4
		2014	337	63 %	44 %	8 %	0 %	18,6	1,4

Merkmale der Nutzer der übrigen teilnehmenden Hilfsangebote

Kurz sollen hier auch noch die Ergebnisse für die übrigen elf Hilfsangebote dargestellt werden, die sich für das Berichtsjahr 2014 an der anonymisierten Patientenbezogenen Datenerhebung mit dem Datenblatt C beteiligt haben (Tabelle 13). Seit vielen Jahren sind dies der Diakonische Betreuungsverein (46.00), die Tagesstätte Engelbosteler Damm von Beta89 (07.05), die Wohnheime des Charlottenhofs (57.01) sowie die therapeutischen Wohngruppen des Stephansstifts für Kinder und Jugendliche (41.01). Seit 2012 beteiligt sich das AWO-Wohnheim Nordfelder Reihe (04.02). Neu hinzugekommen sind 2014 die Wohnheime und Außenwohngruppen der Einrichtung für psychisch Genesende Wedemark (13.01 und 13.04), das STEP-Wohnheim Gestorf (40.03), die Tagesstätte Wunstorf von Hof Windheim gGmbH (88.01), die WfbM-Betriebsstätte Mellendorf der Pestalozzistiftung (85.01) sowie die psychiatrische Krankenstation der JVA Hannover (96.01); die Datensätze der beiden letztgenannten Angebote erlaubten allerdings nur in einem Fall die Berechnung des psychosozialen Risikoscore (K14).

Ein Ergebnisvergleich für die AF 33 und AF 36 (stationäre Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII) zeigt die Unterschiede in der Ausrichtung der Wohnheime: Im Wohnheim Nordfelder Reihe werden hauptsächlich jüngere Männer betreut, der Charlottenhof betreut nur wenig Menschen unter 45 Jahren. Wenig Wechsel bei den betreuten Personen gibt es in den GfpG-Wohnheimen und deren Außenwohngruppen (K15: 3,9 Quartale), relativ viel im STEP-Wohnheim Gestorf (K15: 2,7 Quartale). Die Durchschnittswerte beim Risikoscore liegen in allen Heimen sehr hoch und – mit Ausnahme der GfpG-Außenwohngruppen – nah beieinander (K14: 25,7-26,6). Bei dieser Kennzahl gibt es einen deutlicheren Unterschied zwischen den Tagesstätten (AF 23) von beta89 (23,6) und Hof Windheim (20,6), verknüpft mit entsprechenden Unterschieden beim Anteil betreuter Personen mit einer rechtlichen Betreuung nach Betreuungsgesetz (68% versus 33%).

Tab. 13: Merkmale der Nutzer weiterer Hilfsangebote 2014

Code	Kurzbezeichnung	AF	Jahr	Zahl DbC	Män. K9	< 45 J K11	≥ 65 J K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
96.01	psychiatr. Station JVA Hannover	14	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	50	100 %	84 %	2 %	0 %	?	1,7
07.05	Beta89 Tagesstätte Engelbost. Damm	23	2013	38	42 %	40 %	0 %	66 %	23,9	2,9
			2014	44	45 %	45 %	0 %	68 %	23,6	2,8
88.01	Hof Windheim gGmbH TS Wunstorf	23	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	15	47 %	87 %	0 %	33 %	20,6	2,5
85.01	WfbM Mellendorf Pestalozzi-Stiftung	24	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	33	76 %	52 %	0 %	82 %	?	4,0
40.03	STEP-Wohnheim Gestorf	36	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	56	88 %	55 %	0 %	8 %	26,4	2,7
41.01	Stephansstift WG f. Kinder/Jugendliche	37	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	54	39 %	100 %	0 %	6 %	23,6*	2,9
46.00	Diakonischer Betreuungsverein	19	2013	338	49 %	39 %	31 %	100 %	19,2	3,1
			2014	351	50 %	36 %	31 %	100 %	21,0	3,4
04.02	AWO Wohnheim Nordfelder Reihe	33	2013	38	61 %	82 %		53 %	25,8	3,1
			2014	38	82 %	79 %	0 %	55 %	25,7	3,3
57.01	Charlottenhof-Heime Wunstorf/Steinhude	33	2013	65	57 %	20 %	28 %	89 %	26,4*	3,6
			2014	70	56 %	29 %	17 %	89 %	26,1*	3,2
13.01 13.02	GfpG-Wohnheime Wedemark	33	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	94	67 %	45 %	6 %	88 %	26,6	3,9
13.04 13.05	GfpG-Außen-WG Wedemark	33	2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2014	15	87 %	40 %	0 %	80 %	24,8	3,9

*) Anteil der der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore (K14) unter 50%

**) offenkundige Eingabefehler durch das Hilfsangebot

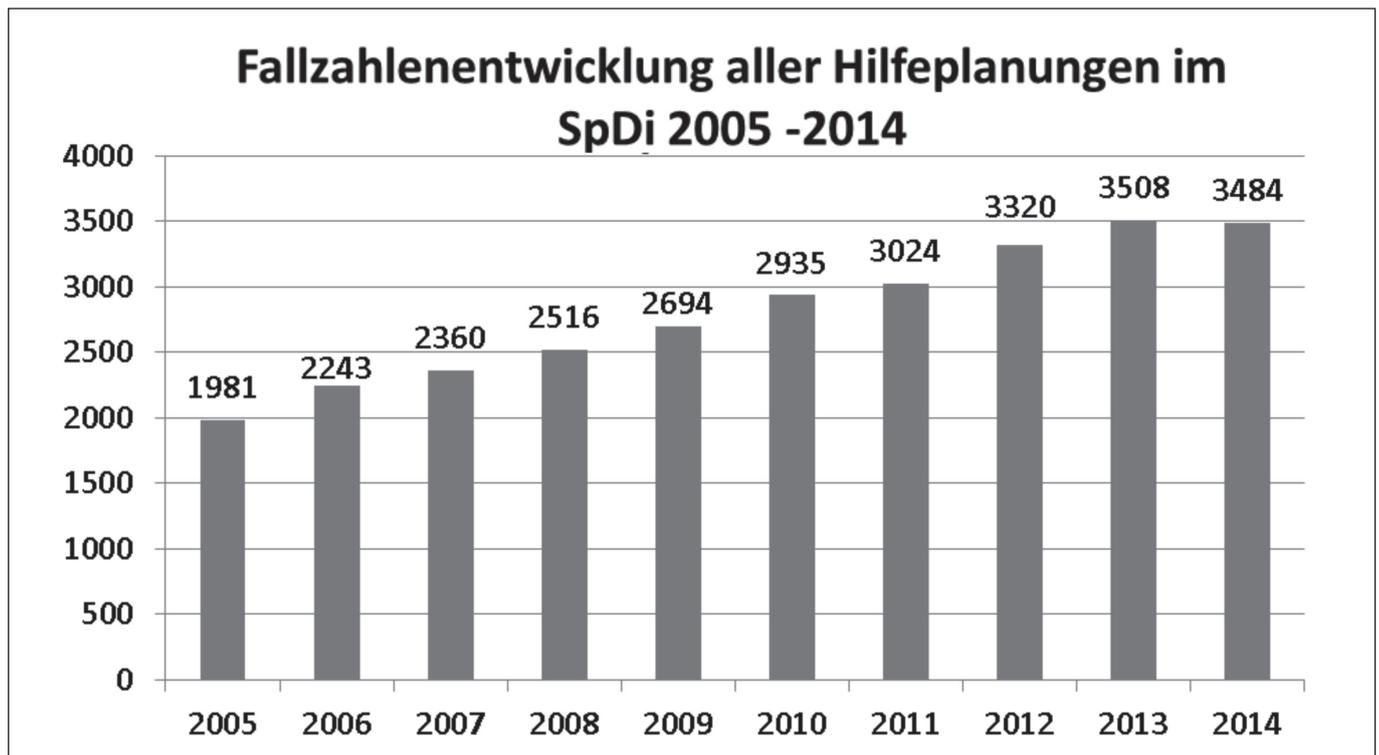
Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat für Soziale Infrastruktur · Stabsstelle Sozialplanung (II.3)
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

Fachsteuerung Eingliederungshilfe – Schnittstellenarbeit und Abgrenzungsfragen im Hilfekonferenzverfahren

von Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer, Nina Minnich, Ulrike Moock, Birgit Müller-Musolf, Therese Schäfer (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Anzahl der Anträge auf Eingliederungshilfe ist in den letzten Jahren auf etwa gleich hohem Niveau geblieben. Die Hilfeplanungen nehmen also weiterhin zu, da in der Regel weniger Klienten das Hilfesystem der Eingliederungshilfe verlassen als neu hinzukommen.



Die zentrale Sichtung und Erstbeurteilung der Anträge in der gemeinsamen Steuerung mit der gleichzeitigen multiprofessionellen Sicht von jeweils einem Mitarbeiter des jeweiligen Leistungsträgers (Verwaltung), einem Facharzt für Psychiatrie und einem in der Psychiatrie erfahrenen Sozialpädagogen der Fachsteuerung des SPDi ermöglicht den Überblick über notwendige Abgrenzungs- und Schnittstellenfragen in jedem Einzelfall.

Durch diese gemeinsame fachliche Sicht werden die individuellen Einzelfälle schon frühzeitig in Richtung der passgenauen Hilfen gesteuert. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, mit dem Blick auf das höchst mögliche Maß an Eigenverantwortung des Klienten, unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten im Sinne des fachlich Notwendigen. Hierbei werden alternative Maßnahmen zur EGH, die vorrangig sind, sowie bestimmte rechtskreisübergreifende und fachliche Fragestellungen berücksichtigt.

Neben den bereits in der Vergangenheit identifizierten Gründen für den Anstieg der Anträge auf EGH (Zunahme „weicher“ Diagnosen, fehlende Angebotssteuerung, Akquise der Leistungsanbieter, Veränderung der Behandlungsmöglichkeiten, etc.) entsteht der Eindruck, dass EGH die

vermeintlich mit dem wenigsten Aufwand zu erreichende Hilfe ist. Auch hierin liegt ein weiterer Grund für die hohe Anzahl der im Bereich der EGH gestellten Anträge.

Solche Anträge sind in der Regel, sowohl aus psychiatrischer als auch aus sozialhilferechtlicher Sicht, kritisch zu betrachten – auch weil oftmals Informationen über die individuelle Bedarfssituation und bereits weitere in Anspruch genommene Hilfen aus Bereichen außerhalb der EGH fehlen. Da hier meist bereits beim Klienten Erwartungen geweckt und die Richtung in die EGH vorgebahnt wurde, sind die erforderlichen Hilfebedarfsermittlungen und die ggf. erforderliche Aufklärung über alternative Hilfen in den durchzuführenden Hilfekonferenzen oft nur mit hohem Aufwand und dadurch sehr zeitintensiv zu erbringen. Die einzelne Hilfekonferenz verlängert sich dadurch zeitlich erheblich, wodurch automatisch die Anzahl der Durchführungen von Hilfekonferenzen bei gleichbleibender personeller Besetzung pro Woche reduziert wird.

In den Hilfekonferenzen geht es darum, unter Berücksichtigung der bestehenden rechtlichen Grundlagen, individuelle, passgenaue Unterstützungssysteme gemeinsam mit dem Klienten und seinem bisherigen und evtl. in der Zukunft zu ergänzenden Helfersystem zu entwickeln oder ein passendes System neu aufzubauen.

Die Fragen der Nachrangigkeit von EGH bzw. auch die der Vernetzung von Maßnahmen unterschiedlicher Rechtskreise sind dabei immer zu berücksichtigen.

In einer Vielzahl der Anträge auf EGH spiegelt sich wieder, dass das Angebot vorrangiger Maßnahmen entweder nicht ausreichend bekannt oder nicht ausreichend vorhanden ist, bzw. die Hürden für die Inanspruchnahme solcher Maßnahmen für die Klienten sehr hoch sind.

Aus diesem Mangel an Fachkenntnissen und tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten entsteht oftmals der Anspruch, dass EGH (vorzugsweise durch Ambulant Betreutes Wohnen) diese (vermeintliche) Versorgungslücke schließen sollte. Dass aus sozialhilferechtlicher Sicht, EGH in diesen Fällen nicht eingesetzt werden darf, stößt häufig sowohl bei den Klienten als auch bei den Leistungsanbietern (die leider meist selbst auch nur auf Möglichkeiten der EGH ausgerichtet sind und damit ein hohes wirtschaftliches Interesse an der Belegung ihrer Plätze haben) auf Unverständnis.

Aufgabe der Fachsteuerung in enger fachlicher Zusammenarbeit mit dem Leistungsträger ist es, in ständigem Kontakt mit ganz verschiedenen Beteiligten von Hilfesystemen zu sein und den Austausch vor dem Hintergrund der Beratung, aber auch bzgl. Schnittstellen- und Abgrenzungsfragen, zu pflegen und damit über die verschiedenen Möglichkeiten im Sinne der passgenauen Hilfen für den individuellen Einzelfall aufzuklären.

Die Zusammenarbeit in dieser Form erfolgt mit gesetzlichen Betreuern, Kliniken, Fachärzten, Job Centern, dem Fachbereich Jugend, Maßnahmeanbietern der Jugendhilfe, des Teams Sozialmedizin und Behindertenberatung, Angehörigen, APP, etc.

Wünschenswert wären Hilfekonferenzen mit Vertretern anderer Leistungsträger (aus anderen Rechtskreisen), wenn sich zur Entwicklung eines passgenauen Hilfekonzeptes die Notwendigkeit einer Kombination verschiedener Leistungen abzeichnet. Manchmal gelingt die Kooperation heu-

te schon gut (z.B. mit Fallmanagern des Job Centers, Ambulant Psychiatrischer Pflege, Jugendhilfe). In der Mehrzahl der Hilfekonferenzen, wird die Teilnahme solcher anderer Leistungsträger jedoch von diesen leider noch abgelehnt – auch wenn sich bereits im Vorfeld abzeichnet, dass andere Maßnahmen als die der EGH, geeigneter zur Deckung des individuellen Hilfebedarfs des Klienten wären.

An dieser Stelle sei auch die derzeit noch vorhandene Problematik, „Trägerübergreifende Persönliche Budgets“ zu gestalten, erwähnt. Hier wird meist die Teilnahme von Vertretern z.B. der Kranken- und Pflegekassen an Hilfekonferenzen in der Regel noch abgelehnt.

Besonders positiv bewertet die Fachsteuerung die Entwicklung der „Qualitätsstandards im Ambulant Betreuten Wohnen“ über die letzten Jahre.

Diese Qualitätsstandards wurden in der Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern der Leistungsanbieter und Vertretern der Region Hannover (aus den Teams Steuerung Eingliederungshilfen, Zentrale Aufgaben der Eingliederungshilfe, Sozialmedizin und Behindertenberatung, sowie Sozialpsychiatrischer Dienst/Fachsteuerung Eingliederungshilfe) zusammensetzt, entwickelt. Die Auseinandersetzung mit dem Thema und den unterschiedlichen Sichtweisen wurde von allen Beteiligten insgesamt als sehr konstruktiv erlebt. Es besteht Einigkeit, dass diese Arbeitsgruppe auch weiter als Austauschmöglichkeit und zur Anpassung der Standards an aktuelle Entwicklungen erhalten bleiben soll.

Innerhalb der Region Hannover wird weiterhin an Konzepten zu teamübergreifenden Veränderungen im Umgang mit Anträgen auf EGH gearbeitet. Aus Sicht der Fachsteuerung sollte dabei an der bewährten frühzeitigen multiprofessionellen Ersteinschätzung festgehalten werden. Das impliziert zwangsläufig, dass der SPD i als psychiatrische Fachinstanz immer in diesem Prozess einbezogen bleiben muss.

Außerdem ist eine „Einzelfall übergreifende Steuerung“ zur fachlich sinnvollen Angebotsstrukturierung dringend erforderlich. Bereits heute gibt es in einzelnen Maßnahmebereichen schon eine stetig gestiegene Anzahl von Anbietern (v.a. Ambulant Betreutes Wohnen) und in anderen Bereichen fehlen unbedingt notwendige Angebote (z.B. niedrigschwellige, zeitlich flexible Beschäftigungsangebote, evtl. auch mit Zuverdienstmöglichkeiten für Klienten). Zudem gilt es, bereits vorhandene Angebote „zeitgemäß anzupassen“ (Stichwort Inklusion).

Eine weitere Optimierung der Zusammenarbeit mit anderen Fachteams, Leistungsträgern und Maßnahmeanbietern ist ebenso wünschenswert, wie die Sensibilisierung in der „psychiatrischen Versorgungslandschaft“ insgesamt auf das gesamte Angebotsspektrum, hier besonders auf die vorhandenen Angebote außerhalb der EGH.

Eine umfassende, aber neutrale Erstberatung der einzelnen Klienten ist daher bereits vor Antragstellung auf Eingliederungshilfemaßnahmen unbedingt erforderlich, um einseitige „voreilige“ Anträge nur auf EGH-Maßnahmen bereits im Vorfeld zu vermeiden. Ein weiterer Vorteil einer solchen Erstberatung ist, dass der hilfeschuchende Klient dann nicht schon mit einer vorgefassten, nur schwer wieder zu korrigierenden Meinung in die Hilfekonferenz kommt.

So wird die ursprüngliche Intention des Hilfeforenzverfahrens mit einer offenen, alle Möglichkeiten und Entwicklungen berücksichtigenden Hilfeplanung wieder in den Vordergrund gerückt.

Aus Sicht der Fachsteuerung EGH des SpDi könnten damit u.U. auch die konstant hohen Antragszahlen auf EGH eingedämmt werden. Somit würden sich auch die derzeit zu langen Wartezeiten auf Hilfeforenzen wieder auf ein wünschenswertes Maß verkürzen.

Anschrift der Verfasserinnen und des Verfassers:

Henning Henß-Jürgens · Catrin Lagerbauer · Nina Minnich · Ulrike Moock · Birgit Müller-Musolf
Therese Schäfer · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Straße 4 · 30519 Hannover
E-Mail: Henning.Henss-Juergens@region-hannover.de · Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de
Nina.Minnich@region-hannover.de · Ulrike.Moock@region-hannover.de
Birgit.Mueller-Musolf@region-hannover.de · Therese.Schaefer@region-hannover.de

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 11 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Oliver Weidner und Fred Koch (*Sprecher der Fachgruppe*)

Rahmen der Fachgruppe

Unverändert seit 2001 arbeitet die Fachgruppe im Sozialpsychiatrischen Verbund und trifft sich vierteljährlich mit festem Tagungsort im Haus der Region. Es nehmen in der Regel zwischen 10 und 20 Personen an den Treffen teil. Vertreten sind Integrationsfachdienste, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Bildungsträger, ambulante Praxen für Ergotherapie, Kliniken, Leistungsträger (DRV, Jobcenter, Agentur für Arbeit) und Selbsthilfegruppen. Die Fachgruppe ist offen für weitere Interessenten.

Themen der Fachgruppe im Berichtszeitraum

Erweiterte und überarbeitete Auflage des reha-scout

Nach Abschluss der Aktualisierung des reha-scouts als Verzeichnis der Anbieter im Bereich Arbeit und Rehabilitation der Region Hannover wurde im ersten Quartal 2015 die Drucklegung in Auftrag gegeben.

Das Heft wurde in der Aprilsitzung des AKG vorgestellt und verteilt. Neben der Aktualisierung und Erweiterung der Anbieterinformationen wurde der reha-scout um das Kapitel JobCoaching erweitert, um diese im vergangenen Jahr etablierte Maßnahme den Interessenten vorzustellen.

Die zweite Auflage des reha-scout kann über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes bezogen werden. Außerdem ist eine pdf-Version über die Internetpräsenz des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu per Download zu erhalten.

Eingabe der Fachgruppe für Landespsychiatrieplan

Die Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation hat eine Stellungnahme für den endgültigen Landespsychiatrieplan des Landes Niedersachsen eingebracht. Diese lautet wie folgt:

„Für chronisch psychisch erkrankte Menschen besteht ein nicht unerhebliches Risiko aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB zu verlieren. Neben den Einbußen in Bezug auf das Einkommen, verlieren die Betroffenen damit oft haltgebende Strukturen und gesellschaftliche Wertschätzung. Die Möglichkeit von Zuverdienstarbeitsplätzen kann hier einen wesentlichen Ausgleich schaffen. Bislang gibt es keine rechtlich verbindlichen und zuverlässigen Regelungen für die Finanzierung von Zuverdienstangeboten für seelisch behinderte Menschen. Gute Modelle kommen daher oft nicht über den Projektstatus hinaus. Seit 2009 gibt es zu diesem Themenkreis die „Arbeitshilfe des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zu Zuverdienstmöglichkeiten im Rechtskreis des SGB XII“ Die Umsetzung dieser Empfehlung zur Schaffung und langfristigen Absicherung von Zuverdienstarbeitsplätzen wird daher von der Fachgruppe dringend empfohlen. Wir empfehlen weiterhin eine Initiative der Leistungsträger, Leistungserbringer und Nutzer zur rechtskreisübergreifenden Implementierung von niedrigschwelligen Zuverdienstangeboten. Darüber hinaus regen wir an, die gesetzlichen Rahmenbedingungen im SGB II und im SGB XII, die die Höhe des möglichen Zuverdienstes regeln, so auszugestalten, dass für die Betroffenen keine weiteren „Motivationsbremsen“ entstehen.“

Versorgung psychisch kranker Menschen mit Ergotherapieverordnung – Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei niedergelassenen Fachärzten

Aus der Sicht der Betroffenen und der Leistungserbringer für ambulante Ergotherapie ist auf dem Hintergrund von eingeführten Richtgrößen, Budgets und Regressandrohungen seitens der Prüfungsstelle Niedersachsen (www.arwini.de) gegen einzelne Fachärzt/-innen ein Rückgang der Verordnungen zu verzeichnen.

Herr von Seckendorff als Leiter der Selbsthilfegruppe IGsgMAR und Mitglied der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation initiierte am Selbsthilfetag Hannover im Mai dieses Jahres eine Unterschriftenaktion, die sich gegen diese Entwicklung richtete und die die KVN sowie die AOK-N aufforderte, die Praxis der Richtgrößenprüfung zu Gunsten einer besseren Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit notwendigen Ergotherapieverordnung zu verändern.

Diese Thematik beschäftigt die Fachgruppe auch weiterhin, da eine Veränderung der Versorgungssituation ambulanter Patienten bis heute noch nicht eingetreten ist. Neben der Auseinandersetzung mit dem Thema innerhalb der Fachgruppe befasst sich auch der AKG mit den entsprechenden Fragestellungen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungslage psychisch erkrankter Menschen.

Jobcoaching

Die in 2014 mit dem Versorgungsamt Hildesheim erarbeitete Maßnahme des Job-Coachings für Menschen mit Schwerbehinderung oder Gleichstellung ist in der Beantragung noch immer auf sehr wenige Fälle begrenzt. Zur konkreten Umsetzung kam es bis heute in lediglich einem Fall. Die Hintergründe für diese verschwindend geringe Inanspruchnahme sind in Ansätzen bekannt. Darum wird es im Rahmen der Fachgruppe und darüber hinaus auch im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie weitere Anläufe geben, um die Maßnahme bekannter zu machen und vor allem die bestehenden Hindernisse auszuräumen.

Ein Informationsflyer der Region zum Thema JobCoaching ist aktuell unter Mitwirkung der Fachgruppe in Arbeit. Dieser wird nach seiner Fertigstellung dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie vorgestellt und in Umlauf gebracht.

Ausblick auf das letzte Quartal 2015 und das kommende Jahr 2016

Im Rahmen der bereits genannten schwierigen Versorgungslage psychiatrischer Patienten bzgl. der Verordnung ambulanter Ergotherapie durch niedergelassene Fachärzte hat die Fachgruppe die Aufgabe, Alternativen zur klassischen Verordnung aufzuzeigen. Eine Möglichkeit stellt hier die Langfristverordnung ambulanter Ergotherapie dar. Die Fachgruppe wird dieses Thema aufbereiten und in einer der kommenden Sitzungen des AKG vorstellen.

Das Thema Jobcoaching wird wie ebenfalls bereits genannt die Fachgruppe auch in den kommenden Treffen beschäftigen. Neben der Beseitigung der bestehenden Zugangs- und Bewilligungshindernisse soll vor allem der Bekanntheitsgrad dieser Maßnahme erhöht werden. In anderen Bundesländern kann der hohe Wirkungsgrad einer JobCoaching-Maßnahme über die lange Zeit des Bestehens dortiger Angebote gut beobachtet werden.

Anschrift der Verfasser:

Oliver Weidner · Klinikum Region Hannover GmbH · Psychiatrie Langenhagen · Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis · Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen · E-Mail: oliver.weidner@krh.eu

Fred Koch · Klinikum Region Hannover GmbH · Ergotherapie · Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf
E-Mail: fred.koch@krh.eu

Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe*)

An der Arbeit der Fachgruppe im Berichtszeitraum beteiligten sich regelmäßig Herr Dr. Sueße und Herr Blanke, Herr Dr. Elgeti (Sprecher der Fachgruppe), Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohmühle GmbH), Herr Stein (Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH), Herr Meister (360° e.V.) sowie Herr Köster (STEP gGmbH). Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen. Im Berichtszeitraum fanden acht Sitzungen

statt. Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 bis 10.30 Uhr in den Diensträumen von Herrn Sueße in der Peiner Str. 4 statt.

Schwerpunkt der Arbeit im Berichtsjahr war die Organisation des Sozialpsychiatrischen Plans 2016 einschließlich Vorauswahl und inhaltlicher Ausgestaltung seines Schwerpunktthemas. Aus den drei intern priorisierten Vorschlägen wählte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie am 2. April als Schwerpunkt das Thema „Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem“ aus. Zur Behandlung der verschiedenen Aspekte dieses Themas konnten zahlreiche Autoren aus dem Kreis der Verbund-Mitglieder als Autoren gewonnen werden. Außerdem wurden erneut Möglichkeiten einer Verbesserung der Teilnahme an der Datenerhebung zur regionalen Psychiatrieberichterstattung diskutiert. Der Informations- und Meinungsaustausch zu unterschiedlichen Themen im Kontext der Fachgruppenarbeit wurde auch im Berichtsjahr fortgesetzt, bot den Mitgliedern manche Anregung und trägt zur Motivation bei, sich an der Fachgruppenarbeit zu beteiligen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover
E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

2015 wurden von den TeilnehmerInnen wieder regelmäßig Kasuistiken aus der Alltagspraxis (RisikopatientInnen mit fremdgefährdenden Aspekten bzw. Wiedereingliederung ehemaliger forensischer PatientInnen in die Gemeindepsychiatrie) vorgestellt. Weitere Themenschwerpunkte waren die endlich umgesetzte Novellierung des Nds. Maßregelvollzugsgesetzes, Projektvorschläge und Impulse für die Landespsychiatrieplanung und organisatorische Regelungen zur kurzfristigen Einweisungsmöglichkeit gemäß § 126 a StPO.

Bei den regelmäßiger Arbeitstreffen kommen alle 2 Monate Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Forensischen Kliniken, den regionalen psychiatrischen Fachkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen, den Justizvollzugsanstalten sowie aus dem Kreis der Anbieter im Verbund (Wohnheime, WG, Betreutes Wohnen, Werkstätten, Tagesstätten, RPK), von den Betreuungsgerichten und dem Kreis rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer, nicht zuletzt auch der Bewährungshilfe zusammen.

In der bewährten Fallarbeit gelingt es in einer wertschätzenden und konstruktiven Arbeitsatmosphäre fast immer, neue Sichtweisen einzubeziehen und daraus Empfehlungen und Lösungsvorschläge abzuleiten. Die multiprofessionelle Zusammensetzung ist genauso wertvoll wie die unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmer in einem interdisziplinären Dialog.

Das Thema medikamentöse Zwangsbehandlung ist durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2011 zum Brennpunkt geworden. Das jetzt novellierte Nds. Maßregelvollzugsgesetz hat entsprechend den Vorgaben aus Karlsruhe klare rechtliche Regelungen für die zwangsweise Behandlung krankheitsbedingt nicht selbstbestimmungsfähiger Patienten getroffen. Eine solche Behandlung ist ultima ratio, externe Gutachter müssen bestätigen, dass der Nutzen für den Patienten den Schaden deutlich überwiegt und seine Entlassungsfähigkeit fördert. Das Verfahren wird durch einen Rechtsschutz mit aufschiebender Wirkung abgesichert. Auch eine medikamentöse Behandlung oder Untersuchung zur Abwehr erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung ist in dem Gesetz verankert.

Die FachgruppenteilnehmerInnen begrüßen, dass das neue Landesgesetz die Rolle der rechtlichen BetreuerInnen im Maßregelvollzug stärkt. Sie können den Patienten als von außen kommende Begleiter Unterstützung bei der Durchsetzung Ihrer Anliegen geben und dazu beitragen, dass die PatientInnen in der Klinik als gleichberechtigte Be- und Verhandlungspartner wahrgenommen werden.

Die mit dem Vollzugsgesetz gleichzeitig neu geschaffene Möglichkeit der Wiederaufnahme im Maßregelvollzug auf freiwilliger Grundlage während der Zeit der Führungsaufsicht nach Bewährungsentlassung wird sicher nur für wenige Patienten in Betracht kommen. Auch in Krisen sollte nach Möglichkeit – folgt man der Diskussion der Fachgruppe – den stationären und ambulanten Angeboten des allgemeinen Versorgungssystems der Vorzug eingeräumt werden.

Die Fachgruppe unterstützt Bemühungen der Polizeidirektion Hannover, insbesondere akut psychotischen PatientInnen nach schwerwiegenden Straftaten in offensichtlich schuldgemindertem oder schuldunfähigen Zustand den Umweg über die Allgemeinpsychiatrie oder die Untersuchungshaft zu ersparen.

Künftig sollen kurzfristig ärztliche Sachverständige für eine diesbezügliche (Kurz)- Begutachtung abgerufen werden, ggf. werden auch die ärztlichen KollegInnen des SPD in solchen Notfällen zur Verfügung stehen.

Für die Landespsychiatrieplanung mit einem Expertengremium und externen Beratern hat die Fachgruppe einen Projektvorschlag für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser erarbeitet. Weitere Impulse wurden hinsichtlich einer besseren Vernetzung des Strafvollzuges mit dem psychiatrischen Versorgungssystem bei anstehender Entlassungsplanung psychisch Kranker Inhaftierter geliefert. Weiterer Diskussionsbeitrag ist eine Vernetzung von allgemeiner mit der forensischen Psychiatrie in Fachgruppen der Sozialpsychiatrischen Verbände nach dem Vorbild der Region Hannover.

Auch 2015 mussten einzelne Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB nach zum Teil langjähriger Behandlung in Wohnungslosigkeit entlassen werden, nachdem die Unterbringung aus rechtlichen Verhältnismäßigkeitsgründen beendet worden war. In den jeweils problematischen Fallkonstellationen konnte kein sich zu einer kurzfristigeren Übernahme in der Lage sehender Einrichtungsträger gefunden werden.

Wenn der Gesetzentwurf des BMJ für eine Novellierung des § 63 StGB mit einer Befristung der Unterbringung auf 6 oder 10 Jahren auf Bundesebene umgesetzt wird, werden künftig häufiger PatientInnen aus dem Maßregelvollzug auf das Versorgungssystem zukommen, deren krankheitsbedingte Risiken nicht immer optimal reduziert werden konnten. Bisher haben die Akteure des Versorgungssystems diese Entwicklung noch kaum zur Kenntnis genommen. Die Fachgruppe wird in den kommenden Monaten die resultierenden Problemfelder beleuchten und mögliche Lösungswege skizzieren..

Anschrift des Verfassers:

Andreas Tänzer · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf · Fachabteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf · E-Mail: andreas.taenzer@krh.eu

Fachgruppe „Weiterbildung im Verbund“
von Uwe Blanke (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Region Hannover gibt es derzeit kein berufsgruppenübergreifendes langfristiges Qualifizierungsangebot für Fachkräfte in ambulanten und stationären psychischen Einrichtungen. Um den daraus resultierenden negativen Folgen für die Qualität der Arbeit mit psychisch kranken Menschen und ihren Bezugspersonen entgegen zu wirken hat der Regionale Fachbeirat (RFP) empfohlen eine Weiterbildung in diesem Bereich zu entwickeln.

Nach der Vorstellung dieser Aufgabe im AKG im September 2014 konstituierte sich die Fachgruppe und erarbeitete in 3 Sitzungen Rahmenanforderungen für ein Curriculum. Methodisch wurden zunächst die fachlich erforderlichen Themen gesammelt, diskutiert, einander zugeordnet und abschließend mit den Vorgaben der Nds. Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen abgeglichen.

Ergebnis ist der Vorschlag für eine Architektur der geplanten Weiterbildung, die auf der einen Seite alle Anforderungen des rechtlichen Rahmens umfassend berücksichtigt und auf der anderen Seite deutlich darüber hinausgehende Akzente im Bereich der ambulanten Versorgung und Vernetzung, fachlich neuer Entwicklungen und ethischer Standards setzt. Methodisch werden neben klassischen Unterrichtsformen, Praxishospitationen, Module zur Entwicklung von Gruppenleitungskompetenz und im Supervision und Intervision zur Reflexion empfohlen.

Zeitgleich wurde seitens des KRH-Bildungszentrums bei der Region Hannover ein Antrag auf Förderung für das Projekt „Weiterbildung zur Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung“ gestellt. Die Weiterbildung umfasst 720 Unterrichtsstunden im Zeitraum von 2 Jahren. Die Fachgruppe bietet dem KRH-Bildungszentrum für die weitere Arbeit eine kontinuierliche Beratung und Unterstützung in Fragen der curricularen Gestaltung, der Gewinnung von Fachkräften für die die Unterrichtsinhalte, die Werbung für die Weiterbildung und die Entwicklung von Instrumenten zur Evaluation an.

Vorbehaltlich einer positiven Entscheidung durch die politischen Gremien der Region Hannover sieht der zeitliche Rahmen für das Jahr 2016 die Ausschreibung einer Leitungsstelle, die Entwicklung des Curriculums und die Zertifizierung der Weiterbildung vor. Der erste Kurs könnte anschließend zum 01.01.2017 beginnen.

Anschrift des Verfassers:

Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.de

Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“

von Susanne Batram und Tina Bugdoll (*Sprecherinnen der Fachgruppe*)

Rahmen der Fachgruppe

In der Fachgruppe treffen sich Interessierte aus den Bereichen Wohnen, Arbeit und Psychiatrie sowie von Seiten der Leistungsträger, die mit dem Klientel „geistige Behinderung und psychische Störungen“ befasst sind. Die Fachgruppe tagt in den ungeraden Monaten jeweils am letzten Mittwoch von 9-11 Uhr im Haus der Region.

Themen, Inhalte und Arbeit der Fachgruppe

In dem Jahr 2015 haben wir uns unterschiedlichen Themen gewidmet:

Das Thema der Januar Sitzung war die „Autismus Spektrum Störung“, hierbei gibt es eine große Schnittmenge von Menschen, die sowohl eine Autismus Spektrum Störung wie auch eine geistige Behinderung haben, es gibt aber auch Menschen mit dieser Problematik, die keine Intelligenzminderung haben. Wir hatten eine sehr eindrückliche Sitzung mit einem Betroffenen, der sehr plastisch die Besonderheiten dieser Problematik beschrieb.

In der März-Sitzung wurde Herr Lemli gehört. Er vertritt die Anliegen des Personenkreises von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in der sogenannte Expertenkommission, die sich seit Mai 2014 mit der Erstellung eines Landespsychiatrieplans beschäftigt, mit dem Ziel der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung für o.g. Klientel in Niedersachsen. Wir haben unsere gemeinsamen Standpunkte abgeglichen und ergänzt, sodass Herr Lemli unsere Anliegen in der Expertenkommission berücksichtigen kann.

Im Mai haben wir uns dem Thema „Junge Wilde“ oder auch „Menschen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf“ gewidmet, hier haben Fr. Kuhn und Fr. Rothauge einen Fall aus dem stationären Bereich vorgestellt. Dieser Fall steht stellvertretend für eine Klientel mit massiven Verhaltensauffälligkeiten und mangelnder passender Versorgung. Um einen tieferen Einblick in diese Problematik zu gewinnen soll dieses Thema in der FG weiter bearbeitet werden, dafür ist die Sitzung im November angedacht.

Den Juli-Termin nutzten wir für eine Exkursion zur Kronsbergklinik der STEP. Im letzten Jahr hatten wir das Schwerpunktthema „geistige Behinderung & Sucht“, dadurch war eine intensive Diskussion u.a. mit der Klinikdirektorin Fr. Bau zustande gekommen. Diese zeigte uns ihre Klinik und die bestehenden Angebote. Wichtig wurde, dass eine gute Vorabinformation und Absprache über die Besonderheiten des Klienten durch die jeweiligen abgebenden Experten die Erfolgsaussichten für eine Entwöhnungsbehandlung deutlich verbessern kann. Hierfür besteht auf beiden Seiten Offenheit. Die Exkursion wurde von allen Seiten als Zugewinn angesehen.

Die September-Sitzung musste leider aus organisatorischen Gründen ausfallen.

Zusätzlich gab es eine Anfrage bzgl. eines Arbeitsauftrages zur Schnittstellenproblematik in den verschiedenen Ressorts „Psychische Behinderung“ und „geistige Behinderung“. Hieraus ist ein Statement sowohl aus Sicht der Fachgruppe wie auch aus Sicht der beiden zuständigen Fachbereiche der Stadt/Region Hannover für psychische und für geistige Behinderung entstanden. Es gab eine große gemeinsame Übereinkunft bzgl. der Problematik und der daraus folgenden Visionen und Lösungsansätze.

Ziele der Fachgruppe

- Die Verbesserung der Kooperation und Information in der Versorgungslandschaft der Region Hannover
- Verbesserung der Versorgungsstruktur in der Region Hannover für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung: Ein Mehrfachversorgungszentrum (MVZ) mit diesem Schwerpunkt, aber auch die Schaffung von ambulanten und stationären Angeboten im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich.

Anschriften der Verfasserinnen:

Susanne Batram · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf

E-Mail: susanne.batram@krh.eu

Tina Bugdoll · Hannoversche Werkstätten · Lathusenstr. 20 · 30625 Hannover

E-Mail: tina.bugdoll@hw-hannover.de

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“

von Marianne Miemietz-Schmolke (*Sprecherin der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie ist ein Zusammenschluss von ambulanten, teilstationären und stationären gerontopsychiatrischen Dienste und Institutionen in der Region Hannover. Die Teilnehmerliste verdeutlicht ein wesentliches Ziel der Fachgruppenarbeit: die direkte Vernetzung der Strukturen von Sozialpsychiatrie und Altenhilfe. Die Fachgruppe trifft sich dreimal im Jahr zur Arbeit an Themenschwerpunkten mit bis zu 25 Teilnehmenden im Plenum. Die Vorstellung neuer Dienste/ Angebote und Leistungsgesetze, sowie die Erörterung aktueller Fragestellungen sind Teil der Fachgruppensitzungen.

Arbeitsgruppen dienen der lösungsorientierten Bearbeitung besonderer Problemstellungen. So wurde z. B. im Plenum die Notwendigkeit der Veränderung und Erweiterung der bisherigen Versorgungskonzepte- und Angebote thematisiert. Eine multi-professionell zusammengestellte AG mit dem Arbeitstitel „Neue Versorgungsangebote für sowohl alt gewordene psychisch chronisch Kranke als auch im Alter psychiatrisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen“ hat vom Februar 2014 bis September 2015 getagt und nach einer Bestandsanalyse Schwerpunkte für die Entwicklung gerontopsychiatrischer Versorgung erarbeitet.

Diese wurden zunächst als eine Stellungnahme der Fachgruppe vom 12.06.2015 durch den Psychiatriekoordinator des SpV Hannover mit der Bitte um Aufnahme in den Landespsychiatrieplan weitergeleitet:

Schwerpunkte für die landesweite Entwicklung gerontopsychiatrischer Versorgung:

- Unabhängig vom Alter und der Erkrankung ist eine neutrale Steuerungsfunktion als Element der Hilfeplanung notwendig
- Unter Berücksichtigung des demographischen Faktors darf Alter kein Ausschlusskriterium für die Gewährung einer Leistung sein
- Die notwendige Versorgungsart muss sich vorrangig am individuellen Hilfebedarf orientieren. Dazu bedarf es einer Durchlässigkeit und/ oder Kombination mehrerer Sozialgesetzbuchleistungen (SGB V; SGB XI; SGB XII)
- Die Versorgungslandschaft ist vielfältig aber oftmals inhaltlich nicht mehr passgenau. Vorhandene Versorgungsangebote müssen sich konzeptionell den veränderten Anforderungen und Bedürfnissen der Klienten anpassen
- Um eine vorschnelle stationäre Versorgung zu vermeiden ist der landesweite, flächendeckende Ausbau von ausreichenden passgenauen ambulanten Hilfen notwendig

Zur Vermeidung von stationären Versorgungslösungen ist ein Aufbau von tagesstrukturierenden, möglichst niederschweligen Angeboten notwendig

Ein ausführlicheres Thesenpapier wird im November 2015 in der Fachgruppensitzung vorgestellt und nach der Abstimmung durch das Plenum innerhalb der Verbundarbeit zielgerichtet veröffentlicht.

Schwerpunktthemen der Fachgruppe in 2015

- „Quartiersentwicklung für ein alter(n)sgerechtes Leben und Wohnen in Hannover“:
Vorstellung der von der Region finanzierten 6 Projekte zum Thema „Gemeinsames Wohnen von alten, jungen und behinderten Menschen“
- Informationen zur aktuellen Landespsychiatrieplanung
- Fallkonferenz (nach Raster) als ein Instrument zur Qualitätssicherung in der gerontopsychiatrischen Arbeit
- Vorstellung der MarteMeo Methode: welche mit Hilfe des Mediums Video Beratung und Unterstützung in unterschiedlichsten Kontexten bietet (z. B. als Entwicklungs- und Kommunikationsmethode für die Schulung ehrenamtlicher Helfer etc.)

- Vortrag „Sucht im Alter“
- Neuwahl von Fachgruppensprecher/In, Bestätigung der beiden bisherigen stellvertretenden Sprecher/in

Ausblick Schwerpunktthemen für 2016

- Fallkonferenzen (nach Raster) als ein Instrument zur Qualitätssicherung in der gerontopsychiatrischen Arbeit
- Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter in ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover
- Schnittstellenbeschreibung zwischen Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen (SPN) und Sozialpsychiatrischen Diensten in der Region Hannover zur Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter
- Entwicklungsbedarfe/Umsetzungen für die Region Hannover anhand des erarbeiteten Thesenspapiers der Fachgruppe Gerontopsychiatrie

Anschrift der Verfasserin:

Marianne Miemietz-Schmolke · Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum · CARITAS FORUM DEMENZ
 Plathnerstr. 51 · Gartenhaus · 30175 Hannover · Tel. Nr.: (0511) 700 207-33
 E-Mail: M.Miemietz-Schmolke@caritas-hannover.de

Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“

von Alfred Lessing (*Drogenbeauftragter der Landeshauptstadt Hannover*)

Im Januar 2015 besuchte eine hochrangige Delegation aus Istanbul Hannover und informierte sich über die Arbeit des Runden Tisches Sucht und Drogen und über die Aktivitäten des Ethno-Medizinische Zentrums.

Im weiteren Verlauf des Jahres 2015 wurden einige Themen, die bereits im Berichtsjahr 2014 am Runden Tisch Sucht und Drogen ihre Anfänge hatten, vertiefend behandelt.

Hierzu gehörten die Themenbereiche:

- Aktueller Sachstand zu „Legal Highs“
- Sucht im Alter
- Zusammenlegung der Einrichtungen Café Connection und Fixpunkt
- Einweihung des Gedenkortes für die suchtkranken verstorbenen Menschen

Am 29. April 2015 waren Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches Sucht und Drogen eingeladen bei der Fachtagung des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel, die in Hannover stattfand.

Am 04. Mai 2015 war der Drogenbeauftragte der Stadt Hannover beteiligt an einem Städtetreffen in Frankfurt a. M., zur Vorbereitung eines Modellprojekts zur Regulierung des Cannabismarktes.

Am 11. Mai 2015 wurde der lange geplante Gedenkort für suchtkranke verstorbene Menschen auf dem Neustädter Friedhof (Nähe Königsworther Platz) unter Beteiligung von ca. 70 Gästen von Herrn Stadtrat Thomas Walter, Herrn Diakoniepastor Müller-Brandes und Frau Lina Möller offiziell und würdevoll eingeweiht.

In der Julisitzung des Runden Tisches Sucht und Drogen wurde das Thema „Legal Highs“ von Herr Dr. Manfred Rabes (Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen) und Herrn Kriminalhauptkommissar Siegmund Müller (Landeskriminalamt Niedersachsen) referiert.

Das Thema „Sucht im Alter“ wurde von Frau Prof. Dr. Irmgard Vogt (Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences) einleitend referiert und fachlich ergänzt um den aktuellen Sachstand der Arbeit in Hannover, von Herrn Peter Mertens (Projektleiter und Mitarbeiter der STEP gGmbH).

Im September 2015 feierte die Selbsthilfegruppe Warstraße 15 ihre offizielle Wiedereröffnung der Einrichtung für betreutes Wohnen für Methadonsubstituierte Drogenabhängige, nachdem große Teile der Einrichtung im Februar 2014 einem Brand zum Opfer gefallen waren und aufwändig saniert werden mussten.

Am 30.09.2015 war der Drogenbeauftragte der Stadt Hannover beteiligt an einem Runden Tisch Spielerschutz, der vom Diakonischen Werk und der Drobs Hannover veranstaltet wurde.

Am 05. Oktober 2015 fand in Frankfurt a.M. die 2. Cannabistagung statt, mit dem Schwerpunkt: Jugendliche und Cannabis. An dieser Tagung war die Stadt Hannover vertreten über den Drogenbeauftragten und seinen Stellvertreter.

Am 13. Oktober veranstaltete die Fach AG des Kommunalen Sozialdienstes gem. § 78 SGB VIII, Erziehungshilfen in Kooperation mit dem Runden Tisch Sucht und Drogen einen mit 100 Gästen gut besuchten Fachtag zum Thema: Drogen in der Jugendhilfe – Stör(?)faktor Sucht.

Die Neueröffnung der Einrichtung „Stellwerk“ kann auf Grund einiger baulicher Verzögerungen nicht Ende 2015 sondern erst im Frühjahr 2016 realisiert werden.

Anschrift des Verfassers:

Alfred Lessing · Landeshauptstadt Hannover · Trammplatz 2 · 30159 Hannover
E-Mail: alfred.lessing@hannover-stadt.de

Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“

von Thorsten Sueße (*Sprecher der Fachgruppe*)

Rahmen der Fachgruppe

- **Termine** zweimal im Jahr jeweils mittwochs (am 18.03.2015 und 23.09.2015).
- **Veranstaltungsorte** in Hannover in den Regionsgebäuden Hildesheimer Str. 20 und Höltystr. 17.
- **Teilnehmerkreis:** Sozialpsychiatrischer Dienst (Leitung, Psychiatriekoordination), Ordnungsbehörde (Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover), Sprecher niedergelassener Nervenärzte, Kassenärztliche Vereinigung, ärztliche Leitung Rettungsdienst, Feuerwehr Hannover, Polizeidirektion Hannover, Amtsgericht Hannover, psychiatrische Kliniken, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, Seelhorst-Stiftung (als Träger des Krisendienstes).

Als Gäste an der Sitzung vom 23.09.2015 nahmen zusätzlich Richter/-innen der Betreuungsgerichte aus dem Umland und Vertreter/-innen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen auf dem Gebiet der Landeshauptstadt und des Umlands teil.

Themen und Ergebnisse

- Auf Initiative der FG Krisen- und Notfalldienst regelt jetzt ein Erlass des Nds. Sozialministeriums vom 12.01.2015, dass bei Konsiliar- und Verlegungsfahrten von gemäß NPsychKG untergebrachten Patienten das psychiatrische Klinikpersonal die Vollzugsbeamtenfunktion ausüben hat. Wegen der damit verbundenen intensiven Bindung von Personalressourcen wurde diese Entscheidung vonseiten der Klinikvertreter sehr kritisch gesehen.
- Das Gespräch auf Einladung des Sozialdezernenten der Region mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und Mitgliedern der FG Krisen- und Notfalldienst zur Hinterfragung der Einstellung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes fand am 18.02.2015 statt. Eine Rücknahme der Einstellung des Hintergrunddienstes wurde vonseiten der KVN nicht erwogen.
- Die FG beschloss am 18.03.2015, über ihren Sprecher folgende Empfehlung an die Gestalter des Landespsychiatrieplans weiterzugeben:
Es wird die Notwendigkeit gesehen, als Ansprechpartner für psychisch Kranke in Krisensituationen einen (24 Stunden am Tag erreichbaren) psychiatrisch qualifizierten Krisendienst vorzuhalten. (Weitergabe durch den Sprecher erfolgt.)
- Außerdem beschloss die FG am 18.03.2015, über ihren Sprecher eine weitere Empfehlung an die Gestalter des Landespsychiatrieplans weiterzugeben (wohl wissend, dass für Amtsrichter nicht ein Erlass des Justizministeriums, sondern ein Urteil des Bundesgerichtshofs bindend wäre):
Um zu gewährleisten, dass Unterbringungen gemäß NPsychKG auch im Rahmen des vorrangig zuständigen Gerichtsverfahrens verfügt werden können, ist es zwingend notwendig, dass

Richter auch außerhalb der üblichen Gerichtszeiten dafür (im Bereitschaftsdienst) zur Verfügung stehen. (Weitergabe durch den Sprecher erfolgt.)

- Es wurde ein Flyer erstellt, der den Verfahrensbeteiligten von Unterbringungen gemäß §§ 17, 18 NPsychKG die aktuell gültigen „Spielregeln“ des Verfahrens erläutert (wird voraussichtlich Anfang 2016 veröffentlicht).
- Am 23.09.2015 wurde ein konstruktivpraktikabler Vorschlag erarbeitet zur Ablaufoptimierung des Unterbringungsverfahrens in denjenigen psychiatrischen Notfallsituationen, die aufgrund der gegenwärtigen Gefährdung eine Wartezeit auf die gerichtliche Entscheidung nicht zulassen. Der Vorschlag wurde vonseiten der Ordnungsbehörde der Region angenommen und soll zum 01.01.2016 umgesetzt werden.

Region Hannover

Einteilung psychiatrischer Notfallsituationen in drei Dringlichkeitsstufen:

Dringlichkeitsstufe 0:

Es liegt eine Situation mit einer dramatischen unmittelbaren vitalen Bedrohung eines Patienten vor, in der die Entscheidung eines B-Beamten nicht abgewartet werden kann, sondern der Patient sofort im akuten Notstand direkt von einem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht werden muss.

Dringlichkeitsstufe 1:

Aufgrund einer psychiatrischen Notfallsituation muss ein Patient gegen seinen Willen eilig in die Klinik eingewiesen werden. Die aktuellen Umstände (z. B. Alkoholentzugsdelir, Unruhezustände im häuslichen Kontext, akute Selbstschädigung in der Zelle der Polizeiwache) erlauben keine Wartezeit, da ansonsten weitere Schädigungen für den Patienten zu erwarten sind. Vorgehen während der Dienstzeiten der Betreuungsgerichte: Einleitung der vorläufigen Einweisung gemäß § 18 NPsychKG, da ein gerichtlicher Beschluss nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

Dringlichkeitsstufe 2:

Es liegt eine psychiatrische Notfallsituation mit akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung vor, weshalb ein Patient gegen seinen Willen in die Klinik eingewiesen werden muss. Allerdings ist aufgrund der aktuellen Situation eine zusätzliche Schädigung aufgrund der Wartezeit auf die Verfügung des gerichtlichen Unterbringungsbeschlusses nicht zu befürchten (z. B. Patient in dessen Wohnung gut von Polizei bewacht, Patient komplikationslos auf einer Polizeiwache vorübergehend untergebracht).

Vorgehen während der Dienstzeiten der Betreuungsgerichte: Einleitung der Unterbringung gemäß § 17 NPsychKG.

Verfahrensablauf bei Unterbringungen gemäß NPsychKG

– Dringlichkeitsstufe 1 –

zu den Dienstzeiten der Betreuungsgerichte:

- Es besteht in der Region Hannover Einigkeit darüber, dass bei Notfallsituationen der Dringlichkeitsstufe 1 die gerichtliche Entscheidung zum Unterbringungsverfahren gemäß § 17 NPsychKG in der Regel nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann.
- Der in der Psychiatrie erfahrene Arzt ermittelt persönlich vor Ort die psychiatrische Diagnose und das Ausmaß der daraus resultierenden unmittelbaren erheblichen Eigen-/Fremdgefährdung, die nur durch eine Einweisung gegen den Willen des betroffenen Patienten abgewendet werden kann. Kommt der Arzt zum Schluss, dass eine Gefährdung der Dringlichkeitsstufe 1 mit akuter Gefahr einer weiteren Schädigung vorliegt, informiert er darüber mittels kurzer erläuternder Begründung telefonisch die Ordnungsbehörde bei der Region Hannover (OE 50.07, Tel. 0511-61642577). Eine Gefährdung der Dringlichkeitsstufe 1 ist vom Arzt im ärztlichen Zeugnis zu dokumentieren.
- Schließt sich die Ordnungsbehörde (OE 50.07) der Auffassung des Arztes über die Eilbedürftigkeit der Entscheidung zur Einweisungsnotwendigkeit an, so beauftragt die Ordnungsbehörde umgehend telefonisch den B-Dienst der Feuerwehr der LHH mit der Entscheidungsfindung gemäß § 18 NPsychKG vor Ort. Über die Einschaltung des B-Dienstes wird der Arzt direkt am Telefon von der Ordnungsbehörde der Region informiert. Der informierte B-Dienst meldet sich unverzüglich telefonisch beim Arzt vor Ort.
- Nach erfolgter vorläufiger Einweisung gemäß § 18 NPsychKG klärt die Ordnungsbehörde zeitnah in jedem Einzelfall ab, ob voraussichtlich aus ärztlicher Sicht weiterhin die Notwendigkeit für eine geschlossene Unterbringung gesehen wird. Die Ordnungsbehörde der Region erbittet ggf. die schnellstmögliche Übermittlung eines ärztlichen Zeugnisses, um unverzüglich damit einen Antrag auf Unterbringung gemäß § 17 NPsychKG beim zuständigen Betreuungsgericht zu stellen (siehe Anlage FAX).
- Das ärztliche Zeugnis zum Antrag der Ordnungsbehörde auf Unterbringung gemäß § 17 NPsychKG kann im Bedarfsfall auch von demjenigen Arzt erstellt werden, der bereits zuvor das ärztliche Zeugnis für die vorläufige Einweisung gemäß § 18 NPsychKG gefertigt hat.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Str. 2 · 30519 Hannover
E-Mail: Thorsten.Suess@region-hannover.de

EILT SEHR!

Bitte sofort dem behandelnden Arzt vorlegen



Region Hannover

Der Regionspräsident

Region Hannover, Postfach 147, 30001 Hannover

An das/die

- KRH Psychiatrie Wunstorf (Fax:)
- KRH Psychiatrie Langenhagen (Fax:)
- Klinikum Wahrendorf (Fax:)
- Klinik für Psychiatrie der MHH (Fax:)

Fachbereich Soziales	Team Betreuungsangelegenheiten
Dienstgebäude	Marktstr. 45
Ansprechpartner	Nils Jellite
Zeichen	50.07 NPsychKG
Telefon	(0511) 616-42577
Telefax	(0511) 616-40243
E-Mail	NPsychKG@region-hannover.de
Internet	www.hannover.de

Hannover,

Mögliche weitere Unterbringung einer derzeit gem. §18 NPsychKG untergebrachten Person

Name	Vorname	geb.
Anschrift		

Am _____ wurde die Unterbringung der genannten Person nach § 18 NPsychKG in Ihrem Haus verfügt.

Damit die erfolgte Unterbringung ggfs. unverzüglich richterlich überprüft werden kann, erbitte ich um umgehende Beantwortung der Frage, ob die genannte Person weiterhin in Ihrem Haus verbleibt oder bereits entlassen wurde bzw. entlassen wird.
Ihre Antwort senden Sie bitte an die Fax-Nummer:

0511 – 616 40243.

Im Auftrage

Bitte umgehend per Fax beantworten:

- Die oben genannte Person wurde bereits/wird heute entlassen
- Die oben genannte Person verbleibt freiwillig in hiesiger Klinik
- Eine weitere Unterbringung der genannten Person nach §§ 16,17 NPsychKG ist aus ärztlicher Sicht notwendig. Das Zeugnis ist beigefügt bzw. wird kurzfristig übersandt.

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....
Name in Druckbuchstaben, Telefonisch erreichbar unter

Sprechzeiten
Mo. u. Fr. 9 bis 12 Uhr
Mi. u. Do. 9 bis 15.30 Uhr
und nach Vereinbarung

Station Markthalle
Stadtbahn 3, 7 und 9

Bankverbindungen
Sparkasse Hannover
IBAN: DE36250501800000018465
BIC: SPKHDE2H
Postbank Hannover
IBAN: DE51 250100300001259306
BIC: PBNKDEFF

Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Im Jahr 2015 fanden insgesamt 4 Fachgruppensitzungen statt. Im Durchschnitt haben daran ca. 17 Kollegen/-innen, aus ca. 12 verschiedenen Einrichtungen teilgenommen. Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2015 schwerpunktmäßig mit den Ergebnissen der 2014 veröffentlichten Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten in der Region Hannover, mit der Erstellung von Empfehlungen der Fachgruppe Migration für den Landespsychiatrieplan, dem Antrag für die Erstellung eines sozialpsychiatrischen Wegweisers, mit der Beantragung und Genehmigung von Psychotherapie bei Flüchtlingen nach AsylbLG und dem Schwerpunktthema Flüchtlinge befasst.

Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten/-innen in der Region Hannover

Ein zentrales Ergebnis der Studie sind die Zugangsbarrieren für Migranten in die Angebote der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover. Aber auch die Träger der Angebote haben ebenfalls Barrieren beim Zugang zu Nutzern mit Migrationshintergrund beschrieben. Deswegen wurde hierzu in der Fachgruppe die Idee für einen sozialpsychiatrischen Wegweiser entwickelt, der im nächsten Punkt näher beschrieben werden soll.

Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Wegweisers

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. wurde 2014 von der Fachgruppe Migration und Psychiatrie beauftragt ein Konzept und einen Antrag für die Erstellung eines „interkulturellen“ Sozialpsychiatrischen Wegweisers zu erarbeiten und diese beim Dezernat für Soziales einzureichen.

Nach Vorgesprächen mit dem Fachbereich Soziales der Region Hannover wurde das Konzept noch einmal überarbeitet. Der Wegweiser richtet sich an alle BürgerInnen der Region Hannover und soll in den sechs häufigsten in der Region Hannover gesprochenen Sprachen publiziert werden. Darüber hinaus ist eine Fassung in einfacher Sprache vorgesehen. Dementsprechend wird ein Impuls zur Inklusion aller Menschen gegeben. Wir gehen davon aus, dass das Projekt nach der Vorstellung im Ausschuss für Soziales, Wohnungswesen und Gesundheit und in der Regionsversammlung im Jahr 2016 realisiert werden kann.

Empfehlungen der Fachgruppe Migration und Psychiatrie für Landespsychiatrieplan

Im Auftrag der Fachgruppe – orientiert an den Ergebnissen der o.g. Studie – wurden nachstehende Empfehlungen für den Landespsychiatrieplan ausgearbeitet und an die Kommission weitergeleitet:

- 17,87% (1,39 Mill.) der Bevölkerung in Niedersachsen hat einen Migrationshintergrund (Stat. Bundesamt: Mikrozensus 2013). Die Inklusion der gesamten Bevölkerung in die psychiatrische Versorgung sollte Ziel der Landesregierung sein. Voraussetzung dafür ist ein entsprechender

politisch-rechtlicher Rahmen sowie die Festschreibung von Zielen und Maßnahmen zur Inklusion der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

- Die Mitglieder der Fachgruppe Migration und Psychiatrie haben in ihrer Arbeit festgestellt, dass es weiterer Anstrengung bedarf, um den Zugang zur und die Qualität der psychiatrischen Behandlung für Personen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen sicher zu stellen. Diese Praxiserfahrungen wurden durch die beiden Versorgungsstudien zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation, die im Auftrag des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover durchgeführt wurden, unterstrichen.
- In der Studie aus dem Jahr 2012 wird der Landesregierung empfohlen, die psychiatrische Versorgung von Migranten in Niedersachsen, nach dem Vorbild der Studie in Hannover zu untersuchen. Dadurch kann die Datenlage in Bezug auf die psychiatrische Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen verbessert, eine Vergleichbarkeit geschaffen und die psychiatrischen Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.
- Wir empfehlen die Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Versorgungssysteme als Voraussetzung für die erfolgreiche Versorgung der Gesamtbevölkerung sollte durch die Landesregierung politisch, rechtlich und finanziell unterstützt werden. Hierbei sollten insbesondere folgende Aspekte:
 - Stärkung interkultureller Kompetenz (kultur- und migrationssensible Fortbildung von Fachkräften als Regelangebot)
 - Einsatz von Dolmetschern (einheitliche Regelung, Sicherstellung und Ausweitung der Kostenübernahme bei Dolmetschereinsätzen)
 - Aufbau gemischter Arbeiterteams (Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund)
 - Mehrsprachige Therapie und Informationsangebote (Aufstockung muttersprachlicher Therapieplätze, Verbreitung mehrsprachiger Informationsmaterialien)
 - Einbezug neuer Migrantengruppen (Flüchtlinge, Roma, Zuwanderer aus anderen EU-Staaten, z.B. Osteuropa)
 - Förderung der Zusammenarbeit zwischen Migrantenselbstorganisationen und psychiatrischen Einrichtungen
 - Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema Psychiatrie

Beantragung und Genehmigung von Psychotherapie bei Flüchtlingen

Frau Loos vom NTFN berichtete Ende 2014 in der Fachgruppe, dass die Bearbeitungszeit von Psychotherapieanträgen bei Flüchtlingen nach AsylbLG sehr viel Zeit in Anspruch nehme. Um sich diesem Sachverhalt anzunehmen und eine Lösung zu erarbeiten haben Teilnehmer der Fachgruppe eine Unterarbeitsgruppe ins Leben gerufen.

Beschreibung der Problemlage: Es wurden bisher alle Anträge bewilligt. Allerdings dauert die Bewilligung häufig bis zu drei Monate oder länger. Dies erhöht ggf. den Leidensdruck der Patienten und erschwert die Suche nach Therapieplätzen. Das NTFN kann keine längerfristige Behandlung gewährleisten. Eine schnelle Übergabe an Therapeuten ist notwendig, um die vorhandenen Therapieplätze für Akutfälle einsetzen zu können.

In Bezug auf die Bewilligungszeiträume bestehen große regionale Unterschiede. In einigen Städten und Landkreisen (z.B. Stadt Hildesheim, Landkreis Northeim) werden 5 probatorische Sitzungen vorab bewilligt. Dieses Vorgehen erleichtert die Suche nach Therapieplätzen, denn die Therapeuten können die Plätze nicht unbefristet freihalten. Es gibt den Gesundheitsämtern mehr Zeit für die Bewilligung. Nach den 5 Sitzungen liegt bereits ein Gutachten des Therapeuten vor.

Das NTFN hat eine Problembeschreibung entwickelt. Ziel ist es mit dieser Problembeschreibung an die unterschiedlichen Kostenträger heranzutreten, um eine Straffung der Verfahrensabläufe zu erarbeiten.

Bei der Sitzung der Fachgruppe am 15.09.2015 berichtete Fr. Baller (NTFN) das es mittlerweile Gespräche zwischen der Stadt Hannover und dem NTFN gegeben habe und sie jetzt mit einer baldigen Lösung rechnen würde.

Anschrift des Verfassers:

Ahmet Kimil · Ethno-Medizinisches Zentrum · Königstr. 6 · 30175 Hannover
E-Mail: ethno@onlinehome.de

Bericht der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit für 2015

von Uwe Reichertz-Boers und Henning Kurth (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe war im vergangenen Berichtszeitraum damit beschäftigt, die Umsetzung des Handlungskonzeptes der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII in der Region Hannover für den Bereich psychiatrische Versorgung von Wohnungslosen voranzutreiben.

Inzwischen haben wir auch mit Frau Jamroszcyk eine feste und kontinuierliche Ansprechpartnerin für die sozialpsychiatrischen Dienste der Region Hannover gefunden. Mit ihr und ihrem Kollegen Herrn Kirchoff wurde eine Kurzumfrage in den Beratungsstellen des SpDi zur Situation Obdachloser in den Sektoren entwickelt und versandt, mit dem die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen ihre Bedarfseinschätzung der Behandlungsnotwendigkeit für unseren Personenkreis beschreiben konnten. Hieraus hat sich ergeben, dass auch die Beratungsstellen unsere Einschätzung teilen, dass ein erhöhter Beratungs- und Behandlungsbedarf gegeben ist. Es wurde aber auch deutlich, dass dieses nicht aus den derzeitigen Bordmitteln der Beratungsstellen ausreichend abgedeckt werden kann. Aus Beratungsstellensicht werden folgende Bedarfe gesehen:

- Aufsuchende Versorgungsangebote
- Notfallversorgung
- Geregeltete Reinigungsdienste in den Unterkünften
- Psychiatrisch geschultes Personal in den Unterkünften
- Schlafplätze mit Begleitung der Sozialarbeiter
- niederschwellige Beratungshilfen
- psychiatrische Sofortversorgung
- Wohnungsunterkunft bei psychiatrischer und medizinischer Versorgung

Infolge dessen haben wir uns bemüht, Kontakt zu den jeweiligen Institutsambulanzen der Region Hannover aufzunehmen, um auch hier abzuklären, wie die Behandlungssettings für Wohnungslose aussehen und ob auch eine aufsuchende Arbeit von den Institutsambulanzen durchgeführt wird. Dieses Ergebnis ist bisweilen noch etwas kläglich. Lediglich die PIA des Klinikum Wahren-dorff übernimmt eine solche Funktion der aufsuchenden Behandlung in einigen Einrichtungen, kann diese aber nicht für alle gewährleisten.

Hier besteht aus unserer Sicht noch deutlicher Handlungs- und Klärungsbedarf.

Im nächsten Schritt wird die Fachgruppe den niedergelassenen Psychiatern der Region Hannover einen angepassten Fragebogen zukommen lassen, um auch hier eine kleine Einschätzung zu erlangen, wohin sich Klienten wenden können und welche Praxis bereit ist, auch aufsuchende Arbeit bei Bedarf zu leisten.

Die Fachgruppe hat sich nach über 20 Jahren nun dazu entschieden, ihren Sitzungsrythmus von monatlich auf zweimonatlich zu verlegen. Bis dato hatte sich die Fachgruppe kontinuierlich jeden 2. Mittwoch im Monat getroffen. Es zeigte sich aber, dass es für diverse Einrichtungen schwieriger wurde, diese Häufigkeit einzuhalten. Die Intensität der Arbeit aber auch die Vielfalt der Themen bleibt, und sie werden uns sicherlich noch mehrere Jahre lang begleiten.

Von Kooperationsprojekten, wie sie im Handlungsplan angedacht sind, sind wir in der Region Hannover noch weit entfernt. In diesem Sinne hat sich nun eine Untergruppe Schnittstellen zur Ermittlung von Bedarfen sowie Kooperationsmöglichkeiten gegründet. Diese arbeitet parallel zur Fachgruppe in reduzierter Besetzung.

Als Besonderheit ist die Fachgruppe nun dazu übergegangen, in den jeweiligen Sitzungen auch Fallvorstellungen zu bearbeiten. Hier haben wir uns vom Vorgehen her an die Bearbeitung von Fällen in der Fachgruppe Forensik orientiert, die unseres Erachtens sehr professionell und zielorientiert ist.

Perspektivisch wird sich die Fachgruppe auch der Thematik widmen, welche Auswirkungen die Flüchtlingswelle auf die Einrichtungen und deren Nutzer haben und inwieweit diese Problematik auch Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung in den Einrichtungen haben wird.

Die Sprecherfunktion und auch die inhaltliche Koordination der Fachgruppe werden weiterhin von Uwe Reichertz-Boers SuPA GmbH und von Henning Kurth Werkheim e.V. wahrgenommen.

Die Gruppe trifft sich nun jeden 3. Mittwoch im Monat für 2 Stunden in zweimonatigem Wechsel. Die genauen Termine können gerne beim Sprecherteam angefragt werden.

Dankenswerterweise können wir unsere Sitzungen seit vielen Jahren im Werkheim e.V. Hannover durchführen.

Unser Dank an dieser Stelle gilt auch Frau Nowak von der Region Hannover, die die Fachgruppe in ihrer Organisation seit vielen Jahren sehr unterstützt.

Anschriften der Verfasser:

Uwe Reichertz-Boers · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-Mail: umreich@web.de
Henning Kurth · Werkheim e.V. · Büttnerstr. 9 · 30165 Hannover · E-Mail: info@werkheim.de

Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“
von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe sind vertreten: MitarbeiterInnen von Leistungsanbietern mit ambulanten Angeboten, teilstationären Tagesstrukturierungsangeboten, stationären Wohnangeboten und weitere Mitglieder des AKG, z. B. Vertreter der Angehörigen. Vertreter des Vereins „Psychiatrie-Erfahrene Hannover e. V.“ (VPE) sind herzlich eingeladen, nehmen aber schon seit Jahren nicht teil.

Die Fachgruppe traf und trifft sich weiterhin an jedem ungeraden Monat am dritten Mittwoch von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr. Durchschnittlich hat die Gruppe mind. 20 Teilnehmer.

Die Themenschwerpunkte für den Berichtszeitraum 11/14 bis 9/15 waren:

Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen

Vertreter des Leistungsträgers Region Hannover, des SpD Peiner Str. und der Fachgruppe haben im Berichtszeitraum weiterhin mehrere Male getagt, um Qualitätsrichtlinien für das Ambulant Betreute Wohnen zu erarbeiten. Diese Arbeit findet nach wie vor in einer sehr konstruktiven, offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Die Gespräche sind sehr ausführlich, detailliert und werden teilweise mit erheblichem Zeitaufwand geführt. Für die Arbeitsgruppe ist die Diskussion über die Qualitätsrichtlinien seit März 2015 abgeschlossen. Nunmehr wird das Papier den Gremien vorgelegt, die es auch unterschreiben müssen: Ende Oktober wird es in einer Vollversammlung den Leistungsträgern vorgestellt. Es soll dann in Verbindung mit der Leistungsvereinbarung unterschrieben werden.

Schnittstellen und Unterschiede zwischen allgemeiner psychiatrischer Pflege (APP) und ambulant Betreutem Wohnen (ABW)

APP ist eine Leistung des SGB V. Sie ist zeitlich auf 4 Monate begrenzt und soll vor allem bei akuten Krisen helfen. Man erhält sie auf Rezept. Deshalb kann sie auch sofort beginnen mit bis zu täglichem (!) Angebot, dass aber im Laufe der vier Monate reduziert werden muss. Sie wird von Krankenpflegern/pflegerinnen mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung ausgeführt. Im Laufe der vier Monate APP ist möglichst zeitnah zu ermitteln, ob der Patient, nach Ablauf der Frist und

hoffentlich ohne akute Krise weiter Ambulant Betreutes Wohnen benötigt, um das Erreichte zu festigen und Stabilität in den Lebensalltag des Klienten zu bringen.

ABW ist eine Leistung des SGB XII und wird in der Region Hannover vor allem von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen erbracht. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Pädagogik und der „Beziehungsarbeit“ mit dem Klienten und der langfristigen Zielsetzung.

Keinesfalls soll vor dem ABW „zunächst“ APP installiert werden, weil beide Leistungen zwar einige Schnittstellen haben, aber auch große Unterschiede.

Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz war nach wie vor kein herausragendes Thema, obwohl die Wichtigkeit immer wieder betont wird. Zuletzt wurde darüber informiert, dass der Bund die versprochenen 5 Mrd. Euro nicht beisteuern will, so dass eine Umsetzung des Gesetzes z. Z. völlig unklar ist.

Standardisierter Entwicklungsbericht

Im Rahmen der Qualitätsrichtlinien für das Ambulant Betreute Wohnen ist auch ein standardisierter Entwicklungsbericht erarbeitet worden, der sich z. Z. in der Erprobung befindet. Die ersten Rückmeldungen waren sehr unterschiedlich. Dem Sozialpsychiatrischen Dienst ist es sehr wichtig, dass die Entwicklungsberichte nicht ausufernd sind und nicht allzu viele Wiederholungen haben. Den Anbietern ist wichtig, dass auch Möglichkeiten für einen Fließtext bestehen, so dass auch die Person des Betroffenen sichtbar wird, denn der Entwicklungsbericht ist aufgeteilt in die bekannten Kategorien der Hilfeplanung, die zu Stichworten verleiten und vor allem vergangene und zukünftige Ziele erfragen.

Wichtig ist, dass es sich bei dieser Vorlage um ein Word-Dokument handelt, das nach den eigenen Gegebenheiten verändert werden kann.

Psychiatrieberaterstattung: Datenblatt C

Nachdem zunächst jahrelang nur sehr wenige Anbieter das Datenblatt C für die Psychiatrieberaterstattung abgegeben haben, wurde im Mai 2015 von Herrn Elgeti noch einmal die Notwendigkeit und Wichtigkeit erläutert. Der Arbeitsaufwand für das Datenblatt C wurde unterschiedlich beschrieben von 5 Minuten pro Klient bis 30 Minuten, je nach dem, inwieweit man die Akte zur Hilfe nehmen muss.

Ein Votum der Fachgruppe zeigt, dass vom überwiegenden Teil der Anwesenden das Ausfüllen des Datenblattes C empfohlen wird.

Eine Verpflichtung zum Ausfüllen gibt es allerdings nur bei neuen Leistungsvereinbarungen. Die alten Leistungsvereinbarungen sollen in naher Zukunft aber auch dahingehend verändert werden.

Terminierung von Hilfekonferenzen (Erstkonferenzen)

Entgegen der gesetzlichen Bestimmungen, wonach dem Hilfesuchenden nach ca. 7 Wochen eine Hilfe gewährt werden muss (!), dauert ein Termin bis zur ersten Hilfekonferenz deutlich zu lang, sehr zum Leidwesen von Betroffenen und Sozialpsychiatrischem Dienst, nämlich z. Z. 4 Monate.

Wichtig ist, dass schon beim Antrag auch inhaltlich (!) erkenntlich wird, dass z. B. ambulant betreutes Wohnen nötig ist und die Schweigepflichtsentbindung und der Sozialhilfeantrag beigefügt sind.

Wenn auch eine fachärztliche Stellungnahme mitgeschickt wird, kann die Terminierung innerhalb von ein – zwei Wochen erfolgen. (Allerdings wird sie dem Betroffenen aus praktischen Gründen erst 3 - 4 Wochen vor dem Termin mitgeteilt!)

Wenn kein Facharzt, der den Hilfesuchenden länger als ein halbes Jahr kennt, vorhanden ist, ist dies dem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Peiner Str. mitzuteilen. Von dort aus wird kurzfristig die Beratungsstelle im Sektor des Betroffenen beauftragt den Hilfebedarf zu orten. (Ggf. kann dort dann auch die Erstkonferenz erfolgen.)

Von der Fachgruppe wird ein Schreiben an den Leistungsträger Region Hannover erarbeitet, in dem sich für eine personelle Aufstockung im Sozialpsychiatrischen Dienst ausgesprochen wird.

Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit Asperger-Syndrom, ADS und ADHS

Es wird festgestellt, dass es für die obengenannte Personengruppe kaum ein adäquates Angebot gibt, besonders im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dies hat verschiedene Gründe, u. a., dass es keine Fachkräfte für die Diagnostik gibt. In der Region Hannover sind es nur zwei Fachärzte, die eine solche Diagnostik machen mit Wartezeiten von bis zu einem Jahr – nur für die Diagnostik!

Es wird für nötig erachtet, dass auch der Sozialpsychiatrische Dienst sich in diese Problematik einarbeiten soll und Diagnosen stellen können sollte

Hilfe findet z. Z. im Wesentlichen nur bis zum 18. Lebensjahr statt. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Diagnostik wesentlich weiter fortgeschritten. Es gilt hier umgehend weiterführende Hilfen möglich zu machen.

Zukünftige Themen:

- Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen
- Leistungsträger in der Hilfekonferenz?
- Ziel des ABW: Lebensqualität bei psychischer Behinderung erhöhen
- Sozialraumorientierung/Inklusionsangebote
- neues niedersächsisches Heimgesetz
- Gemeindepsychiatrische Zentren
- psychosoziale Begleitung von Flüchtlingen

Anschrift des Verfassers

Wolfgang Bunde · Ambulant Betreutes Wohnen · Arbeiterwohlfahrt · Deisterstr. 85 a · 30449 Hannover
E-Mail: abw@awo-hannover.de

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße

von Doris Rolfes-Neumann (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Sektor-AG Süd-West traf sich – wie in den vergangenen Jahren auch – in der Zeit von 13:30 bis 15:00 Uhr am 2. Mittwoch des 2. Monats im Quartal in den Räumlichkeiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in der Deisterstraße 85A in Linden-Süd. In diesem Zeitraum schwankte die Zahl der Teilnehmer von Anbietern sozialpsychiatrischer Hilfen aus dem Sektor Hannover Süd-West zwischen 13 und 19. Dabei durfte das Team der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Mitarbeiter verschiedener Anbieter Ambulant Betreuten Wohnens begrüßen, ebenso wie Mitarbeiter des Kommunalen Seniorenservices sowie des Jobcenters Hannover. Auch Mitarbeiter Ambulanter Psychiatrischer Pflegeanbieter und Ergotherapeutinnen sowie Anbieter vollstationären Wohnens oder teilstationärer Angebote aus dem Sektor waren vertreten. Leider nahmen in diesem zurückliegenden Zeitraum kaum Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes und der Polizei an den Treffen teil.

Schwerpunktthemen dieser Sektor-AG-Treffen waren in dem zurückliegenden Zeitraum:

- Traumatherapeutische Möglichkeiten, unter anderem im Traumazentrum des Klinikums Wahrenndorff
- Tagesstätte Künstlerhaus Aue
- Senioren- und Pflegestützpunkte der Region Hannover, die Tagesklinik und die Institutsambulanz des KRH Psychiatrie Wunstorf
- Angebote für Flüchtlinge im Bereich Hannover-Ahlem
- Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, hier insbesondere das Zuverdienstprojekt der AWO in Hannover-Stadt.

Des Weiteren wurden, wie auch im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes vorgesehen, von Seiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Informationen aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sowie aus einzelnen Fachgruppen in die Sektor-AG hineingegeben. Außerdem berichteten auch Teilnehmer der Sektor-AG von aktuellen Angeboten und vereinzelt auch von aktuellen Entwicklungen in ihren Einrichtungen.

Als Team der Beratungsstelle Deisterstraße haben wir uns auch in diesem Berichtszeitraum besonders über die rege Diskussion mit den Teilnehmern der Sektor-AG-Treffen gefreut. Als mögliche Themen für zukünftige Sektor-AG-Treffen kommen das Persönliche Budget sowie weiterhin die Zuverdienstmöglichkeiten, aber auch psychiatrische Hilfsmöglichkeiten und Angebote sowie Grenzen im Rahmen der Begleitung von Asylbewerbern in Frage.

Auch weiterhin hoffen wir auf eine rege Teilnahme sowie Diskussionsbeiträge der Teilnehmer der Sektor-AG.

Anschrift der Verfasserin:

Doris Rolfes-Neumann · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Deisterstr. 85 A
30449 Hannover · E-Mail: sozialpsychiatrie-bs04@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße

von Ulrike Johanning Schönfeld (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Einzugsbereich: Bemerode, Bult, Calenberger Neustadt, Döhren, Mitte, Mittelfeld, Seelhorst, Südstadt, Waldheim, Wülfel.

Die Treffen der SAG fanden auch in diesem Jahr an jedem 1. Mittwoch im Quartal statt, 3x in der Beratungsstelle Freytagstraße, 1 Treffen fand in der Tagesstätte Fips in Laatzen statt.

Die SAG wurde im Berichtsjahr 2015 von Vertretern aus Altenheimen, Pflegediensten, Kontaktdienst der Polizei, Kommunalen Seniorenservice, vollstationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche, Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen, wie des Teams Betreuungsangelegenheiten, genutzt.

Neben der Möglichkeit des Austausches, der Vorstellung neuer Angebote und der Gegenseitigen Information über aktuelle Anliegen und Änderungen wurden folgende Themen behandelt:

- Vorstellung der Ombudsstelle
Ein Beitrag von Herrn Gundlach über die Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.
- Vorstellung der Steuerungs- und Clearingstelle
Herr Henß-Jürgens stellte die Fachsteuerung Eingliederungshilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover vor.
- Vorstellung der Tagesstätte Fips
Frau Andermark stellte die Tagesstätte Fips vor, die Teilnehmer der SAG hatten die Möglichkeit, auch die Räumlichkeiten kennenzulernen.
- Vorstellung des ABW Fips durch Frau Metzmacher und
- Vorstellung der APP durch Frau Jannusik von Fips und Herr Brunsch (APP Bremermann).
Abgrenzung zwischen ABW und APP wurde verdeutlicht.
- In der SAG im Oktober wird das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. durch Frau Loos vorgestellt.

Das Team der Beratungsstelle in der Freytagsstraße bedankt sich bei den Teilnehmern der SAG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weiterhin interessierte Teilnahme im Jahr 2016.

Anschrift der Verfasserin:

Ulrike Johanning Schönfeld · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Freytagstraße 12A
30169 Hannover · E-Mail: Ulrike.Johanning-Schoenfeld@Region-Hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße

von Andreas Roempler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Zuständigkeit:

Brinkhafen, Burg, Hainholz, Herrenhausen, Ledeburg, Leinhausen, Marienwerder, Hannover-Mitte, Nordhafen, Nordstadt, Oststadt, Stöcken, Vahrenwald und Vinnhorst.

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle, Königstraße 6, fanden die Treffen der SAG regelmäßig (außer in der Sommerpause) alle zwei Monate, jeweils am ersten Mittwoch des entsprechenden Monats in der Zeit ab 13:30 Uhr – 15:00 Uhr statt.

Die Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft setzen sich zusammen aus Vertretern von:

AHMB e.V., AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. – Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta – Zuverdienst,

beta Tagesstätte, Betreuungsstelle – Region Hannover, Dr. med. Anne Wilkening IUW, ErA, Ergotherapeutische Ambulanz – Königstraße, FaBel, Gfl mbH, Hannoversche Werkstätten GmbH (Autismus Alltags Assistenz),

Hannoversche Werkstätten, Institutsambulanz – Königstraße, JobCenter, Künstlerhaus Aue, KSD – Fachbereich Jugend und Familie – Landeshauptstadt Hannover, Mosaik gem. GmbH, Polizei Hannover (Kontaktbeamte), Psychologisch-Therapeutische Beratung für Studierende (ptb), Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, Verein Psychatrie-Erfahrene Hannover e.V. (VPE), WERTE e.V..

Auch im vergangenen Jahr waren interessierte Gäste in der SAG willkommen.

Das Angebot zur Teilnahme an den Sitzungen wurde, wie bewährt, oft angenommen.

Darüber hinaus haben sich einige (langjährige) regelmäßige Teilnehmer aus der gemeinsamen Arbeit in der SAG verabschieden müssen.

Diesen Teilnehmern danken wir für die lange gute Zusammenarbeit, wünschen viel Erfolg im neuen Betätigungsfeld oder den verdienten Ruhestand.

Gleichzeitig konnten wir neue Teilnehmer für die gemeinsame Arbeit in der SAG gewinnen.

Diese Teilnehmer begrüßen wir herzlich und wünschen einen guten, angenehmen Start in der Arbeitsgruppe.

Schwerpunkte, Akzente und behandelte Themen:

Fallbesprechung: Umgangweise mit suizidalen Klienten

Team Betreuungsangelegenheiten/Region Hannover, informiert über Veränderungen im Betreuungsrecht.

Vorstellungen:

Tagesstätte des Künstlerhauses AuE

- Die Tagesstätte hat einen künstlerischen Schwerpunkt
- Es bewerben sich immer mehr Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Doppeldiagnosen
- Die Anwesenheitspflicht in der Tagesstätte beträgt mindestens 20 Wochenstunden
- In der TS sind Probetage verpflichtend.
- In der Kunstwerkstatt sind Probetage erwünscht, aber keine Voraussetzung.
- Die Kontaktstelle gehört zu der Kreativ-Schule AuE. Die Kontaktstelle wird über das persönliche Budget finanziert, die Tagesstätte über die Eingliederungshilfe.
- Die Kreativschule hat spätere Öffnungszeiten und bietet 3x wöchentlich Gruppen an.

Weitere Informationen: <http://www.kuenstlerhaus-aue.de>

Hannoverschen Werkstätten in der Lathusenstr. 20

- Es gibt in den Werkstätten keine spezielle Abteilung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, obwohl der Anteil der Klientel derzeit bei ca. 40-50% liege.
- Die Finanzierung erfolgt in den ersten 27 Monaten über die Rentenversicherung und die ARGE, im Anschluss über die Region Hannover.

Neue Beratungsstellen (BS) der Region Hannover (List und Groß-Buchholz)

- Die Beratungsstellen List und Groß-Buchholz haben Anfang Januar 2015 ihre Arbeit aufgenommen.
- Die Mitarbeiter der BS Groß-Buchholz sind derzeit noch in den Räumen der BS List tätig.
- Die Sektoraufteilung (Zuständigkeiten der einzelnen BS) wird sich voraussichtlich 2016 verändern..

Beschäftigungsförderung der Stadt Hannover

Zielgruppe: Langzeitarbeitslose mit „Vermittlungshemmnissen“

Zielsetzung: Perspektiven verschaffen und die Förderung der Arbeitsfähigkeit

„Hauptarbeitgeber“ ist das Jobcenter. Es gibt ca. 300 Stellen (Arbeitsgelegenheiten u. so genannte 1-Euro-Jobs), 70 Beschäftigte mit Arbeitsverträgen und 16 Auszubildende in 4 Berufsfeldern. Zudem gibt es noch die Jugendberufshilfe mit ca. 25 Plätzen und ein Beschäftigungsprojekt für Flüchtlinge/Asylbewerber

Es wird nur für die Stadt Hannover gearbeitet. Die Maßnahmen sind auf eine Dauer von max. 2 Jahren beschränkt.

Vorstellung: Zuverdienstprojekt der AWO (vorgesehen)

Tagungsorte:

- Königstr. 6, 30175 Hannover
- Hannoversche Werkstätten, Lathusenstr. 20, 30625 Hannover
- Beschäftigungsförderung / Stützpunkt Hölderlinstr., 6, 30625 Hannover
- AHMB, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

Die kooperative und aufgeschlossene Zusammenarbeit in der SAG ist bezeichnend für die Sitzungen. Im Vordergrund steht, das Versorgungsangebot psychisch kranker Menschen kontinuierlich zu verbessern.

Besonders im Fokus stand in diesem Jahr die Vorstellungen unterschiedlicher Institutionen, deren Arbeitsbereiche und Aufgabenfelder.

Anschrift des Verfassers:

Andreas Roempler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Königstr. 6 · 30175 Hannover
E-Mail: Andreas.Roempler@Region-Hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen

von Horst-Peter Michel (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Wir bieten Sektorarbeitsgemeinschaften für die Bezirke Laatzen/Hemmingen und Springe/Pattensen an.

Die Entscheidung zur Durchführung von zwei getrennten Arbeitsgemeinschaften ergab sich aufgrund der örtlichen Zuständigkeiten der teilnehmenden Institutionen.

Die Treffen wurden alternierend zu bereits bestehenden Arbeitskreisen geplant und fanden jeweils zweimal jährlich statt.

Neben den regelmäßigen Berichten aus den teilnehmenden Institutionen und dem intensiven Austausch über aktuelle Veränderungen wurden im Berichtszeitraum schwerpunktmäßig folgende Themenbereiche bearbeitet:

Springe/Pattensen:

Im Frühjahr stellten Frau Günther und Frau von Dömming das Pro-Aktiv-Center mit Standort Schulstr. 7, 31832 Springe, vor. Betreut werden junge Menschen im Alter von 14-26 Jahren mit beruflichen Vermittlungshemmnissen. Die beiden Sozialarbeiterinnen erläuterten u.a. den nötigen Vertrauensaufbau zu den Klienten und die vernetzte Arbeit mit anderen Institutionen.

Im November ist noch ein weiteres Treffen geplant. Die Betreuungsstelle der Region Hannover wird ihre Arbeitsschwerpunkte und die Auswirkungen der jüngsten Gesetzesänderungen im Betreuungsrecht vorstellen.

Laatzen/Hemmingen:

Im März traf sich die Arbeitsgruppe in den Räumen der Gesundheitsdienste Bremermann in der Hildesheimer Str. 157 in Laatzen. Frau Constanze Duensing, Leiterin der Ambulanten Psychiatrischen Pflege, stellte die Einrichtung vor und wies u.a. auf ein offenes Angebot, das Plaudercafé, hin. Jeden Mittwochnachmittag in der Zeit von 15:00 - 17:00 Uhr findet in den Räumlichkeiten in Laatzen ein Plaudercafé für pflegende Angehörige und Patienten statt, welches sehr gut angenommen werde. Ein Abholservice steht den Patienten bei Bedarf zur Verfügung.

Eine weitere Sitzung fand im Herbst im Laatzener Rathaus statt. Frau Bunkus, Ambulant Betreutes Wohnen und psychosoziale Beratung MöWe, stellte ihr Angebot vor und merkte an, dass vermehrt Anfragen von jungen Menschen kommen, die nicht seelisch behindert seien, bei denen aber dennoch ein Hilfsbedarf zur Förderung der Selbstständigkeit vorläge.

Dann referierten Frau Frikel und Frau Sosul-Grützmaker über die Arbeit von PACE (Pro-Aktiv-Center, Leine VHS gGmbH). Betreut werden junge Menschen im Alter von 14-26 Jahren mit beruflichen Vermittlungshemmnissen. Die beiden Sozialarbeiterinnen erläuterten u.a. den nötigen Vertrauensaufbau zu den Klienten und die vernetzte Arbeit mit anderen Institutionen.

Allen Beteiligten sei an dieser Stelle noch einmal herzlich für die engagierte Mitarbeit gedankt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Horst-Peter Michel · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen · Sudewiesenstr. 4 · 30880 Laatzen
E-Mail: horst-peter.michel@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Susanne Häckl-Strübing (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Treffen der Sektor-AG fanden auch im diesem Jahr wieder an vier Mittwochnachmittagen, in der Zeit von 15:00 bis 17:00 Uhr statt. Die Teilnehmeranzahl schwankte zwischen 10 bis 20 Besucher und umfasste MitarbeiterInnen verschiedener Anbieter von Eingliederungshilfen, von ambulant psychiatrischen Pflegediensten, der Lebensberatungsstelle Langenhagen sowie einigen BerufsbetreuerInnen. Zudem beteiligten sich regelmäßig VertreterInnen der Stadt Langenhagen, der Betreuungsstelle der Region Hannover, der hiesigen Jobcentren, der Polizei Langenhagen und der Institutsambulanz des KRH Langenhagen.

Sektor-AG 11.03.2015

Frau Claudia Zigl drum stellte die AuE Kunstwerkstatt vor. Die Tagesstätte und Kunst-Kontaktstelle existiert seit Anfang 2014. Das Team arbeitet multiprofessionell und besteht aus SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, KünstlerInnen sowie einer Yoga-Lehrerin. Die professionelle Arbeitsweise ist ausgerichtet nach der PSI-Theorie von Julius Kuhl.

Sektor-AG 10.06.2015

Frau Semrau und Frau Quasthoff stellten das Zuverdienstprojekt der AWO Region Hannover vor. Zu den Angebot des Cafe „Marie“ in Laatzen ist nun noch die Möglichkeit hinzugekommen in den AWO-Residenzen Gehrden und Sehnde sowie in der City-Residenz Langenhagen in den Bereichen der Hauswirtschaft, der Haustechnik oder in begleitenden Diensten tätig werden zu können. Insgesamt handelt es sich um 13 Projektstellen.

Des Weiteren referierte Frau Lange, Leiterin des Sozialberatungsdienstes der Stadt Langenhagen über die Situation von Flüchtlingen in Langenhagen. Hierzu stellte sie Frau Cortez und Frau Brandes vor. Die beiden Sozialarbeiterinnen sind für eine Unterkunft für Männer zuständig und berichteten über ihren Arbeitsalltag. Zudem informierte die Sozialarbeiterin Frau Pruszynska über die Flüchtlingssituation in der Gemeinde Isernhagen.

Sektor-AG 09.09.2015

Da mehrere TeilnehmerInnen in einer vorangegangenen Sektor-AG ihr Interesse bekundeten, mehr von der PSI-Theorie von Julius Kuhl erfahren zu wollen, erfolgte von unserer Seite eine Anfrage an Herrn Urban Heisig vom Psychosozialen Institut „Integer“. Herr Heisig referierte sehr anschaulich über den Inhalt und die Anwendung der PSI-Theorie.

Sektor-AG 25.11.2015

Ebenfalls aufgrund zahlreicher Interessenbekundungen luden wir Herrn Freitag von der Fachstelle für exzessiven Medienkonsum „Return“ ein, der uns u.a. über das umfangreiche Angebot seiner Einrichtung informierte.

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Häckl-Strübing · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen
Ostpassage 7 a · 30853 Langenhagen

Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

von Oliver Bock (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Teilnehmer der Sektor-AG im Berichtsjahr 2015 waren Vertreterinnen und Vertreter von Behörden und Institutionen der Landeshauptstadt Hannover und Region Hannover (Amtsgericht/Betreuungsgericht Hannover, Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Kommunaler Sozialdienst, Kommunaler Seniorendienst), Krankenhaussozialdienste (z.B. MHH-Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, DRK Clementinenhaus), Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuer sowie VertreterInnen von Betreuungsvereinen, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Praxis im Sektor, Ergotherapeutinnen und -therapeuten mit Praxistätigkeit im Sektor, ambulante Pflegedienste für Krankenpflege und ambulante psychiatrische Pflege, VertreterInnen von Altenpflegeeinrichtungen und therapeutischen Wohnheimen für seelisch Kranke, MitarbeiterInnen von Anbietern für Ambulant betreutes Wohnen, Tagesstätten, Einrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Die Sektor-AG wurde genutzt zum Austausch von aktuellen Informationen zwischen den Berufsgruppen u.a. zu den Themen der Krankheitserkennung, Behandlung, Betreuung, Pflege und Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen. Fallbesprechungen, die aus verschiedenen Berufsgruppen in die AG eingebracht wurden, dienten als Diskussionsgrundlage zur Verbesserung der Krankheits- und Behandlungssituation psychisch kranker Menschen.

Besondere Schwerpunkte waren:

- Informationsaustausch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen, insbesondere zum Behandlungsbedarf psychisch kranker Menschen vor und nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.
- Optimierung des Informationsflusses zwischen Polizeidienststellen und Sozialpsychiatrischem Dienst zur Abklärung von zeitnahe Handlungsbedarf bei Bürgerinnen und Bürgern mit psychischen Erkrankungen.
- Erhebung von Meinungsbildern zum Angebot und der Entwicklung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.
- Möglichkeiten zur frühzeitigen Erkennung von Handlungsbedarf bei psychisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld zur Verhinderung bzw. Minimierung von Zwangsmaßnahmen nach NPsychKG bzw. Betreuungsrecht.
- Gemeindenahe psychiatrische Beratung und Versorgung mit Hinblick auf die Einrichtung der geplanten Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ).

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Oliver Bock · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle List · Podbielskistr. 158 · 30177 Hannover
E-Mail: Oliver.Bock@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz von Richard Plank (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Seit 01.01.2015 ist die neue Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß-Buchholz der Region Hannover, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover, für den Zuständigkeitsbereich des bis 31.12.2014 bestehenden Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Poliklinik, Campus MHH tätig.

Die Sektor-AG Groß-Buchholz tagt seit 26.02.2015 einmal im Quartal am 4. Donnerstag des jeweiligen Monats von 12:30 - 14:30 Uhr.

Die Treffen fanden am 26.02. und 28.05. in der BS Groß-Buchholz und am 27.08. im Wohnheim Dr. Anne Wilkening statt. Weitere Treffen sind in der AuE-Kreativschule und im Heinemannhof, Kompetenzzentrum Demenz geplant.

19 - 32 TeilnehmerInnen waren vertreten: Anbieter des ABW, Wohnheime, Pflegeheim für Demenz, Pflegedienste, APP, ambulante Wohnschule, JobCenter, Wohnungsgenossenschaft, Kommunalen Seniorenservice, KSD, Polizei Misburg, Gesetzliche Betreuerin, Team Betreuungsangelegenheiten, Betreuungsrichterin, Tagesstätten, Kontaktstelle, Sektorklinik MHH, MHH-Poliklinik Campus, WfbM, SpDi KJP, niedergelassene Psychotherapeutin.

Das Wohnheim Dr. Anne Wilkening, WfbM Hannoversche Werkstätten, ambulante Wohnschule Mosaik, Sozialmanagement Wohnungsgenossenschaft Heimkehr eG, und Wohnen+ GBH/Hannoversche WohnAssistenz stellten ihre Angebote vor. Die Beratungsstelle Groß-Buchholz stellte ihre Gruppenarbeit vor.

Darüber hinaus eingebrachte Themen waren fehlende Angebote für junge psychisch erkrankte Erwachsene, Kinder von psychisch erkrankten Eltern, Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung und Zusammenarbeit bei psychiatrischen Krisen- und Notfällen.

Relevante Informationen und Mitteilungen aus dem Kreis der TeilnehmerInnen, der BS Groß-Buchholz und dem Sozialpsychiatrischen Verbund konnten vermittelt werden.

Weitere geplante Themen sind Einrichtungsvorstellungen der „Gastgeber“ kommender SAG-Treffen (AuE-Kreativschule und Heinemannhof), Vorstellung der aktuellen Angebote der MHH, Jobcoaching für Menschen mit Behinderung sowie persönliches Budget und gesetzliche Betreuung.

Perspektivisch werden die SAG-Treffen auch für anonymisierte Fallvorstellungen zur einzelfallbezogenen Zusammenarbeit genutzt werden.

Die Treffen waren von Interesse und reger Beteiligung geprägt. Das Team der neuen Beratungsstelle und die AkteurInnen konnten sich kennen lernen. Daraus hat sich trotz der kurzen Zeit eine wachsende Kooperation entwickeln können.

Anschrift des Verfassers:

Richard Plank · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß Buchholz
Podbielskistr. 158 · 30177 Hannover · E-Mail: Richard.Plank@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße von Sabine Tomaske (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Regelung besteht weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle 2 Monate, jeweils am 2. Dienstag des Monats von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr trifft. Insgesamt fanden bis einschließlich September 2015 fünf Sitzungen statt.

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes und des Kommunalen Seniorenservice, der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens von Beta 89, Pro Casa, die Hannoversche Wohn-Assistenz, Werte e. V., die Gesellschaft für Integration, Möwe und EA Wilkening Pflegeheime (ambulant betreutes Wohnen), Balance (Abteilung für ambulant betreutes Wohnen), Diakoniestation (ambulant betreutes Wohnen) und eine Mitarbeiterin von Wohnen+, Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. v., Mitarbeiter des VPEs, Mitarbeiter der Institutsambulanz des KRH Psychiatrie Langenhagen, eine Mitarbeiterin des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter sowie ein Mitarbeiter des Werkheims e. V., ein Mitarbeiter vom Birkenhof ambulante Pflegedienste, und Mitarbeiter des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V. und Mitarbeiter der Ergotherapiepraxis Vonholt.

Thematisch befassten wir uns in den fünf Treffen mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Die Auswirkung der Gesetzesänderung im Betreuungsrecht
- Die Vorstellung der Ergotherapeutischen Praxis von Frau Vöcks
- Angebote der Tagesstätte und Kreativschule des Künstlerhauses AUE
- Angebote des Pflegedienstes Caspar und Dase
- Vorstellung der Arbeit des Traumazentrums des Klinikum Wahrenndorff
- Vorstellung der Seniorengruppe Vielfältig der Gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit

Im Rahmen der Treffen wurde angemerkt, wie schwierig es ist, im Stadtgebiet von Hannover geeignete Wohnungen für die Klienten zu finden.

Deutlich wurde, dass die Institutionen, die mit Flüchtlingen arbeiten nicht in der Sektorarbeitsgemeinschaft vertreten sind, trotz mehrmaliger Einladung. Eine Teilnahme erscheint aber sinnvoll aus Sicht der hier vertretenden Institutionen.

Anschrift der Verfasserin:

Sabine Tomaske · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Plauener Straße 12 A
30179 Hannover · E-Mail: sabine.tomaske@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde

von Martin Fochler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Der Sektor der Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde umfasst Barsinghausen, Gehrden, Hannover – Badenstedt, Ronnenberg, Seelze und Wennigsen.

Berichtszeitraum: 01.01.2015 - 24.09.2015

In dieser Zeit fanden drei Sektor-Arbeitsgemeinschaftstreffen statt. Am 11.02.15, am 13.05.15 und am 09.09.15. Zusätzlich wird eine Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 11.11.15 stattfinden. Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 11.02.15 war in den Räumen der ergotherapeutischen Praxis Hannover, Deisterstraße 17b. Schwerpunkt des Nachmittages waren die therapeutischen Angebote der ergotherapeutischen Praxis. Außerdem wurde ein Bericht gegeben über den Sachstand der gemeindepsychiatrischen Zentren.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 13.05.15 fand in den Räumen des Jobcenters Barsinghausen statt. Es wurde allgemein über die Aufgaben des Jobcenters berichtet. Dann wurden Fragen zur Leistungsgewährung beantwortet. Ein zweites Schwerpunktthema waren Grenzen und Möglichkeiten der rechtlichen Betreuung und Handlungsmöglichkeiten der rechtlichen BetreuerInnen.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 09.09.15 fand in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Ronnenberg/ Empelde statt. Schwerpunktthema waren Referate über die Arbeit der Caritas Suchtberatungsstelle Garbsen/ Seelze, sowie über die Arbeit der STEP Suchtberatungsstelle.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 11.11.15 wird das Schwerpunktthema Kindeswohlgefährdung haben.

Neben den Schwerpunktthemen gab es bei den Sektor-Arbeitsgemeinschaften jeweils den Tagesordnungspunkt „Aktuelles aus den Institutionen“, der auch regelmäßig sehr intensiv genutzt wurde. Insbesondere natürlich um Neuigkeiten auszutauschen, was für den Vernetzungsgedanken aus unserer Sicht elementar wichtig ist.

Bei der Themenauswahl werden die Wünsche der TeilnehmerInnen der Sektor-AG berücksichtigt. Eingeladen werden Mitarbeiter aller im Sektor ansässigen Institutionen, sowie Hausärzte, Fachärzte, Berufsbetreuer und viele mehr.

Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen 19 und 25.

Ausblick: Wie in 2014 waren die Treffen der Sektor-AG sehr gut besucht. Die Diskussionen sind rege, dienen einerseits der Informationsvermittlung, des Informationsaustausches, werden aber auch insbesondere für neue Teilnehmer/ -innen zum Kennenlernen genutzt.

Anschrift des Verfassers:

Martin Fochler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde
Chemnitzer Str. 2 · 30952 Ronnenberg/Empelde · E-Mail: Martin.Fochler@region-hannover.de

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

von Sabine Kirschnick-Tänzer (*Vorsitzende des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie*)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie tagt weiterhin jeweils am ersten Donnerstag im Monat und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition und der höchsten Kontinuität. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 100 stimmberechtigte Mitglieder an. In Bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Behandlung, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 82 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 220 Angeboten für psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten. Damit wird der kontinuierliche Ausbau der Angebote fortgesetzt, es ist jedoch eine deutliche Konsolidierung eingetreten.

Besondere Merkmale im Kontext eines dialogischen Prozesses sind die Mitgliedschaft und aktive Beteiligung des Vereins Psychiatrie Erfahrener (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (AANB). Betroffene, EX-IN Geneungsbegleiter und Angehörige sind nicht zuletzt dadurch früh und nachhaltig an den fachlichen Diskussionsprozessen beteiligt und können entsprechend Einfluss nehmen.

Durchschnittlich haben an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Berichtszeitraum ca. 65 Personen teilgenommen. Damit zeichnet sich kontinuierlich ein gesteigertes Interesse an der Teilnahme ab. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches verstanden werden.

Folgende Themen wurden bearbeitet:

04.12.2014

- Vorstellung von Herrn Blanke als Nachfolger von Herrn Schlieckau als Psychiatriekoordinator/ Drogenbeauftragter der Region Hannover
- Nachwahl von Herrn Michael Sandau als stellvertretenden Sprecher AKG (Nachfolge von Herrn Blanke mit Verabschiedung und Würdigung seiner Verdienste als Vorsitzender und Stellvertreter)
- Regionale Psychiatrieberichterstattung: Beschlussfassung über die Empfehlung zur Abgabe der Datenblätter und Diskussion 1x pro Jahr im AKG

05.02.2015

- Bericht über die Projektgruppenarbeit des AKG „Inklusiver Sozialraum“
- Benennung des AKG für RFP: Frau Liese (AANB) Herr Wolter(VPE) und Herr Reichertz-Boers (Anbieter)
- Vorstellung HAKIP – Hannoversches Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern (BAF e.V.)

05.03.2015

- Bericht aus der FG Notfall-und Krisendienste
- Niedersachsens Landespsychiatrieplanerstellung – Sachstandsbericht (Dr. Elgeti)

02.04.2015

- Selbsthilfe in der Region Hannover – die Arbeit der KIBIS
- Reha Scout 2015 – FG Arbeit und Rehabilitation
- FG Dokumentation: Sozialpsychiatrischer Plan 2015 und Themenauswahl für 2016

07.05.2015

- Asperger Autismus im Erwachsenenalter – Psychiatrische und soziale Aspekte (Fachvortrag Frau Dr. Roy –MHH)
- 10 Jahre Ombudstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover – Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle

04.06.2015

- Veränderungen bei Verordnungen im Heilmittelbereich – Die Initiative der IGsg-MAR
- Bericht über die Stellungnahmen und dem Projektvorschlag aus dem Sozialpsychiatrischen Verbund zum Nds. Landespsychiatrieplan (s. Anlage 1)

02.07.2015

- Aspekte der Novellierung des Nds. Maßregelvollzugsgesetz(MVollzG) vom 12.05.2015 (Herr Tänzer)
- Entwicklungen bei der ärztlichen Behandlung von Patient/innen in den Akutkliniken der Region Hannover bei BGB und Nds.PsychKG Unterbringung aus Sicht der:
 - Besuchskommission / Betreuungsgericht (Frau Loer)
 - Klinikum Wahrenndorff (Herr Dr. Becker)
 - MHH (Prof. Dr. Frieling)
 - KRH Psychiatrie Wunstorf(Frau Dr. Oestereich)
 - KRH Psychiatrie Langenhagen (Frau Dr. Winkelmann)

03.09.2015

- Konzertierte Aktion im Heilmittelbereich – Darstellung der fachlichen Positionen:
- KVN Bezirksstelle Hannover – Herr Dr. Specker und Herr Dr. Gloge
- AOK Niedersachsen – Herr Völskow
- Niedergelassenen Ärzte Herr Dr. Mayer-Amberg

01.10.2015

- Zusammenarbeit mit dem Jugendamt der Region Hannover bei Kindeswohlgefährdung – Schweigepflicht und Befugnisnorm nach dem Bundeskinderschutzgesetz (Frau Halberstadt)
- Sachstandsbericht Sozialpsychiatrische Weiterbildung in der Region Hannover mit dem KRH -Bildungszentrum

Die Übersicht der Themen lässt erkennen, dass der AKG weiterhin regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt, neue aktuelle Themen der psychiatrischen Arbeit aufnimmt und vertieft und damit zugleich für alle Teilnehmenden eine wichtige Funktion in der gegenseitigen Qualifizierung erfüllt.

Im Berichtszeitraum waren die Projekte des AKG „Inklusiver Sozialraum“ und Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung in der Region Hannover.

Entsprechende Sachstandsberichte der beiden AGs sind daher diesem Bericht beigelegt.

Anschrift der Verfasserin:

Sabine Kirschnick-Tänzer · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf
E-Mail: sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu

Anlage 1 zum Bericht des AKG:

Übersicht über die Stellungnahmen aus dem Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover zum den Inhalten des Landespsychiatrieplans:

Stellungnahme der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation

- Gesetzliche Verankerung von Zuverdienst Arbeitsplätzen für psychisch Kranke

Stellungnahme der Fachgruppe Forensische Psychiatrie

- Behandlungs- und Entlassungsperspektiven für psych. Kranke im Strafvollzug
- Vernetzung Forensik und Allgemeinpsychiatrie
- Projektvorschlag: Psychische Erkrankung und Wohnungslosigkeit / Prävention Forensische Psychiatrie

Stellungnahme der Fachgruppe Geistige Behinderung und psychische Störung

- Behandlungs- und Lebensperspektiven für psych. Kranke mit geistiger Behinderung

Stellungnahme der Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst

- 24 Std. Krisendienst – Erreichbarkeit der Richter/-innen

Stellungnahme der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit

- Behandlungs- und Wohnperspektiven für wohnungslose psychisch Kranke

Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover

- Sieben zentrale Themenbereiche für zukünftige Entwicklungen

Stellungnahme der Klinik / KRH Psychiatrie Langenhagen

- Mutter-Kind-Behandlung in psychiatrischen Kliniken

Stellungnahme der AG Gender im Bündnis gegen Depression in der Region Hannover

- Mutter-Kind-Behandlung in psychiatrischen Kliniken

Stellungnahme aus dem Netzwerk Krisen rund um die Geburt

- Mutter-Kind-Behandlung in psychiatrischen Kliniken und fachliche Vernetzung

Stellungnahme der Fachgruppe Migration und Psychiatrie

- Beratung, Behandlung und Eingliederungshilfe für Betroffene mit Migrationshintergrund

Stellungnahme der Fachgruppe Gerontopsychiatrie

- Hilfeplanung und Steuerung gerontopsychiatrischer Angebote

Stellungnahme der Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Hilfs- und Präventionsangebote für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder

Anlage 2 zum Bericht des AKG:

Eröffnung Gemeindepsychiatrischer Zentren in der Region Hannover

- Kooperations- und Personalvertrag zwischen Region Hannover und Klinikum Region Hannover Psychiatrie GmbH für ein gemeinsames Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) mit Standort Hannover-List liegen unterschriftsreif vor. Die Regionsversammlung hat der Vertragsunterzeichnung am 21.07.2015 zugestimmt:

„Die Verwaltung wird ermächtigt, [...] für die Errichtung des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Hannover-List einen entsprechenden Kooperationsvertrag sowie einen Vertrag über die personelle Zusammenarbeit mit der Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf GmbH abzuschließen. [...] Die Verwaltung wird ermächtigt, mit weiteren potentiellen Kooperationspartnern über die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Zentren [...] zu verhandeln und entsprechende Kooperationsverträge sowie Verträge über die personelle Zusammenarbeit abzuschließen.“

- Bestandteil des GPZ List sind eine allgemeinspsychiatrische Tagesklinik (TK), eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), eine Sozialpsychiatrische Beratungsstelle und eine psychosoziale Kontaktstelle (Träger: Laienhelferkreis Sozialpsychiatrie Hannover e. V.).
- Die personelle Zusammenarbeit erfolgt nach den Leitgedanken des sog. „Modells D“:
 - Im GPZ arbeiten SpDi und Klinik (PIA, TK) als eigenständige Institution „auf Augenhöhe“ mit jeweils eigener fachlicher ärztlicher Leitung.
 - Anteilig findet ein wechselseitiger Personalaustausch ohne gegenseitige Berechnung von Personalkosten statt: drei Fachkräfte des SpDi (Arzt, Krankenpfleger und/oder Sozialarbeiter) arbeiten jeweils zehn Wochenstunden in der PIA, im Gegenzug arbeiten drei Fachkräfte der PIA jeweils zehn Wochenstunden im SpDi.
- Das Klinikum Region Hannover (KRH) hat für das GPZ List fünfzehn zusätzliche TK-Plätze beantragt, eine Entscheidung des Nds. Krankenhausplanungsausschusses über den Antrag liegt derzeit noch nicht vor. Kooperations- und Personalvertrag sind noch nicht unterschrieben. Die Eröffnung des GPZ List ist für Anfang 2016 geplant.
- Die Region Hannover plant für die nächsten Jahre in jedem sozialpsychiatrischen ambulanten Sektor ein GPZ zu eröffnen. Als zweiten Standort hat sich die Region für Ronnenberg-Empelde entschieden. Zwei potenzielle Kooperationspartner – das KRH und die Burghof-Klinik Rinteln – sind derzeit darüber miteinander im Gespräch, wer von ihnen gemeinsam mit der Region das Projekt realisiert.

- Die Arbeitsgruppe GPZ des Sozialpsychiatrischen Verbundes, die sich mehrmals im Jahr trifft, hat eine Beirat-Funktion und erarbeitet inhaltliche Vorschläge für die in der Region geplanten GPZ.

Dr. Sueße
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Anlage 3 zum Bericht des AKG:

Inklusion beginnt im Denken!
Inklusion erfüllt sich durch gemeinsames Tun!
Inklusion braucht Köpfe!
Inklusion braucht Strukturen!

Bericht der Projektgruppe Inklusiver Sozialraum

In der Augustsitzung 2013 wurden in einer Open-Space Veranstaltung zur „Zukunft des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover 2020“ 3 Zukunftsthemen als bedeutungsvoll für den Verbund priorisiert: Gemeindepsychiatrische Zentren, Inklusiver Sozialraum und Reorganisation des AKG. Im November wurden im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie entsprechende Arbeitsgruppen zu den Themenkreisen gebildet.

Die Projektgruppe *Inklusiver Sozialraum* traf sich erstmals im Februar 2014 zu einer konstituierenden Sitzung. Unter der AG-Leitung von Herrn Ali Türk diskutierten Vertreter von Betroffenenverbänden und Leistungsanbietern zunächst intensiv den Inklusionsbegriff. Die gemeinsame Schnittmenge fand sich in der Definition der Aktion Mensch:

Jeder Mensch kann vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilnehmen – und zwar von Anfang an und unabhängig von seinen individuellen Fähigkeiten, seiner ethnischen wie sozialen Herkunft, seines Geschlechts oder seines Alters.

Es kristallisierte sich die gemeinsame Erkenntnis heraus, dass Inklusion als Ziel und Prozess zu begreifen ist. Eine konkurrierende Abgrenzung zum Begriff Integration ist hierbei nicht Zielführend – Integration ist ein Meilenstein auf dem Weg zur Inklusion.

Dem Definitionsprozess schloss sich eine Phase an, in der die Projektmitglieder im Sinne eines BEST PRACTICE den Focus auf bereits existierende inklusive Prozesse, die von einzelnen Trägern bereits initiiert wurden, legten. Vorgestellt wurde das *Netzwerk Autismus*, das Teilhabezentrum *Normal in Linden* der Lebenshilfe Hannover, *Mittendrin* der LaG „Gemeinsam Leben – Gemeinsam Lernen e.V.“ und das *Inklusionsnetzwerk Schaumburg*.

Nach kontroverserem Austausch über die Frage von ersten umsetzbaren Schritten des Verbundes in Richtung Inklusion – u.a. auch über die Frage ob Inklusionsprozesse für einen ausgewählten

Kreis, in diesem Fall den der Menschen mit psychischen Erkrankungen, überhaupt zielführend sein können – entwickelte die AG Inklusiver Sozialraum eine Projektskizze mit den Prämissen:

- Einbeziehung aller Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Freizeit, soziale Beziehungen...)
- Einbeziehung aller Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen
- Quartierbezogenheit
- Nachhaltige Wirkung
- Planung von Aktivitäten Hand in Hand von Profis und Betroffenen

In der Februarsitzung 2015 des AKG wurde die Projektidee vorgestellt, um Mitwirkung gewonnen und zur Abstimmung gestellt. Das Projekt wurde als konzertierte Aktion aller Beteiligten am Sozialpsychiatrischen Verbund beschlossen:

„VERBUNDen! Miteinander-Füreinander!“ Ein Jahr inklusiver Focus

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) der Region Hannover stellt sich der Aufgabe die Inklusion von Menschen mit seelischer Behinderung/psychischer Erkrankung durch die Entwicklung von Verbund-Aktivitäten zu fördern. Die Teilnehmer im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover entwickeln jeweils ein inklusives Projekt zusammen mit ihren Klienten, Patienten, Bewohnern, Teilnehmern... und einem Partner aus Politik, Kultur, Sport, Kirche, Bildung. Das Projekt wird für ein Kalenderjahr ausgeführt.

Projektbeginn ist der 01.01.2016

Die AG Inklusiver Sozialraum begleitet die Projektphase als Ansprechpartner

Die AG Inklusiver Sozialraum organisiert eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes.

Bei der AKTION MENSCH werden ggf. Fördermittel für die Vorlauf- und Planungsaktivitäten beantragt. Ziel ist es einen Inklusionsmanager als Koordinator aller Inklusiven Bemühungen zu installieren.

Inklusive Projekte könnten z.B. sein:

- Das betreute Wohnen und örtliche Fußballverein bilden ein inklusives Team, trainieren gemeinsam
- In Kooperation mit einem lokalen Bildungsträger findet ein gemeinsamer Fotoworkshop statt, dessen Ergebnisse vorgestellt und evtl. veröffentlicht werden.
- Mit dem örtlichen Buchladen/der Stadtteilbibliothek wird eine Lesereihe organisiert, in der Menschen ihre Lieblingslektüre oder auch eigene Texte vorstellen/vorlesen.
- Ein Chor bereitet zusammen mit Psychiatrie erfahrenen Sängern ein Programm vor und führt es auf.
- Teilnehmer einer Tagesstätte nehmen an einem Yogakurs der VHS teil.
- Bewohner einer stationären Eingliederungshilfeeinrichtung nehmen regelmäßig an den Bezirksratssitzungen teil und bringen ihre Belange ein.

Als Abschluss des Projektjahres ist ein Inklusionsfest „VERBUNDen – Miteinander – Füreinander“ in der Region Hannover/Stadt Hannover geplant, bei dem die Projekte der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Mit dem nebenstehenden Logo soll das Projekt der Öffentlichkeit präsentiert werden.



Von der Idee einer Projektierung mit Fördermitteln der AKTION MENSCH wurde in der Arbeitsgruppe Abstand genommen, da sich kein Partner aus dem Verbund für die Antragstellung gefunden hat. In der aktuellen Umsetzungsphase haben wir begonnen von den Verbundmitgliedern erste Projektskizzen zu sammeln, um sie im AKG als Anregungen für noch unentschlossene Mitglieder zu präsentieren. Der Prozess gestaltet im Moment eher schleppend, so dass das Thema sicher nochmals initial im AKG zu besprechen ist.

Anschriften der Verfasser:

Ali Türk, Dipl. Sozialwissenschaftler/Geschäftsführer · Institut für transkulturelle Betreuung (BtV) e.V.
Freundallee 25 · 30173 Hannover · ali.tuerk@itb-ev.de

Sprecher Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Michael Sandau · Diplom Sozialarbeiter/Sozialpädagoge · Leiter Sozialdienst, KRH Psychiatrie Langenhagen
Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen · micha-el.sandau@krh.eu, Tel. 0511/7300-530

Sprecher Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Bericht des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie (RFP)

von Hermann Elgeti (*Dezernat für Soziale Infrastruktur Region Hannover*)

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) tritt in dreimonatlichen Abständen zusammen und berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur (Herr Jordan) in allen das NPsychKG betreffenden Fragen; seine Arbeit ist in einer 2012 aktualisierten Geschäftsordnung geregelt. Die Mitglieder des RFP werden vom Dezernenten für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen. Darunter sind auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) dessen Sprecherin (Frau Kirschnick-Tänzer), je eine Vertretung der Leistungserbringer (Herr Reichertz-Boers), der Nutzenden psychiatrischer Hilfen (Herr Wolter) und ihrer Angehörigen (Frau Liese). Weitere Mitglieder sind zurzeit der Leiter (Herr Dr. Sueße) und der Psychiatriekoordinator (Herr Blanke) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie zwei leitende Klinikärzte (Herr Dr. Becker und Herr Prof. Dr. Ziegenbein); ein Geschäftsführer (Herr Dr. Elgeti) gibt organisatorische Unterstützung.

Schwerpunkt der Sitzung im März 2015 war das Thema „Arbeit für psychisch erkrankte Menschen in der Region“ mit dem Schwerpunkt „Zuverdienst-Arbeitsplätze“, wozu Frau Krause vom Fachbereich Soziales der Region als Gast eingeladen war. Im Juni 2015 ging es um das Schwerpunktthema „Prävention von Wohnungslosigkeit und Betreuung betroffener psychisch erkrankter Menschen“, hierzu war Frau Sell vom Fachbereich Soziales der Region eingeladen, einen Input zu geben. In beiden Bereichen hat die Region unter Einbeziehung der besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Betroffener neue Konzepte erarbeitet und mit deren Umsetzung begonnen. Schwerpunkt der September-Sitzung war die Information und Diskussion über den aktuellen Sachstand bei der Erstellung eines Landespsychiatrieplans für Niedersachsen, eingeleitet durch einen Bericht von Herrn Elgeti. Für die Dezember-Sitzung steht das Thema „psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen“ auf der Tagesordnung.

Neben diesen thematischen Schwerpunktsetzungen lassen sich die Mitglieder des RFP in jeder Sitzung über den aktuellen Sachstand im Hinblick auf diejenigen Themenfelder unterrichten, die in den letzten 12 Monaten behandelt wurden. Dazu gehörten im Berichtsjahr das Projekt zur sozialpsychiatrischen Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung, die fachärztliche Krisenintervention und Notfallversorgung in der Region sowie die Entwicklungsprojekte „Gemeindepsychiatrische Zentren“ und „inklusive Sozialraum“.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat für Soziale Infrastruktur · Stabsstelle Sozialplanung (II.3)
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

10 Jahre Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle

von Jürgen Gundlach (*Mitglied der Ombudsstelle*)

Ein besonderer Tag: der 15. Februar 2005

Die Mitglieder der Ombudsstelle freuten sich auf die erste Sitzung. Mit Spannung und großem Optimismus fieberte jeder diesem „Kennenlern-Tag“ entgegen. Alle wollten detaillierte Informationen über die ehrenamtlichen Aufgaben erhalten und sich natürlich auch gegenseitig „beschnuppern“.

Die Zusammenkunft fand am 15. Februar 2005 in den Räumen des Gesundheitsamtes Hannover statt. Für die Aufgaben waren fünf engagierte Personen ausgewählt und begeistert worden. Am „Runden Tisch“ lernten sich eine Vertreterin der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Erkrankter, ein Vertreter des Vereins Psychiatrie-Erfahrener, eine Mitarbeiterin aus einer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, sowie jeweils ein Bürger mit rechtlichem und sozialem Hintergrund kennen. Mit beratender Funktion waren der Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover dabei. Eine gute Zusammensetzung, wie sich in den kommenden Jahren noch herausstellen würde.

Der Dezernent für Soziale Infrastruktur begrüßte die Mitglieder der Ombudsstelle und unterstrich die Wichtigkeit der neu geschaffenen Institution innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Er hob hervor, dass die Ombudsstelle in einem bundesweiten Kontext zur Stärkung der Rechte seelisch behinderter bzw. psychisch erkrankter Menschen steht. Wichtig zur Aufgabenerfüllung ist, dass die Ombudsstelle

unabhängig, vertraulich und kostenfrei

arbeitet, also neutral und nicht weisungsgebunden ist.

Bereits in den ersten beiden Sitzungen wurden die Grundlagen für die Arbeit der Ombudsstelle konstruktiv diskutiert, verabschiedet und als verbindliche Geschäftsordnung zu Papier gebracht.

Erkenntnisse der ersten Jahre

Vielfältige Erfahrungen wurden in den folgenden Jahren bei der Bearbeitung von Beschwerden gesammelt – positive wie auch negative. Diese Erkenntnisse flossen im Laufe der Jahre ein zu signifikanten Veränderungen in den Arbeits- und Ablaufprozessen.

Hierzu einige Beispiele:

- Grundsätzlich sind die Beschwerden von den Beschwerdeführern schriftlich an die Ombudsstelle zu richten. Beschwerdeführer können psychisch beeinträchtigte Menschen oder ihre Angehörigen sein. Anonyme Beschwerden werden generell nicht bearbeitet.
- Die Bearbeitungen von Beschwerden werden in „Tandems“ durchgeführt („Vier-Augen-Prinzip“).
- Die Vermittlungsgespräche werden größtenteils „vor Ort“ mit allen in der Beschwerde beteiligten Personen oder Institutionen durchgeführt. Dabei sind „annehmbare“ Lösungsvorschläge anzustreben.
- Beschwerden werden nur mit Zustimmung der Beschwerdeführer bearbeitet. Eine konstruktive (offene) Zusammenarbeit ist dabei unabdingbar.
- Die Arbeit wird nur dann aufgenommen, wenn eine Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung vorliegt.
- Bearbeitet werden grundsätzlich nur aktuelle Fälle. Eine zeitnahe Beschwerdebearbeitung ist für die Beschwerdeführer von Bedeutung.
- Beschwerden werden nur dann bearbeitet, wenn die psychisch beeinträchtigten Menschen ihren Aufenthaltsort in der Region Hannover haben. Ansonsten werden die Beschwerden an zuständige Institutionen weitergeleitet.
- Da sich die Mitglieder der Ombudsstelle einmal in Monat zu Fallbesprechungen und zum Erfahrungsaustausch treffen, werden die Beschwerden nach Eingang sofort zur unverzüglichen Bearbeitung an die Mitglieder der Ombudsstelle weitergeleitet, die sich dann eigenverantwortlich um die Beschwerden kümmern.

2015: Vorausschauendes Resümee

Die Ombudsstelle hat die an sie gestellten Aufgaben stets eigenverantwortlich und mit hoher Einsatzbereitschaft bearbeitet und ist damit den Erwartungen voll gerecht geworden. Nur wenige Beschwerden konnten aufgrund der komplexen Sachverhalte, und trotz gemeinsam erarbeiteter Lösungsvorschläge, nicht nachhaltig „vermittelt“ werden.

Festzuhalten ist: Die Ombudsstelle arbeitet effektiv und äußerst vertrauensvoll. Ihr wird von allen Seiten Akzeptanz entgegengebracht. Auch weiterhin wird sie sich für die Rechte psychisch beeinträchtigter Menschen einsetzen! Sie hat sich damit zu einem wichtigen „Bindeglied“ in der Region Hannover entwickelt. Überdies erleichtert sie den Betroffenen durch ihren Einsatz die

größtmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Sie kämpft mit hohem Engagement und Diskretion für Menschen, die nicht immer von der Gesellschaft „akzeptiert“ und leider oft noch als „Randgruppe“ wahrgenommen werden. Sie arbeitet konstruktiv und verantwortungsbewusst mit Kliniken, zuständigen Trägern für psychisch erkrankte Menschen, Betreuern und weiteren Institutionen, um nur einige zu nennen, zusammen.

Auch die Beschwerdeverfahren sprechen eine klare Sprache. Fast 300 Beschwerden hat die Ombudsstelle in den letzten 10 Jahren bearbeitet und hat dabei zwischen den Beteiligten die Zusammenarbeit durch konstruktive Lösungen verbessert. Eine nicht immer leichte Aufgabe! Die Ziele der Ombudsstelle haben weiterhin höchste Priorität. So wird auch künftig jede Beschwerde individuell betrachten, bearbeiten und nach gemeinsamen Lösungsmöglichkeiten suchen. Sie setzt sich helfend und vermittelnd für die Interessen von psychisch erkrankten Menschen ein. Die Mitglieder der Ombudsstelle wünschen sich einen noch höheren Bekanntheitsgrad in der Region Hannover und möchten, dass Erkrankte und Angehörige die Ombudsstelle als unabhängiges und neutrales „Sprachrohr“ für Beschwerden weiterhin einschalten.

Anschrift des Verfassers:

Jürgen Gundlach · Mitglied der Ombudsstelle · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Region Hannover
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover

Sonderteil

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien

von Matthias Eller (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche*)

Wir haben in diesem Jahr interessante Berichte erhalten, die sehr informativ sind und gerade neue Projekte und unterschiedliche Arbeitsweisen sowie Schwerpunkte der Arbeit beinhalten. Auf den folgenden Seiten sind die Beiträge inhaltlich unverändert dargestellt. Die Beiträge zeigen nur einen Ausschnitt der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft, jedoch wird deutlich dass sich das Hilfesystem unter anderem in die Bereiche Psychiatrie, Begleitung, Wohnen, Bildung, Erziehung, Pädagogik und Psychotherapie aufweicht. Dadurch ergeben sich viele Schnittstellen und Überschneidungen. Wir wollen im Sozialpsychiatrischen Plan dazu anregen sich auszutauschen, sich zu vernetzen und neue Bedarfe auszuloten. Dazu bildet die Fachgruppe KJP im Sozialpsychiatrischen Verbund eine gute Plattform. Hier nun ein kurzer Überblick über einige Inhalte der nächsten Seiten:

Der neuer Psychiatriekoordinator Herr Blanke hat seine Arbeit aufgenommen.

Der Sozialpsychiatrischen Dienst beschäftigte sich unter anderem mit der Bearbeitung des Themas „Betreuung und Behandlung junger Volljähriger“.

In der stationären Versorgung (KJPP Wunstorf) wird von einem weiteren Anstieg der Notaufnahmen berichtet. Erwähnenswert ist, dass im Kinderbereich 50% der Fälle Notaufnahmen sind und dass es im Jugendlichen-Therapiebereich, stationär sowie teilstationär Wartezeiten bis zu 5 Monaten gibt.

Sowohl im ambulanten als auch in der stationären Versorgung wird von einem deutlich gestiegenen Bedarf für Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung berichtet, (Autismus Zentrum Hannover).

2014 wurde im Winnicott – Institut eine Forschungsambulanz eingerichtet.

Allgemein ist ein Ausbau der „Frühen Hilfen“, zum Beispiel der Eltern-Säuglings-/ Kleinkindambulanz zu beobachten, (Winnicott-Institut).

Erfreulich ist die Entwicklung der Wartezeiten in den niedergelassenen Kinder – und Jugendpsychiatrischen Praxen, die in der Region Hannover bei 2 - 3 Wochen liegt. Eine bundesweite Evaluation zur Versorgungsstruktur im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann unter www.kbv.de/html/themen_2857.php eingesehen werden.

Die Familien – und Erziehungsberatung der Region Hannover hat sich im Rahmen eines Projektes „Gleichmäßige Versorgung der Region Hannover“, unter Berücksichtigung der Sozialstrukturen neu aufgestellt. Neben dem verstärkten Einsatz von Personalressourcen wurden eine Sprechstunde in Sehnde, eine Außenstelle in Barsinghausen und ein neuer Standort in Ronnenberg eingerichtet.

Gruppenangebote in der Jugendhilfe wie zum Beispiel „Soziale Gruppenarbeit“ oder „Elterntraining: Aktive Eltern“ und das Angebot „Flexible Erziehungshilfen“ im Bereich Kinder psychisch erkrankter Eltern“ ist ein Ausschnitt der sinnvollen Angebotsvielfalt.

Die Einrichtung und Ausweitung stationärer Plätze für unbegleitete Flüchtlinge ist ein Teil der Herausforderung für die Träger der Jugendhilfe.

Weitere Trends und vielfältige einrichtungsinterne Informationen werden in diesem Sonderteil beschrieben. An dieser Stelle möchten wir uns für die eingebrachten Beiträge bedanken. Viel Spaß beim Lesen.

Anschrift des Verfassers:

Matthias Eller · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de

Ambulante Versorgung

Versorgung durch die Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater

von Rainer Janitzek (*Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie*)

Die 20 Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Hannover-Region mit 28 Kinder- und Jugendpsychiatern versorgen im Jahr rund 40.000 Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen. Wie schon früher berichtet, erfolgt die Behandlung zumeist im Rahmen der Sozialpsychiatrieverordnung, die ein Arbeiten im multiprofessionellen Team im kassenärztlichen Abrechnungssystem erlaubt. Nur wenige Praxen arbeiten als „klassische“ kinderpsychiatrische Praxis ohne sozialpsychiatrisches Team und dann meist rein psychotherapeutisch.

Die Wartezeiten auf einen Erstvorstellungstermin haben sich deutlich verkürzt und liegen gegenwärtig bei 2 - 3 Wochen.

Aufgrund der hohen Versorgungsdichte mit kinderpsychiatrischen Praxen wurde für die Region Hannover dieser Fachbereich zulassungsbeschränkt. Neue Praxen können nur im Rahmen von Sonderbedarfsberechnungen zugelassen werden und tendenziell soll die Versorgungsdichte aufgrund eines besonderen Schlüssels (Patientenzahl pro Arzt) ausgedünnt werden, d.h. Praxen dürfen zukünftig nicht wieder besetzt werden.

Im Zuge der vor einigen Jahren mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur Sozialpsychiatrievereinbarung erfolgte 2014 eine bundesweite Evaluation dieser Versorgungsform durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Laut KBV „handelt es sich um eine der umfassendsten Erhebungen zur Versorgungsstruktur im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Der vollständige Bericht kann unter www.kbv.de/html/themen_2857.php eingesehen werden.

Wesentliche Veränderungen des Klientels unserer Praxen hat sich bisher nicht ergeben, dies betrifft auch den Umstand, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bisher noch nicht in nennenswerten Umfang in den Praxen vorstellig wurden.

Anschrift des Verfassers:

Rainer F. Janitzek · Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie · Brabeckstraße 167 B · 30539 Hannover
E-Mail: kontakt@praxis-janitzek.de

**Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover**
von Verena Handtke (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche*)

Seit Beginn dieses Jahres gibt es mit Herrn Uwe Blanke einen neuen Psychatriekoordinator, der, ebenso wie sein Vorgänger Herr Schlieckau, an Themen der KJP sehr interessiert ist. In unserer Beratungsstelle gab es bis auf den routinemäßigen Wechsel der Berufspraktikantin im Jahr 2015 keine personellen Veränderungen, sodass unsere Einrichtung jetzt mit 1,5 Verwaltungskräften, 2,5 Stellen für Dipl.- Sozialpädagogen/innen, zwei Ärztinnen (eine davon Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie), die jeweils über 24 Stunden verfügen sowie zwei Dipl. Psychologen mit einer vollen und einer 30-Stunden-Stelle ausgestattet ist.

Bzgl. der Klientel sind es nach wie vor eher Jugendliche aus schwerbelasteten Multiproblemfamilien, die bei uns angemeldet werden. Hierbei haben Mädchen zahlenmäßig aufgeschlossen, sodass sich die Anmeldezahlen von männlichen u. weiblichen Jugendlichen inzwischen ungefähr die Waage halten.

Da sich der Trend von Anmeldungen durch junge Erwachsene auch in diesem Jahr fortgesetzt hat, beschäftigten wir uns auf einem teaminternen Klausurtag explizit mit diesem Thema und stellten es beim Beratungsstellentreffen, der Dienstbesprechung des gesamten Sozialpsychiatrischen Dienstes, vor. Daraus entwickelte sich die Vorbereitung einer 'Inhouse-Veranstaltung' zum Thema „Betreuung und Behandlung junger Volljähriger im SPDi“, die im Dezember stattfinden wird.

Durch die lange Streikphase Mitte des Jahres fielen sonst verlässliche Kollegen von KSD und ASD aus und anfallende Krisen mussten übernommen werden. Z.T. erwiesen sich hier Schulsozialarbeiter und -sozialarbeiterinnen als wichtige Kooperationspartner. Mit den KJP-Kliniken Wunstorf und 'Auf der Bult' existiert eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit, Kontakte zur KJP Hildesheim sind vorhanden.

Im Rahmen der Landespsychiatrieplanung Niedersachsen besuchten einige Kollegen eine ganztägige Informationsveranstaltung am 30.06.2015 in der MHH und engagierten sich für den Bereich KJP. Hauptschwerpunkt war die Frage der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen in der Region und/oder in ländlichen Gebieten im Land Niedersachsen.

Bzgl. des aktuellen Themas „Flüchtlinge“ sowie „unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge“ gibt es vereinzelte Anmeldungen, allerdings kann noch nicht von erhöhter Anmeldezahl gesprochen werden. In Einzelfällen wurden bereits kollegiale Fallberatungen durchgeführt. Des weiteren besteht Kontakt zum NTFN e.V. (Netzwerk traumatisierter Flüchtlinge Niedersachsen) incl. eines Besuchs in der Marienstr. am Tag der offenen Tür Anfang Oktober 2015.

Anschrift der Verfasserin:

Verena Handtke · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien · Podbielskistr. 168 · 30177 · Hannover · E-Mail: verena.handtke@region-hannover.de

Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend

von Holger Thiermann (*Region Hannover, Fachbereich Jugend,
Familien- und Erziehungsberatungsstellen*)

In den drei Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover kam es im Jahr 2014 zu 1310 Neuanmeldungen. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 10 Prozent. Inklusiv der fortlaufenden Beratungen aus dem Vorjahr wurden 2.045 Beratungsfälle für 2014 gezählt. Hiervon konnten im Berichtsjahr 1.318 abgeschlossen werden, 727 laufende Beratungsfälle wurden ins Jahr 2015 übernommen. Die Wartezeiten liegen abhängig vom Versorgungsgebiet zwischen 2 Wochen und 2 Monaten.

Die FEBs haben in den Jahren 2012 bis 2015 im Rahmen eines Projektes „Gleichmäßige Versorgung der Region Hannover mit Leistungen der Familien- und Erziehungsberatung“ ein neues Versorgungskonzept entwickelt. In jeder Kommune soll zukünftig ein Angebot vorgehalten werden, das auch die Sozialstrukturen des Versorgungsgebietes berücksichtigt. Das neue Versorgungskonzept soll unter Einbeziehung der Beratungsstellen freier Träger (in einigen Kommunen) und zusätzlicher Personalressourcen in den Jahren 2015/2016 verwirklicht werden.

2015 wurde bereits eine Außenstelle in Wunstorf, eine Sprechstunde in Sehnde, eine Außenstelle in Barsinghausen und ein neuer FEB Standort in Ronnenberg eingerichtet. Bewerbungsverfahren für zusätzliche Personalstellen haben im Oktober 2015 begonnen.

Wie im Vorjahr erforderte die Fallarbeit im Kontext von Trennung und Scheidung in Kooperation mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst und den Familiengerichten einen verstärkten Einsatz von Personalressourcen. In besonders schwierigen und hochkonflikthaften Beratungsfällen ist häufig Co-Beratung sinnvoll und erforderlich.

Einen ebenfalls verstärkten Einsatz von Personalressourcen erforderte das spezielle Angebot der frühen Beratung (für Eltern von Kindern von 0 - 3 Jahren) und die aktive Mitwirkung im Netzwerkprojekt „Frühe Hilfen“ des Fachbereichs Jugend der Region Hannover (für Eltern von Kindern von 0-6 Jahren) sowie der Mitarbeit in entsprechenden Netzwerken in den verschiedenen Kommunen.

Der Anteil der Beratung von Eltern mit Kindern von 0 - 6 Jahren konnte dadurch deutlich angehoben werden.

Anschrift des Verfassers:

Holger Thiermann · Region Hannover · Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstellen
Am Weingarten 1 · 30952 Ronnenberg · E-Mail: Holger.Thiermann@region-hannover.de

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie

von Michael Wachtendorf (*Leitender Diplom Psychologe*)

Die Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich blieben im Vergleich zum letzten Jahr relativ konstant. Die Wartezeiten für junge Kinder und/oder spezifische Anmeldegründe konnten weiterhin auf angemessenem Niveau gehalten werden.

Die qualitätssichernden, wissenschaftlich evidenten Evaluationen werden in vielen Arbeitsbereichen und Arbeitsgruppen beständig ausgebaut und kontinuierlich mit erfreulich positiver Rückmeldung von Mitarbeitern und Patienteneltern durchgeführt. Die Angebote im Bereich Autismus-Spektrum-Störungen liegen aufgrund hoher Anmeldezahlen weiterhin sehr stark in unserem Fokus. Die Betreuung von Kindern in vielen entwicklungsrelevanten Bereichen und deren Eltern in Gruppen findet weiterhin in mehreren Altersstufen auf hohem Niveau statt.

Der schon im vergangenen Jahr festgestellte Trend, dass die Auffälligkeiten im Bereich der Sprache deutlich zunehmen hält an. Vor dem Hintergrund einer „Kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörung“ zu der die Sprachentwicklungsstörung gehört, nimmt diese Diagnose vor allem bei jüngeren Kindern weiter zu. Auch die Zahl der Kinder, die bilingual aufwachsen nimmt zu – dies führt häufig zu einer besonderen Form von sprachlichen Problemen.

Wie auch schon in den Vorjahren hat die Anzahl der Kinder mit Bindungsstörungen, häufig in massiver Ausprägung, nochmals zugenommen.

Die veränderte Schulsituation vor dem Hintergrund der Inklusion beschäftigt uns im Rahmen der Beratungsinhalte weiterhin sehr. Dies bezieht sich sowohl auf die Beratung der Eltern als auch auf Empfehlungen im Rahmen der weiteren schulischen Vorgehensweise (Schulbegleitung, Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf etc.)

Wir hatten im Jahr 2014/2015 noch nicht mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zu tun, rechnen jedoch in der Zukunft damit.

Anschrift des Verfassers:

Michael Wachtendorf · Sozialpädiatrisches Zentrum · Janusz-Korczak-Allee 8 · 30173 Hannover
E-Mail: Wachtendorf@hka.de

Winnicott Institut

von Herrn Kurt Brylla (*Leiter der Ambulanz und der Fortbildung*)

Versorgungssituation:

Die Abteilung „Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung oder Scheidung – Familienmediation“ hat sich auf die Region Hannover hin erweitert. Starke Anfrage an Eltern-Säuglings-/ Kleinkindambulanz-Personal konnte aufgestockt werden.

Veränderung:

Im Jahr 2014 wurde eine Forschungsambulanz eingerichtet (arbeitet gut 1 Jahr). Diese arbeitet seit gut einem Jahr an 2 Forschungsprojekten, die von den Spitzenverbänden der nieders. Ersatzkassen durch langfristige Sondervergütungsverträge abgesichert sind (näheres auf Anfrage).

Trend bzw. Entwicklung:

Supervision durch Prof. Dr. Müller von Betreuern von Flüchtlingskindern angeboten. Können den Nachfragen nicht ausreichend nachkommen. Halten verfrühte „Traumatherapie“ für unsachgemäß.

Anschrift des Verfassers:

Kurt Brylla · Winnicott Institut · Geibelstraße 104 · 30173 Hannover
E-Mail: brylla@winnicott-institut.de

Stationäre Versorgung

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf von Annette Redslob (*Chefärztin*)

Insgesamt ist für das Jahr 2014 eine weiter anhaltende Fallzahlsteigerung mit unverändert hoher Auslastung im stationären und teilstationären Bereich und weiterer Steigerung der Anzahl von Notaufnahmen zu verzeichnen. Während die Jugendlichen-Akutstation 100% Notaufnahmen verzeichnet, gibt es im Jugendlichen-Therapiebereich sowohl stationär als auch teilstationär Wartezeiten bis zu 5 Monaten. Im Kinderbereich sind die Wartezeiten etwas kürzer. Auch im stationären Kinderbereich kommen bereits knapp 50% der Fälle als Notaufnahme. Die Familiensysteme der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen erscheinen in den meisten Fällen hoch belastet, oft mit eigenen psychischen Erkrankungen / schweren Belastungsfaktoren bei den Eltern / wichtigen Beziehungspersonen.

Um der chronisch angespannten Versorgungssituation gerecht zu werden, wurde Ende 2014 für einen Neubau einer Krisenstation mit Inbetriebnahme bereits genehmigter 8 Betten ein Antrag auf Bewilligung von Fördermitteln nach § 9 Abs. 1 KHG beim Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gestellt.

Anschrift der Verfasserin:

Annette Redslob · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf · Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
-psychotherapie · Südstraße 25 · 31515 Wunstorf · E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu

Ambulante Versorgung im Übergangsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Erziehungsberatung sowie Eingliederungshilfen

Fachbereich Jugend der Region Hannover, Team Pflegekinder, Adoption und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII (Achstes Buch Sozialgesetzbuch)

von Kathrin Deiters-Winkler (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

Seit November 2013 ist der Fachdienst Eingliederungshilfe 35a SGB VIII dem Team 51.19/ Pflegekinder, Adoption und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zugeordnet.

Hier bearbeiten zurzeit sechs Mitarbeiter/innen mit insgesamt 5,25 Stellen die Anträge auf Eingliederungshilfe. In dem Stellenanteil enthalten ist die fachliche Betreuung und Koordination des Sachgebietes im Umfang einer 75%-Stelle.

Die Rechtsgrundlage für die Bearbeitung der Anträge Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist seit 1993 der § 35a SGB VIII.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Mitarbeiter/innen bieten:

- Beratung, Begleitung und Unterstützung von Eltern und deren Kindern mit psychischen Störungen bzw. Erkrankungen (wie z.B. Persönlichkeitsstörung, Essstörung, Suizidalität, selbstverletzende Verhaltensweisen, Drogen Missbrauch, Traumafolgestörung wie z.B. nach sex. Missbrauch, Misshandlungen) sowie Teilleistungsstörung
- Beratung, Begleitung und Unterstützung junger Volljähriger mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen (s.o.) ab dem 18 Lebensjahr
- Beratung vor Ort von Psychiatrien, niederlassenden Kinder- und Jugendpsychiatern, Allgemeiner Sozialer Dienst, Schulen, Pflegekinderdienst, Team Vormundschaften, Anbieter der öffentlichen Jugendhilfe: stationär und ambulant.

Nach erfolgter Prüfung der sachlichen Zuständigkeit der Eingliederungshilfe werden gemeinsam mit allen an einer Hilfe Beteiligter Hilfebedarfe erarbeitet, individuelle Konzepte entwickelt und ein Hilfeplan erstellt.

Gewährte Hilfen werden durch die Hilfeplanfortschreibung gesteuert und das Hilfekzept unter Berücksichtigung der jeweiligen psychischen Erkrankung des jungen Menschen ggf. modifiziert. Die Form der Hilfe richtet sich nach dem Bedarf des Einzelnen und kann als ambulante Hilfe,

z.B. Schulbegleitung, Behandlungseinheiten im Zentrum für autistische Kinder, flexible Einzelbetreuung, als teilstationäre Hilfe, z. B. Besuch einer Tagesgruppe oder der STEP Schule oder als vollstationäre Hilfe, z. B. Unterbringung in einer therapeutischen Wohngruppe, erfolgen.

Die Kosten der Hilfen werden vom Fachbereich Jugend getragen. Bei teilstationären und stationären Hilfen werden, je nach Einkommen, die Eltern und jungen Volljährigen beteiligt.

Anschrift der Verfasserin:

Kathrin Deiters-Winkler · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Hildesheimer Str. 18 · 30169 Hannover
E-Mail: Kathrin.Deiters-Winkler@region-hannover.de

**Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend und Familie
der Landeshauptstadt Hannover,**

von Wolfgang Sievers (*Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover*)

Anträge auf Eingliederungshilfe werden in den Dienststellen des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) im Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover bearbeitet. Rechtsgrundlage für die Bearbeitung der Hilfefälle für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist der § 35 a SGB VIII.

Bei der Eingliederungshilfe handelt es sich **nicht** um eine Hilfe zur Erziehung (HzE), sondern um eine eigenständige Leistung nach dem SGB VIII. HzE begründet gem. § 27 Abs. 1 SGB VIII einen erzieherischen Bedarf bei den Personensorgeberechtigten (Anspruchsberechtigte). Eingliederungshilfe begründet keinen erzieherischen Bedarf, sondern eine individuelle Teilhabebeeinträchtigung aufgrund einer seelischen Störung. Anspruchsberechtigt ist bei der Eingliederungshilfe das Kind/ der/ die Jugendliche/ der/ die junge Erwachsene selbst, nicht die Personensorgeberechtigten (im Antragsverfahren handelt der gesetzliche Vertreter g. § 1626 BGB).

In jedem Fall, in dem im Rahmen der Jugendhilfe Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII beantragt wird, erfolgt eine Einzelfallprüfung. Der individuelle Bedarf und die daraus resultierende erforderliche Leistungsgewährung werden durch die zuständige Fachkraft im Zusammenwirken mit Eltern, Kind, Schule, Fachärzten und durchführendem Dienst im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII im jeweiligen Einzelfall festgelegt.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form, z. B. der Einsatz einer Schulassistentin, Autismus spezifische Therapie, flexible Einzelbetreuung, systematische Übungsbehandlung bei Vorliegen einer Teilleistungsstörung (Legasthenie/ Dyskalkulie),
- in teilstationären Einrichtungen, z. B. Tagesgruppe, STEP-Schule,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in vollstationärer Wohnform, z. B. therapeutische Wohngruppe, geleistet.

Auffällig im Bereich der Eingliederungshilfen g. § 35 a SGB VIII sind die stetig steigenden Fallzahlen in der Hilfeform „Schulassistentin“ zwischen 2012 – 2015 – siehe Tabelle. So sind die Fallzahlen von 2012 auf 2013 um 64,21 % gestiegen und von 2013 auf 2014 nochmals um 30,77 %. Zum 30.09.2015 (209) ist die Fallzahl schon höher als im gesamten Jahr 2014 (204).

Fallzahlen Schulassistentin 2012 - 2015				
	2012	2013	2014	01.01. - 30.09.2015
Fallzahlen	95	156 (+64,21 %)	204 (+ 30,77 %)	209

Zu einem großen Teil lässt sich der Anstieg bei den geleisteten Schulassistentinnen auf die Einführung der inklusiven Beschulung 2013 zurückführen. Die Annahme, dass einige Schülerinnen/ Schüler, die bis 2013 eine Förderschule ohne eine zusätzliche Schulassistentin besucht haben, mit dem Wechsel auf die Regelschule nun doch eine Schulassistentin benötigen, hat sich bestätigt.

Die Aufgabe der Schule wäre es, für alle Kinder, also auch für behinderte Kinder, eine geeignete öffentliche (kostenfreie) Beschulung anzubieten, z.B. durch Einsatz von zusätzlichen Förderschulkräften und / oder pädagogischen MitarbeiterInnen im Regelschulbereich, ggf. verbunden mit der Erarbeitung zieldifferenter Lehrpläne für einzelne (behinderte) Kinder.

Leistungen der Eingliederungshilfe in Form der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung sind nach § 10 Abs. 1 SGB VIII grundsätzlich nur in den Fällen nachrangig zu prüfen, in denen das öffentliche Schulsystem die angemessene Beschulung der behinderten Kinder nicht mit eigenen Mitteln bzw. eigenem Personal sicherstellt. Wenn die Jugendhilfe hier also für seelisch behinderte Kinder in die Hilfe eintritt, handelt sie als sogenannter „Ausfallbürge“, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen sonst keine Unterstützung bekämen.

Anschrift des Verfassers:

Wolfgang Sievers · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Kommunaler Sozialdienst
Blumenauer Str. 5-7 · 30449 Hannover · E-Mail: Wolfgang.Sievers@Hannover-Stadt.de

Pestalozzi-Stiftung – Jugendhilfe

von Michael Theidel (*Pestalozzistiftung*)

Zur Versorgungssituation:

Stationäre Jugendhilfe

Unsere elf Wohngruppen, sowie unsere Notaufnahmen in Erziehungsstellen mit zusammen 101 Plätzen waren in 2015 gut ausgelastet. Im Vergleich zu den Vorjahren sind in 2015 die Anfragen für den Bereich der 5-Tage-Gruppen zurückgegangen.

Die Fluktuation in den Wohngruppen war wie schon im letzten Jahr recht hoch – oftmals erhalten wir Anfragen von Kindern und Jugendlichen, die bereits mit mehreren Jugendhilfemaßnahmen gescheitert sind.

Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im stationären Bereich.

Die Anfragen im Bereich der Notaufnahmen in Erziehungsstellen, als auch in der Aufnahme-gruppe für Kinder in Notsituationen sind in 2015 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen.

In 2015 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert.

Teilstationäre Jugendhilfe

Die fünf Tagesgruppen mit 43 Plätzen waren im Jahr 2015 weniger gut ausgelastet. Während die sozialraumorientierten Gruppen in Langenhagen und Garbsen kontinuierlich gut belegt waren, waren die Tagesgruppen auf unserem Stammgelände in Burgwedel nur mit ca. 70% ausgelastet. Wir beabsichtigen daher in Burgwedel eine Tagesgruppe mit neun Plätzen nach den Herbstferien 2015 zu schließen. Die durchschnittliche Belegungsdauer der Tagesgruppen lag bei ca. zwei Jahren.

Weiterhin konstant hoch ist der Anteil an Familien, wo im Verlauf der Tagesgruppenmaßnahme deutlich wurde, dass diese nicht ausreicht um der Familie entsprechend zu helfen. Meist war eine zeitweise Trennung von der Familie in Form einer stationären Maßnahme notwendig.

Bei drei Familien schloss sich nach Beendigung der Tagesgruppe eine flexible Erziehungshilfe an.

Es gab keine Wartezeiten bei den Aufnahmeanfragen im teilstationären Bereich.

In 2015 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert.

Ambulante Jugendhilfe

Flexible Erziehungshilfen:

„Kinder psychisch kranker Eltern“ ist weiterhin ein größeres Thema in diesem Bereich.

Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im Bereich der flexiblen Erziehungshilfen.

In 2015 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert.

Soziale Gruppenarbeit:

Unsere drei Gruppen mit insgesamt 18 Plätzen waren in 2015 kontinuierlich ausgelastet. Auch hier gab es keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen.

Elternteraining „Aktive Eltern“:

Das Elternteraining „Aktive Eltern“ führen wir im Auftrag der Region Hannover durch. Wir vermitteln dabei bewährte und im Alltag leicht umsetzbare Erziehungsmethoden, die die Familien im Umgang mit ihren Kindern und in ihrem Selbstvertrauen stärken. 2015 wurden acht Kurse durchgeführt.

Beobachtete Trends, geplante Projekte:

Die stationären Anfragen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge erfordern aktuell eine kurzfristige Erweiterung der stationären Plätze. Hier planen wir für Anfang 2016 die Eröffnung einer Wohngruppe auf dem Stammgelände und ggf. weitere stationäre Angebote in Kooperation mit den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe.

Weiterhin erweitern wir unser ambulantes Angebot um niedrigschwellige Unterstützungsleistungen (Haushaltsunterstützung, Integrationshelfer etc.)

Darüber hinaus planen wir Soziale Gruppen als tagesstrukturierendes Angebot für minderjährige Ausländer.

Anschrift des Verfassers:

Michael Theidel · Erziehungsleiter · Pestalozzi Stiftung · Jugendhilfe · Pestalozzistraße 7 · 30938 Burgwedel
E-Mail: mtheidel@pestalozzi-stiftung.de

Autismus Zentrum Hannover, Heilpädagogischer Kindergarten sowie Schule, Ambulanz und Beratungsstelle, Wohngruppen

von Christine Voigt (*Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH*)

Versorgungssituation:

- **Schule:** Hier haben 31 Kinder und Jugendliche ein schulisches Angebot im Rahmen der Tagesbildungsstätte bekommen
- **Kita:** Es wurden 12 Kinder gefördert.
- Wartezeiten gibt es nicht. Kinder, denen wir nichts anbieten können, werden anderweitig vermittelt und versorgt.
- Personal: insgesamt 32 päd/therap. Mitarbeiter

- **Ambulanz:** 110 Plätze
- Wartezeit: 9 Monate
- Personal: 13 päd. Mitarbeiter (mitunter in Teilzeit)

- **Wohngruppen:** 13 Bewohner
- Bei einem Auszug können wir innerhalb von einigen Tagen wieder neu belegen. Eine Warteliste und eine Wartezeit sind im vollstationären Bereich schwer zu benennen. Letztendlich entscheiden die Rahmenbedingungen der Gruppe und der jeweilige Bedarf des aufzunehmenden Bewohners, welche Aufnahmeentscheidung wir treffen.
- Personal: 23 pädagogische Mitarbeiter (mitunter in Teilzeit)

Veränderungen:

- In keinem Arbeitsbereich hat es entscheidende strukturelle Veränderungen gegeben.

Trends:

- **Schule/Kita:** Wir nehmen zunehmend jüngere Kinder auf.
- **Ambulanz:** Steigende Nachfrage nach ambulanter Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Asperger-Syndrom (§ 35a SGB VIII)
- **Wohngruppen:** Steigende Nachfrage nach vollstationären Wohnplätzen für Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom
- Anfragen von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sind bei uns noch nicht angekommen

Anschrift der Verfasserin:

Christine Voigt · Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH · Prinz-Albrecht-Ring 63 · 30159 Hannover
E-Mail: voigt@thz-hannover.de

Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover von Isabell Geiß (*Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover*)

Die Clearingstelle ist eine Einrichtung der Landeshauptstadt Hannover im Fachbereich Jugend und Familie – Kommunaler Sozialdienst (KSD). Die Clearingstelle ist ein Rund-um-die-Uhr-Angebot für Kinder, Jugendliche, Familien, Fachkräfte und die Polizei, 365 Tage im Jahr. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clearingstelle stehen für persönliche oder telefonische Beratung Kindern, Jugendlichen, Sorgeberechtigten und Fachkräften anderer Institutionen jederzeit zur Verfügung.

Der Aufgabenbereich der Clearingstelle umfasst folgende Schwerpunkte:

- Inobhutnahmeeinrichtung (8 Plätze für Jugendliche im Alter von vierzehn bis zum vollendeten siebzehnten Lebensjahr)
- Sicherstellung der Erreichbarkeit für die Jugendhilfe in den Abend- und Nachtstunden, am Wochenende und an Feiertagen
- Zuständigkeit für alle Kinder und Jugendliche, die keinen Wohnsitz in Hannover haben, sich aber im Stadtgebiet aufhalten und einen Jugendhilfebedarf haben
- Vermittlung aller Inobhutnahmen im Stadtgebiet Hannover in geeignete Inobhutnahmeeinrichtungen in- und außerhalb von Hannover
- Zuständigkeit für alkoholisierte Jugendliche, die sich im Kinderkrankenhaus auf der Bult befinden
- Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Die personelle Ausstattung in der Clearingstelle umfasst neun Dipl. SozialpädagogInnen / Dipl. SozialarbeiterInnen, zwei Hauswirtschaftskräfte, eine Verwaltungsangestellte, eine Berufspraktikantin/Berufspraktikant im Anerkennungsjahr und eine Sachgebietsleitung. Die Stellen der SozialpädagogInnen werden nach Möglichkeit paritätisch besetzt.

Es besteht eine kontinuierliche Auslastung in der Clearingstelle. Die Jugendlichen werden bis zur Klärung der weiteren Perspektive (z.B. Rückkehr in den elterlichen Haushalt, stationäre Fremdunterbringung etc.) in der Clearingstelle betreut. Die Verweildauer in der Einrichtung ist unterschiedlich und auch davon abhängig, ob geeignete Anschluss Maßnahmen zeitnah gefunden werden können. Einige Jugendliche werden wiederholt in der Clearingstelle aufgenommen.

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 546 Babys, Kleinkinder und Jugendliche in der Clearingstelle bzw. durch den KSD in geeignete Inobhutnahmeplätze vermittelt. Seit Ende 2014 zeigt sich ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen, der durch die Inobhutnahme von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) bedingt ist. Vom 01.01.15 bis zum 31.08.15 wurden bereits **261** Jugendliche in der Clearingstelle in Obhut genommen. Hiervon waren **165** UMF. Im Jahr 2014 wurden im Vergleich insgesamt **79** UMF in der Clearingstelle betreut.

Diese stammen vor allem aus Afghanistan, Syrien, Irak und Eritrea. Die UMF sind oftmals stark traumatisiert und benötigen in einem hohen Maß Aufmerksamkeit und Unterstützung.

Anschrift der Verfasserin:

Isabell Geiß · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Nikolaistraße 13 · 30159 Hannover
E-Mail: Isabell.Geiss@Hannover-Stadt.de

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) besteht aus folgenden Gremien:

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)

- Aufgaben:
- Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen
 - Delegiertenversammlung des SPV
 - Wahl der/s Vorsitzenden alle 2 Jahre
 - Beteiligung bei der Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes (§ 9 NPsychKG)
- Zusammensetzung:
- Stimmberechtigt:
 - Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG
 - Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
 - Vertreter der am SPV beteiligten Selbsthilfegruppen und Berufsverbände
 - Gewählte SprecherInnen der vom AKG gebildeten Fachgruppen mit beratender Stimme
 - Gäste mit beratender Stimme

Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)

- Aufgaben:
- Der RFP berät den Dezernenten für soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG ergebenden Fragen
- Zusammensetzung:
- Fachdezernent der Region Hannover als Vorsitzender
 - 4 vom Fachdezernenten benannte Mitglieder: (ärztliche Direktorin des Klinikums Region Hannover / Psychiatrie Wunstorf, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Region Hannover, Geschäftsführer des Landesfachbeirates Psychiatrie und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover)
 - 4 vom AKG zur Berufung durch den Fachdezernenten vorge-schlagene Mitglieder (z.Zt. 2 VertreterInnen von Selbsthilfegruppen Betroffener und ihrer Angehörigen, 1 Sprecher des AKG, 1 Vertreter der freien und gemeinnützigen Träger)

Sektor-Arbeits- gemeinschaften (SAG)

- Aufgaben:
- Einzelfallbezogene Koordination der bestehenden sektorbezogenen ambulanten, stationären und komplementären Hilfen
 - Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf
 - Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohner des Einzugsgebietes
- Zusammensetzung:
- Dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren

Fachgruppen (FG)

- Aufgaben:
- Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbeiten hierzu Lösungsvorschläge
 - Wahl eines Sprechers für die jeweilige Fachgruppe
 - Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG
- Zusammensetzung:
- Der AKG setzt Fachgruppen ein, deren personelle Zusammensetzung von den Fachgruppen selbst festgelegt wird.

**Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – neues Formular ab 2015**

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 (zum Ende oder im Durchschnitt des Berichtsjahres) sowie hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit) angeben.

Bei mehreren Kostenträgern nur den vorrangigen angeben! Bei Standort außerhalb der Kommune bitte Angaben zur Aufteilung der Platzkapazitäten auf der Rückseite dieses Blattes machen!

Ifd. Nr.	Code-Nr. des Hilfsangebots	vorrangiger Kostenträger (Code 1)	Leistungsart (Code 2)	Liegt der Standort des Hilfsangebots in dieser Kommune?		(anteilige) Platzzahl für diese Kommune	
				ja	nein	nach Plan	belegt
				Code 3 eintragen!*	Kommune des Standorts eintragen!		
1							
2							
3							
4							
5							

***) Achtung: Wenn ein Hilfsangebot seinen Standort in dieser Kommune hat, jedoch (auch) für benachbarte Kommunen ganz o. teilweise zuständig ist (Code 3 = 82 oder 83), Rückseite ausfüllen!**

Code 1: vorrangiger Kostenträger

1 = Krankenversicherung; 2 = Rentenversicherung; 3 = Arbeitsverwaltung; 4 = Sozialhilfeträger; 5 = Jugendhilfeträger; 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. Justizmin.; 13 = Bundesministerien; 88 = sonstige Kostenträger, bitte Klartext angeben: _____; 99 = unbekannt / unklar

Code 2: Leistungsart

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

Code 3: hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)

1 = BS Ronnenberg / Empelde; 2 = BS H-Freytagstr.; 3 = BS H-Plauener Str.; 4 = BS H-Deisterstr.; 5 = BS H-Königstr.; 6 = BS H-List; 7 = BS Burgdorf; 8 = BS Neustadt; 9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = BS H-Groß Buchholz; 80 = gesamte Kommune (Landkreis/kreisfreie Stadt/Region) des Standorts eigenes Hilfsangebot (HA) 81 = nicht gesondert definierte Teilgebiete (TG) der Kommune des Standorts HA; 82 = gesamte Kommune des Standorts HA und benachbarte Kommune(n) bzw. TG davon; 83 = TG des Standorts HA und benachbarte Kommune(n) bzw. TG davon; 89 = kein definiertes Einzugsgebiet

(Fortsetzung auf der Rückseite)

3. Gesamte Platzkapazität und einzelne Kommunen des Einzugsgebietes der Hilfsangebote, die in ihren Standort in der hiesigen Kommune haben und darüber hinaus weitere Kommunen ganz oder teilweise zu ihrem Einzugsgebiet zählen (Beispiel siehe unten)						
laufende Nr. des Hilfsangebots (siehe Vorderseite Datenblatt A)		1	2	3	4	5
gesamte Platzkapazität des Hilfsangebots eintragen!						
		Falls die Kommune nur teilweise zum Einzugsgebiet gehört, hier bitte den Anteil in % ihrer Einwohnerschaft angeben!				
hiesige Kommune (Standort des Hilfsangebots)						
weitere Kommunen im Einzugsgebiet (Namen eintragen!)						
weitere Teile des Einzugsgebietes ohne nähere Bezeichnung						

Beispiel: fiktiver Einrichtungsträger mit 4 Hilfsangeboten auf dem Gebiet der Stadt Oldenburg, deren Einzugsgebiet in unterschiedlicher Weise auch andere Kommunen umfasst: Die Hilfsangebote 1 (50 Plätze) und 4 (25 Plätze) umfassen beide die Kommunen die Stadt Oldenburg sowie die Landkreise Oldenburg und Ammerland zur Gänze. Das Hilfsangebot 2 ist für die Stadt Oldenburg und den Landkreis Ammerland ganz sowie für 20% der Einwohnerschaft des Landkreises Oldenburg zuständig, das Hilfsangebot 3 nur für 50% der Bevölkerung der Stadt Oldenburg und für alle Einwohner der Landkreise Oldenburg und Ammerland.

laufende Nr. des Hilfsangebots		1	2	3	4	5
gesamte Platzkapazität des Hilfsangebots eintragen!		50	80	120	25	
		Falls die Kommune nur teilweise zum Einzugsgebiet gehört, hier bitte den Anteil in % ihrer Einwohnerschaft angeben!				
hiesige Kommune (Standort des Hilfsangebots)				50%		
weitere Kommunen im Einzugsgebiet (Namen eintragen!)	LK Oldenburg		20%			
	LK Ammerland					
weitere Teile des Einzugsgebietes ohne nähere Bezeichnung						

**Psychiatriieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – neues Formular ab 2015**

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

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

	(Code-Nr.)

- Dieses Angebot ist Maßnahmefinanziert (wenn ja, bitte Abschnitt 2. ausfüllen)
- Dieses Angebot ist Pauschalfinanziert (d.h. unabhängig von der Zahl der belegten Plätze)
(zutreffendes ankreuzen) Bei Pauschalfinanzierung: jährliche Pauschale in Euro

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

Erläuterung: Bei einer internen Differenzierung des Hilfsangebots mit unterschiedlichen Kostensätzen 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 belegten 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 Vollkräfte immer mit 1-2 Stellen hinter dem Komma angeben (z.B. 4,6 bzw. 3,25).

Grundqualifikation	Vollkräfte insgesamt	Vollkräfte mit Zusatzqualifikation	Art 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 = psychotherapeut. 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!

Psychatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – neues Formular ab 2015

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 die betroffene Person die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es wird der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert.**

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 H-Freytagstr.; 3 = BS H-Plauener Str.;

4 = BS H-Deisterstr.; 5 = BS H-Königstr.; 6 = BS H-List; 7 = BS Burgdorf; 8 = BS Neustadt;

9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = BS H- Groß Buchholz

90 = Wohnadresse in der Region Hannover ohne Sektor-Zuordnung 1-11;

91 = Wohnadresse in einer benachbarte Kommune;

92 = Wohnadresse außerhalb der Nachbarschaft der Region Hannover in Niedersachsen;

93 = außerhalb Niedersachsens;

94= ohne festen Wohnsitz

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; 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 = Stör. mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstör. (F8, F9); 1 = neurot. / psychosomat. Stör. (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkr. (F1x.1/2/8) o. Persönlichkeitsstör. (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhafte Stör. (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organ. psych. Stör. (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8= keine psych. Stör.; 9 = psychiatr. 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 / ggw. in der Klinik; 9= Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**
 0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständ. Wohnen von Erw. mit Partner bzw. Angeh., einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Whg.; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Whg. des Reha-Trägers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließl. Wohnungslosen-Eintr.); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeitätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflicht-grenze; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfbM, 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, Arbeitslosengeld (ALG) 1; 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/ALG 2/Sozialhilfe zum lauf. Lebensunterhalt, im Rahmen stat. Jugend-/ 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 ärztl. geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitations-Eintr. (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergotherapie)
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)
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambul. Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (z.B. in therapeut. Wohnheim)
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. SGB XII (z.B. als häusliche Pflege)
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. SGB XII (z.B. in Alten-/ Pflegeheim)
	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		

Psychiatriieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – neues Formular ab 2015
modifiziertes Datenblatt C für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

C) Datenblatt für die Patientenbezogene
Basis- und Leistungsdokumentation in der KJP

Berichtsjahr

Erläuterung: Dieses Datenblatt orientiert sich am Standard-Fragebogen zur Psychiatrieberichterstattung. In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für die betroffene Person die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es wird der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert.**

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 (nur Krankenhausaufenthalte); 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 Jahre; 3 = 45 bis unter 65 Jahre; 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 H-Freytagstr.; 3 = BS H-Plauener Str.;
4 = BS H-Deisterstr.; 5 = BS H-Königstr.; 6 = BS H-List; 7 = BS Burgdorf; 8 = BS Neustadt;
9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = BS H-Groß Buchholz
90 = Wohnadresse in der Region Hannover ohne Sektor-Zuordnung 1-11;
91 = Wohnadresse in einer benachbarte Kommune;
92 = Wohnadresse außerhalb der Nachbarschaft der Region Hannover in Niedersachsen;
93 = außerhalb Niedersachsens;
94= ohne festen Wohnsitz
90= Wohnadresse unbekannt/unklar

2.4 juristische Flankierung der Hilfen
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 2 = Vormundschaft / gesetzliche Betreuung; 3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug/JGG; 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. Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung
 1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); 2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; 3 = deutlich; 4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung); 9 = Schweregrad 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 Jahre; 3 = 1 bis unter 5 Jahre; 4 = unter 1 J. / ggw. in Klinik; 9 = Jahr letzter Klinikauf. unbekannt/unklar

3.5. Wohnsituation
 1 = Wohnen von Kindern in (Pflege-)Familie; eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partnern / Angeh. einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen von Kindern / Erwachsenen im Heim / in Wohnung des Reha-Trägers, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschl. Wohnungsloseneinr.); 9 = Wohnsit. unbekannt/unklar

3.6. Arbeitssituation, einschl. (vor-)schulische oder berufliche Ausbildung
 0 = trifft nicht zu, da Kleinkind; 1 = Tätigkeit in Beruf o. Familie, KiTa, Schul- oder Berufsausbild. in Regeleinr. mit regelmäßiger Teilnahme; 2 = KiTa, Schul- oder Berufsausbildung in Sondereinr. mit regelmäßiger Teilnahme; 3 = med.-berufliche Rehabilitation oder beschützte Arbeitstätigkeit mit regelmäßiger Teilnahme; 4 = überwiegende Abwesenheit in Regel- oder Sondereinr. (z.B. Schule) bzw. ganz ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar

3.7. Schweregrad der belastenden sozialen Umstände
 1 = höchstens gering ausgeprägt; 2 = deutliche Belastung bei vorhandenen unterstütz. soz. Beziehungen sowohl intra- als auch extrafamiliär; 3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstütz. soz. Bez. extra- o. intrafamiliär; 4 = deutliche Belastungen ohne unterstützende soz. Beziehungen; 9 = Schweregrad der belastenden sozialen Umstände unbekannt / unklar

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt (LUH) der Eltern
 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Bezieher von Versicherungsleistungen; 3 = durch Partner, Angeh. o. sonst. Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum LUH, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = LUH unbekannt/unklar

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

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med. Behandl.	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztl.-psychotherapeut. Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztl. geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandl.- / Reha.-Einrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
med. Behandl.	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung im Arbeitsleben oder Schule (z. B. Legasthenieförderung)
4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher oder schulischer Rehabilitation		
4.12 <u>Quartale</u> in gesonderten Berufsschulen		
4.13 <u>Quartale</u> in teilstationären Maßnahmen (z. B. Tagesgruppe)		

Psychiatriieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – neues Formular ab 2015
modifiziertes Datenblatt C für IBP-Hilfsangebote – Pilotversuch 2014

**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 wird der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert.**

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
11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre; 13 = 10-13 Jahre; 14 = 14-17 Jahre
10 = 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 H-Freytagstr.; 3 = BS H-Plauener Str.;
4 = BS H-Deisterstr.; 5 = BS H-Königstr.; 6 = BS H-List, 7 = BS Burgdorf; 8 = BS Neustadt;
9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = BS H-Gro Buchholz
90 = Wohnadresse in der Region Hannover ohne Sektor-Zuordnung 1-11;
91 = Wohnadresse in einer benachbarte Kommune;
92 = Wohnadresse außerhalb der Nachbarschaft der Region Hannover in Niedersachsen;
93 = außerhalb Niedersachsens;
94= ohne festen Wohnsitz
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. psychisches Störungsbild**
 1 = keine psychischen Auffälligkeiten; 2 = psych. Erkr. (psychiatr. behandelt oder nicht) ohne wesentl. Auswirkungen auf den Alltag; 3 = psych. Erkr. mit wesentl. Auswirkungen auf den Alltag ohne Selbst- oder Fremdgefährdung im Berichtsjahr; 4 = psych. Erkr. mit wesentl. Auswirkungen auf den Alltag mit Selbst- oder Fremdgefährdung im Berichtsjahr; 9 = psych. Auffälligkeiten unbekannt / unklar
- 3.2. Behinderungsbild (unabhängig vom psychischen Störungsbild)**
 1 = nur mentale Behinderung; 2 = Kombination einer mentalen Behind. mit einer weiteren Behinderung (körperliche Beh. oder Sinnes-Beh. oder somatische Erkrankung); 3 = Kombination einer mentalen Beh. mit zwei weiteren Beh.; 4 = Kombination einer mentalen Behinderung mit drei weiteren Behinderungen
- 3.3. Familiäre Vorgeschichte**
 1 = immer in der Herkunftsfamilie gelebt; 2 = auch in Pflegefamilie gelebt, aber bisher nicht im Heim / in betr. WG; 3 = auch im Heim / in betr. WG gelebt; 4 = auch im Heim / in betr. WG gelebt mit mehr als 2 Wechseln zw. Heim, Herkunft- bzw. Pflegefam.; 9 = familiäre Vorgeschichte unbekannt / unklar
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**
 0= trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenth.); 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**
 11 = mit beiden Eltern; 12 = mit einem Elternteil; 13 = in Pflegefamilie; 14 = in Heim / betr. WG
 10 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständ. Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Whg.; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Whg. des Reha-Trägers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschl. Wohnungsloseneinr.); 9 = Wohnsit. unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeitätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeitätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflicht-grenze; 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 der Eltern**
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld (ALG) 1; 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/ALG 2/Sozialhilfe zum lauf. Lebensunterhalt, im Rahmen stat. Jugend-/ Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

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

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med. Behandl.	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztl.-psychotherapeut. Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztl. geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandl.- / Reha.-Einrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung im Arbeitsleben oder Schule (z. B. Legasthenieförderung)
4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher oder schulischer Rehabilitation		
4.12 <u>Quartale</u> in gesonderten Berufsschulen		
4.13 <u>Quartale</u> in teilstationären Maßnahmen (z. B. Tagesgruppe)		

Erläuterungen zu den Kennzahlen in den Auswertungsberichten

1. Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen der Datenblätter A und B:

Nr.	Name	Definition
K1	Platzangebot	Platzzahl nach Plan
K2	Belegungsquote	Platzzahl nach Belegung am 31.12. in % des Platzangebotes
K3	Patientenzahl	Anzahl der Patienten im Berichtsjahr
K4	Personalumfang	Vollzeitstellen Personal aller Grundqualifikationen (GQ 1-4)
K5	Berufsgruppenmix	%-Anteil des Personals in den vier Grundqualifikationen
K6	Zusatzqualifikation	Fachkräfte (FK; GQ 1-3) mit Zusatzqualifikation in % aller FK
K7	Betreuungsintensität	Anzahl der belegten Plätze auf 1 Vollzeitstelle der FK (GQ 1-3)
K8	Betreuungskosten	durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz

2. Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen des Datenblattes C:

Nr.	Name	Definition
K9	männliche Patienten	Anteil Männer bei den Patienten in %
K10	minderjährige Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 18 Jahren in %
K11	jüngere Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 45 Jahren in %
K12	alte Patienten	Anteil Patienten im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzl. betr. Patienten	Anteil der Patienten mit einer gesetzlichen Betreuung in %
K14	psychosoziales Risiko	durchschnittlicher psR-Summenscore der Patienten (Range: 7-32)
K15	Betreuungskontinuität	durchschnittliche Dauer der eigenen Hilfeleistung im Berichtsjahr (Angebotsformen 20-22,26,30-32: in Tagen; sonst: in Quartalen)
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der Patienten in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung der Pat. nach Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen

3. Kennzahlen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes

Die Auswertungstabellen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes enthalten die Kennzahlen K9-K16 und K18-K19 entsprechend der Tabelle 2.

4. Kennzahlen zur Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes

Nr.	Name	Definition
K20	Einwohnerzahl	Wohnberechtigte Bevölkerung nach Melderegister
K21	Fläche	Gesamtfläche des Gebietes in Hektar
K22	Bevölkerungsdichte	Einwohnerzahl pro Hektar Fläche des zugehörigen Gebietes
K23	Minderjährige	Anteil Personen unter 18 Jahren
K24	Alte	Anteil Personen ab 65 Jahren
K25	Arbeitslose	Anteil Arbeitsloser an den 18- bis unter 65-jährigen Personen

5. Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen

Nr.	Name	Definition
K26	Inanspruchnahme-Ziffer	Patienten mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Einzugsgebiet pro 100.000 Einw. dieses Geb. in den Angebotsformen / Leistungsarten
K27	Messziffer Platzangebot	Platzangebot pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes
K28	Messziffer Fachkräfteeinsatz	Vollzeitstellen Fachkräfte (Grundqualifikationen 1-3) pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes

Liste der Angebotsformen

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
1x: ambulante Leistungen	10	PIA (Psychiatrische Institutsambulanz, ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene)
	11	PIA KJP (Psychiatr. Inst.-Ambulanz bzw. amb.-aufs. Dst. für Kinder und Jugendliche)
	12	KS (Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle)
	13	abW (Eingliederungshilfen durch ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII)
	14	APP (ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V bzw. SGB XI)
	15	IFD/AT (Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst nach SchwBG und andere spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung)
	16	BS Sucht (spezielle Angebote für Suchtkranke, z.B. Suchtber.- und Suchtbeh.-Stelle)
	17	BS KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Jugendpsychologischer Dienst, ambulante Hilfen gemäß KJHG)
	18	BS GP (spez. kompl. Angeb. für alte M., z.B. Demenzsprechstunden u. amb. ger.-psych. Pflege)
	19	SAL (sonst. amb. Leist., z.B. BtG-Betr.-Verein, Krisendienst, Soziother. nach § 35 SGB V)
2x: teilstationäre Leistungen	20	TK PSY (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie)
	21	TK KJP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	22	TK GP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie)
	23	TS (teilstationäre Eingliederungshilfen, z.B. in einer Tagesstätte)
	24	WfbM Werkstatt für (seelisch) behinderte Menschen
	25	RPK (teilstationäre med.-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell und ähnliche spezielle Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstrukturierung)
	26	TK Sucht (Tagesklinik gemäß SGB V und VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke)
	27	TS KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder, andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche)
	28	TS GP (spez. kompl. Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsychiatr. Tagespflege-Einr.)
	29	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)
3x: stationäre Leistungen	30	KL PSY (vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene)
	31	KL KJP (vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	32	KL FOR (vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs)
	33	WH (Eingl.-Hilfen gemäß SGB XII in einem spez. (Übergangs-) WH oder entspr. WG)
	34	PfIH (Eingliederungshilfen gemäß SGB XII oder stationäre Pflege gemäß SGB XI in einem psychiatrischen Pflegeheim oder einer entsprechenden Wohngruppe)
	35	WH WL (spezielle komplementäre Angebote für wohnungslose Menschen, z.B. in Unterkunft gemäß § 11 BSHG oder Einrichtung gemäß § 72 BSHG)
	36	WH Sucht (spez. kompl. Angebote für Suchtkranke, z.B. CMA-Heim)
	37	WH KJP (spez. kompl. Angebote für Kinder / Jugendliche, z.B. WH / WG gem. KJHG)
	38	WH GP (spez. kompl. Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsychiatr. Pflegestation)
	39	SSL (sonstige stationäre Leistungen)
4x vertrags- ärztliche Behandlung im Rahmen des SGB V	40	KV-Ärzte PSY (psychiatrisch tätige Fachärzte)
	41	KV-Ärzte KJP (psychiatrisch tätige Fachärzte im KJP-Bereich)
	42	KV-Ärzte PT (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte)
	43	KV Ärzte PT KJP (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte im KJP-Bereich)
	44	KV-Psychologen PT (psychologische Psychotherapeuten)
	45	KV-Psychologen PT (psychologische Psychotherapeuten im KJP-Bereich)
	46	KV MVZ PSY (psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichtete MVZ)
	47	IV PSY (PSY- und PT-Angebote zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V)
	49	SAB (sonstige vertragsärztliche Behandlungsangebote nach SGB V)
5x: SpDi	50	SpDi Allg (Sozialpsychiatrischer Dienst)
	51	SpDi KJP (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche)
	52	SpDi Sucht (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für suchtkranke Menschen)
	53	SpDi Ger (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für psychisch kranke alte Menschen)

Autorenverzeichnis

Amme, Carsten	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Landeshauptstadt Hannover - 51.20.2 KSD-Fachberatung / Koordination Kinderschutz, Blumenauer Str. 5/7, 30449 Hannover
Batram, Susanne	Dipl.-Psychologin, Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Blanke, Uwe	Psychiatriekoordinator, Drogenbeauftragter, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
Bock, Oliver, Prof. Dr.	Facharzt für Pathologie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Braams, Imke	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, beta89 Betreutes Wohnen, Rotermundstraße 27, 30165 Hannover
Brylla, Kurt	Leiter der Ambulanz und Leiter der Fortbildung, Winnicott-Institut, Geibelstr. 104, 30173 Hannover
Bugdoll, Tina	Dipl.-Psychologin, Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“, Hannoversche Werkstätten, Lathusenstr. 20, 30625 Hannover
Bunde, Wolfgang	Dipl.-Pädagoge, Sprecher der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, Arbeiterwohlfahrt, Deisterstr. 85 a, 30449 Hannover
Caspary, Astrid	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Str. 12A, 30175 Hannover
Dehnad, Farschid	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Justizvollzugsanstalt Hannover, Schulenburg Landstraße 145, 30165 Hannover
Deiters-Winkler, Kathrin	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover

Elgeti, Hermann, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Sprecher der Fachgruppe „Dokumentation“, Region Hannover, Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Eller, Matthias	Dipl.-Sozialpädagoge, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Fochler, Martin	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg
Geiß, Isabell	Dipl.-Sozialpädagogin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nikolaistr.13, 30159 Hannover
Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Region Hannover, Peiner Str. 30519 Hannover
Häckl-Strübing, Susanne	Sozialarbeiterin B.A., Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7a, 30853 Langenhagen
Halberstadt, Angela	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, 51.01 Fachberatung Kinderschutz, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover
Handtke, Verena	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Harnau, Brigitte	Leitung Caritas Forum Demenz, Sozialpsychiatrische Fachpflegekraft, Systemische Familientherapeutin, Caritas Forum Demenz-Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum, Plathnerstr. 51, Gartenhaus, 30175 Hannover
Henß-Jürgens, Henning	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
Janitzek, Rainer F.	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Pädagoge, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover
Johanning-Schönfeld, Ulrike	Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover

Jordan, Erwin	Regionsrat, Dezernent für Soziale Infrastruktur, Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Keutner, Michael	Dipl. Supervisor für soziale Berufe, Zierenbergstr. 93, 31137 Hildesheim,
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
Kirschnick-Tänzer, Sabine	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Sprecherin des „Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie“, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Klingsporn, Thomas	Dipl.-Pädagoge / Master of Social Management (M.S.M.), Leiter des Fachbereiches Eingliederungshilfe/Beschäftigung STEP-Niedersachsen, Schloss Gestorf, Neustadtstr. 14, 31832 Springe OT Gestorf
Koch, Fred	Ergotherapeut, Leitung Ergotherapie, Klinikum Region Hannover GmbH, Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Köster, Torsten	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, FAM – Fachambulanz für Alkohol- und Medikamenten- abhängige (STEP-Niedersachsen), Lange Laube 22, 30159 Hannover
Kurth, Henning	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, im Sprecherteam der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, Werkheim e.V., Büttnerstr. 9, 30165 Hannover
Lagerbauer, Catrin	Dipl.-Sozialpädagogin, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
Lessing, Alfred	Drogenbeauftragter, Landeshauptstadt Hannover, Dez. III Fachbereich Jugend- und Sozialdienst, Ihmeplatz 5 , 30449 Hannover
Lüpke, Monika	Psychol. Psychotherapeutin, Einrichtungen für psychisch Genesende Mohmühle GmbH, Mohmühle 1, 30900 Wedemark
Michel, Horst-Peter, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen

Miemietz-Schmolke, Marianne	Sozialpsychiatrische Fachpflegekraft, Sprecherin der Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum CARITAS FORUM DEMENZ Plathnerstr. 51 Gartenhaus; 30175 Hannover
Minnich, Nina	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Straße 4, 30519 Hannover
Möller, Matthias	Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Schillerstr. 2, 31532 Neustadt
Moock, Ulrike	Ärztin, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
Müller-Musolf, Birgit	Fachärztin für Psychiatrie, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
Neveling, Monika	Dipl.-Pädagogin, VPE Hannover e.V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover
Plank, Richard	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß Buchholz, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Pohl, Stefan	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Radisch, Jeanett	Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, Caritas Forum Demenz-Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum, Plathnerstr. 51, Gartenhaus, 30175 Hannover
Redslob, Anette	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefärztin, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Reichertz-Boers, Uwe	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialpädagoge, im Sprecherteam der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdach- losigkeit“, Vertreter der Anbieter im Fachbeirat Psychiatrie, SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover

Roempler, Andreas	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstraße 6, 30175 Hannover
Rolfes-Neumann, Doris	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
Rosenthal, Oliver	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt der Abteilung Seelische Gesundheit im Alter, Klinikum Wahrenndorff, Rudolf Wahrenndorff-Str. 22, 31319 Sehnde
Sandau, Michael	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Sozialdienstleitung Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen
Schacht, Torsten	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, beta89 Betreutes Wohnen, Rotermundstraße 27, 30165 Hannover
Schaefer, Egbert, Dr.	Arzt für Innere Medizin, ehemaliger Chefarzt und Ärztlicher Direktor Klinikum Region Hannover, Klinikum Springe, Internistischer Konsiliararzt, Klinikum Wahrenndorff GmbH Rudolf-Wahrenndorff Str. 22, 31319 Sehnde
Schäfer, Therese	Fachärztin für Psychiatrie, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
Seelhorst, Rose-Marie	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
Sievers, Wolfgang	Dipl.-Sozialpädagoge, Teamleitung Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Kommunaler Sozialdienst, Fachleitung für Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII, Blumenauer Str. 5-7, 30449 Hannover,
Sinn, Annette	Ärztin, Region Hannover, Team Sozialmedizin und Behindertenberatung, Podbielskistr. 164, 30177 Hannover
Stein, Timo	Rechtsanwalt & Mediator, Fachanwalt für Sozialrecht, Fachanwalt für Miet- und Wohnungseigentumsrecht, Direktor Geschäftsbereich Eingliederungshilfe Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH, Mellendorfer Straße 7 -9, 30625 Hannover

Sueße, Thorsten, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“, Interkultureller Beauftragter im Betrieb und Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
Tänzer, Andreas	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Theidel, Michael	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
Theye-Hoffmann, Birgitt	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, beta89 Betreutes Wohnen, Rotermundstraße 27, 30165 Hannover
Thiermann, Holger	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Tomaske, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover
Vatterott, Marc	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
Voigt, Christine	Leitende Dipl. Pädagogin, Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH, Prinz-Albrecht-Ring 63, 30657 Hannover
Wachtendorf, Michael	Leitender Psychologe, Sozialpädiatrisches Zentrum, Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover
Weidner, Oliver	Dipl.-Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“, Leitung Ergotherapie, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen
Wiegand, Georg	bis 30.09.2015 Leitung Reha-Strategie Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Referat Reha-Strategie, Lange Weihe 6, 30880 Laatzen
Wittfoot Jens, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Justizvollzugsanstalt Hannover, Schulenburger Landstraße 145, 30165 Hannover
Wolter, Andreas	Bürokaufmann, VPE Hannover e.V., Rückertstr. 17, 30169 Hannover



Region Hannover

HERAUSGEBER

Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Peiner Str. 4
30519 Hannover

www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de

ISSN 1865-7699