



Suchtmedizin und Suchthilfe in der Region Hannover

SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2020

Des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

VORWORT



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

niemand kann die Augen davor verschließen, dass Suchterkrankungen aller Art weit verbreitet sind. Neben den klassischen sogenannten legalen Abhängigkeiten von Alkohol, Nikotin oder Medikamenten, die nach wie vor eine ausgesprochen große Rolle spielen, werden in den letzten Jahren neben den lange bekannten illegalen Drogen immer wieder neue synthetisch hergestellte Substanzen mit verheerenden Wirkungen auf den Markt gebracht. Außerdem gewinnen die Verhaltenssuchte, wie zum Beispiel die Glücksspielabhängigkeit, zunehmend an Bedeutung. Allen Formen der Suchterkrankungen ist gemeinsam, dass sie für den Einzelnen und seine Mitmenschen verheerende Folgen haben können. Die Gesundheit wird massiv geschädigt, Familien und Lebensgemeinschaften werden ruiniert, die Todesraten sind erschreckend. Die Belastungen für das Gemeinwesen durch Kriminalität, Produktivitätsverluste und Krankheitskosten sind immens. Auch ist allen Suchtformen gemeinsam, unabhängig davon ob die Märkte als legal oder illegal bezeichnet werden, dass hinter ihnen riesige Gewinninteressen der Produzierenden stehen. Die Märkte und Strukturen sind international organisiert.

Immer noch fällt es vielen schwer zu verstehen und zu akzeptieren, dass Suchterkrankungen nicht Ausdruck eines persönlichen Versagens oder einer Charakterschwäche sind. Der Sozialpsychiatrische Plan 2020 der Region Hannover beschäftigt sich daher mit einem Schwerpunktthema, das Menschen mit Suchterkrankungen, die nicht selten auch an weiteren psychischen Erkrankungen leiden, ihre Angehö-

rigen, die Leistungsanbieter und die Leistungsträger vor große Herausforderungen stellt. Er zeichnet sich wieder dadurch aus, dass die Autorinnen und Autoren das Schwerpunktthema aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven bearbeiten.

Die Anerkennung von Suchterkrankungen als Krankheit durch die Weltgesundheitsorganisation, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes dazu und die Vereinbarungen zwischen den Kranken- und Rentenversicherungen in Bezug auf die gemeinsame Verantwortung und Zuständigkeit sind Meilensteine der modernen Suchtarbeit. Die Veränderung in der Suchtarbeit - von der absoluten Forderung nach Abstinenz hin zu ergänzenden flexiblen Therapiekonzepten - ist ein weiterer wichtiger Fortschritt. Die Aufhebung der klassischen Trennung zwischen Psychiatrie und Suchthilfe hat begonnen und ist eine weitere notwendige Entwicklung, um den betroffenen Menschen die Hilfen zukommen zu lassen, die es ihnen ermöglichen, ein weitgehend suchtmittelfreies, und damit unabhängiges, Leben zu führen. Die Region Hannover leistet gern ihren Beitrag dazu.

Dr. Andrea Hanke

Regionsrätin

Dezernentin für Soziale Infrastruktur

ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE

„Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Torsten Köster

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

Uwe Blanke

Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Peiner Straße 4, 30519 Hannover

Ana Carina Cabrera Antoranz

beta89
Verein für betreuendes Wohnen und Tages-
strukturierung psychisch Gesunder e.V.
Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

Dr. Hermann Elgeti

Region Hannover
Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für
Soziale Infrastruktur
Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover

Matthias Eller

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

Monika Lüpke

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

Stefan Pohl

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

Dr. Thorsten Sueße

Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Peiner Straße 4, 30519 Hannover

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT

(Dr. Andrea Hanke – Dezernentin für Soziale Infrastruktur) 3

ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE „SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN“

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover 4

■ EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK

Am Ende trägt die Kommune die Last

Internationale Märkte, Suchterkrankungen und regionale Folgen

(Uwe Blanke / Thorsten Sueße) 9

Was erwarten Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung?

Ein kleiner Erfahrungsbericht aus dem Alltag

(Monika Neveling / Nicole Niemann) 14

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankte Menschen in

Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB e.V) zum Schwerpunktthema 15

■ SCHWERPUNKTTHEMA 2020: Suchtmedizin und Suchthilfe – Strukturen, Angebote und Bedarf

Legal und illegal – Substanzen und Verhalten

Formen der Abhängigkeit und ihre Folgen

(Uwe Blanke / Michael Cuypers / Martina Kuhnt / Tobias Trillmich / Frank Woike) 16

Sucht als Krankheit verstehen – Vom Abstinenzdogma zu flexiblen und lösungsorientierten Konzepten

(Moritz Radamm) 26

Süchte, Drogen und ihre Folgen

Entwicklungen und Perspektiven aus Sicht der Polizeidirektion Hannover

(Bettina Karow) 30

Suchthilfe in Niedersachsen – Ein komplexes System

(Bärbel Lörcher-Straßburg) 33

Die Förderung der Suchthilfe durch die Region Hannover – Strukturen und Schwerpunkte

(Uwe Blanke / Franck Hauschild / Daniela Yvonne Simon) 37

Gutes besser machen

Entwicklungen und Perspektiven aus der Sicht der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention

(Torsten Köster / Randolph Pleske / Astrid Grube-Thielker / Thomas Tschirner / Frank Bleßmann) 40

Abhängigkeitserkrankungen in der Praxis niedergelassener Psychiater

(Greif Sander) 44

Die S3-Leitlinie zur Suchtbehandlung in der psychiatrischen Klinik

Bedarfe, Anforderungen, Auftrag und Perspektiven

(Claudia Wilhelm-Gößling) 47

Suchtprävention in Niedersachsen Die Verwendung wissenschaftlich gesicherter Methoden und zukünftiger Handlungsbedarf (Jan Weber / Florian Rehbein)	53
---	----

(Sucht)Selbsthilfe GESTERN – HEUTE – MORGEN (Rita Hageman)	57
--	----

■ REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

Regionale Psychiatrieberichterstattung (Berichtsjahr 2018) (Hermann Elgeti)	61
--	----

Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Berichtsjahr 2018) (Thorsten Sueße)	71
--	----

Bericht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe (Berichtsjahr 2018) (Henning Henß-Jürgens / Catrin Lagerbauer / Therese Schäfers)	75
--	----

■ SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien (Uwe Blanke / Thorsten Sueße)	80
---	----

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) (Sabine Kirschnick-Tänzer)	83
--	----

Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP) (Hermann Elgeti)	85
---	----

Berichte der Fachgruppen des AKG

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (Oliver Weidner und Uffe Vajhøj)	86
--	----

Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ (Torsten Köster)	87
---	----

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (Andreas Tänzer)	87
--	----

Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“ (Uwe Blanke)	89
---	----

Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“ (Günter Pöser)	89
---	----

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (Markus Heller)	91
--	----

Fachgruppe „Sucht und Drogen“ (Frank Woike)	92
--	----

Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“ (Marco Schomakers / Katrin Kuhn / Sabrina Böcker)	93
---	----

Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (Birgit Dietl)	93
---	----

Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ (Thorsten Sueße)	95
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (Ahmet Kimil)	95
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (Frauke Gossé und Henning Kurth)	97
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (Sabine Kopps / Birgit Theye-Hoffmann)	99

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften

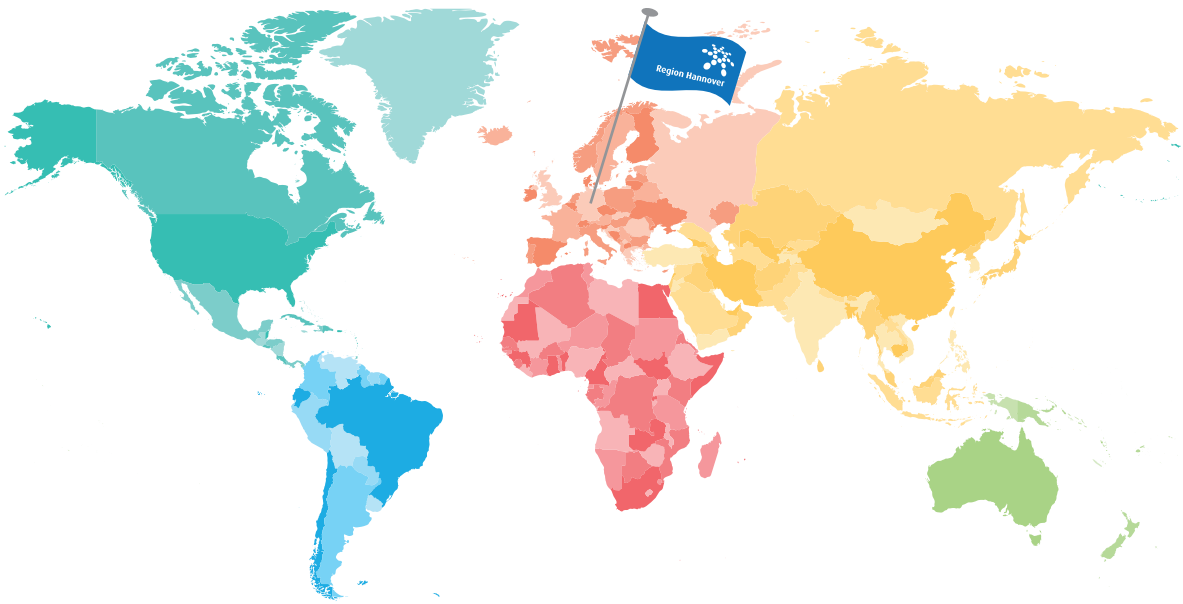
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde (Erika Bödeker)	100
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße (Ulrike Johanning-Schönfeld)	101
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (Sabine Tomaske)	102
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße (Doris Rolfes-Neumann)	103
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße (Andreas Roempler)	104
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (Yuanyuan Zhang)	105
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf	106
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt (Alexandra Schubert und Frederik Müller)	106
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (Horst-Peter Michel)	107
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (Ulrike Jamroszczyk)	108
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß Buchholz (Richard Plank)	109
Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle (Jürgen Gundlach)	111

■ SONDERTEIL:

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien

Zu früh behauptet oder zu spät erkannt? Suchtphänomene und Abhängigkeitserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus ambulanter Perspektive (Heidi Schroeder / Christian Krüger / Matthias Eller / Stefan Pohl)	113
Zum Umgang mit Suchtphänomenen in der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (Stefan Pöhl)	113

Suchtberatung als Erziehungsberatung?! Mediensuchtproblematik bei Kinder und Jugendlichen (Christian Krüger).....	115
Cannabisproblematik und Mediensuchtgefahr?! (Heidi Schörder).....	115
Sucht, Trauma und Bindung Diagnosen und Notwendigkeiten für stationäre Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen (Frank M. Fischer).....	117
Ambulante Versorgung	
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover (Stefan Pohl)	120
Ambulante Versorgung durch Einrichtungen im Überschneidungsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Erziehungsberatung	
Sozialpädiatrisches Zentrum – AUF DER BULT, Hannover (Nina König)	122
Stationäre Versorgung	
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, KRH-Psychiatrie Wunstorf (Anette Redslob)	124
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses AUF DER BULT, Hannover (Dr. Burghard Neuhaus)	125
AMEOS-Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hildesheim (Eva-Maria Franck)	126
Eingliederungshilfe	
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Region Hannover (Ramona Heuer und Katrin Deiters-Winkler)	127
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Landeshauptstadt Hannover (Wolfgang Sievers)	128
■ ANHANG	
Autorinnen und Autoren	130
Fachbegriffe	134
Abkürzungen	136



EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK

Am Ende trägt die Kommune die Last: Internationale Märkte, Suchterkrankungen und regionale Folgen?

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

Wie bereits in den vergangenen Jahren stellen wir dem Sozialpsychiatrischen Plan 2020 eine Übersicht voran. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwenden wir häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer und Frauen gemeint sind. Die insgesamt 53 Beiträge zu dieser Veröffentlichung wurden von 68 Autorinnen und Autoren verfasst. Davon stammen 31 aus Mitgliedsorganisationen des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Damit ist diese Publikation ein Abbild der vielfältigen Netzwerkarbeit, die über die Institutionsgrenzen hinausgeht und die die fachlichen, gesetzlichen und beruflichen Akteure verbindet. Die Texte zum Schwerpunktthema stellen im Ergebnis eine Analyse der Problemlage und eine Überprüfung der Leistungen der Region Hannover dar.

Das Suchtgeschäft ist international angelegt, die Gewinnerwartungen sind riesig und die Handelsstruktu-

ren bedienen sich modernster Logistik. Einige Eindrücke dazu:

- „Größter Drogen-Onlineshop Deutschlands abgeschaltet. Elf Tatverdächtige festgenommen.“ (HAZ, 29.06.2019)
- „Es ist ein Rekordfund für den Hamburger Zoll und auch bundesweit eine Riesensumme Rauschgift: 4,5 Tonnen Kokain mit einem Straßenverkaufswert von rund einer Milliarde Euro. Versteckt waren die Drogen auf einem vor zwei Wochen im Hamburger Hafen eingetroffenen Containerschiff.“ (HAZ, 03.08.2019)
- „Boston: Im Prozess um umstrittene Opioid-Schmerzmittel kommt der US-Pharmakonzern Johnson & Johnson um eine Milliardenstrafe herum. Ein Bezirksgericht in Oklahoma verurteilte das Unternehmen am Montag zu einer Schadensersatzzahlung von 572 Millionen Dollar. Der Generalstaatsanwalt von Oklahoma, Mike Hunter, hatte von J&J eine Zahlung von mehr als 17 Milliarden Dollar gefordert. Damit sollte der Staat in den kommenden 30 Jahren bei der Bekämpfung der Opioid-Krise unterstützt werden.“ (Handelsblatt, 27.08.2019)

Was haben Sie von diesem Plan zu erwarten?

- Im April 2019 stimmte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie mit dafür, das Thema Suchtmedizin und Suchthilfe in der Region Hannover zum Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans zu machen. Die Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ hat daraufhin um Beiträge gebeten, die dieses Thema möglichst umfassend aus den Perspektiven der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen bearbeiten.
- Den Auftakt (ab S. 14) machen Monika Neveling und Nicole Niemann aus dem **Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE e.V.)** mit ihrem Beitrag, in dem sie berichten, dass viele Mitglieder des VPE e.V. auf Grund der Tatsache, dass sie langfristig Medikamente einnehmen, den zusätzlichen Konsum von Suchtmitteln scheuen. Daran an schließen sich drei Erfahrungsberichte aus dem Alltag in der Kontaktstelle, die verdeutlichen, dass es im Einzelfall sehr unterschiedliche Probleme durch den zusätzlichen Konsum von Suchtmitteln geben kann.
- Aus der Sicht der Angehörigen (AANB e.V.) wurde in diesem Jahr keine Stellungnahme zum Schwerpunktthema abgegeben.
- Auch wenn Suchterkrankungen seit Jahrzehnten offiziell als Erkrankungen mit Zugang zu Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten anerkannt sind, wird im Alltag häufig noch nicht so gehandelt. Moritz Radamm (ab S. 26), Leiter einer Rehabilitationsklinik für Suchtkranke, beschreibt, dass immer noch viel getan werden muss, um **Suchtkrankheiten als Krankheiten zu verstehen**. Die klassische Forderung nach absoluter Abstinenz, die weiterhin für viele Menschen ein richtiger Weg ist, muss durch flexible Angebote ergänzt werden, damit auch schwerstkranke Personen die notwendigen Hilfen erhalten können.
- Bettina Karow berichtet (ab S. 30) über die Entwicklung und die Perspektiven aus der Sicht der **Polizeidirektion Hannover**. Aus polizeilicher Sicht wird zwischen allgemeinen Delikten (Besitz) und qualifizierten Delikten (Produktion, Einfuhr, Handel) in Bezug auf illegale Suchtmittel/Drogen unterschieden. Diese Straftaten werden verhältnismäßig selten zur Anzeige gebracht, daher ist die Kontrollintensität der Polizei hier von besonderer Bedeutung. Bei Heroin wird ein Rückgang um ca. 50% und bei Kokain eine Zunahme um ca. 80% im Zeitraum von 2014 bis 2018 beschrieben. Die Zahl der sogenannten Rauschgifttoten ist mit geringen Schwankungen gleichgeblieben. Die aktuelle Herausforderung sind die neuen psychoaktiven Substanzen.
- Das System der heutigen Suchthilfe hat sich aus der früheren Armenpflege entwickelt. Bärbel Loercher-Straßburg, Drogenbeauftragte im Nds. Sozialministerium, stellt (ab S. 33) den Aufbau der **Suchthilfe in Niedersachsen** dar. Die vorrangigen beitragsfinanzierten Leistungen, die im Wesentlichen die Diagnose, die Behandlung und die Rehabilitation von Suchtkranken sicherstellen, liegen in der Verantwortung der Kranken- und Rentenversicherungen. Das Land und die Kommunen erbringen steuerfinanziert weitere Leistungen, die die Suchtkrankenhilfe vor Ort sicherstellen.
- Kurz und prägnant stellen Uwe Blanke, Franck Hauschild und Daniela-Yvonne Simon von der Region Hannover (ab S. 37) die **Strukturen und Schwerpunkte der Suchtförderung durch die Region Hannover** dar, die über freiwillige Leistungen im Rahmen von Zuwendungen erbracht wird.
- In einem gemeinsamen Beitrag stellen Frank Blessmann (Caritas), Astrid Grube-Thielker (Diakonieverband Hannover Land), Torsten Köster (STEP gGmbH), Randolph Pleske (Diakonisches Werk Hannover Stadt) und Thomas Tschirner (DroBeL, Lehrte), stellvertretend für alle **Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in der Region Hannover** das umfassende Aufgabenprofil dieser Einrichtungen der flächendeckenden Basisversorgung vor (ab S. 40). Besonderen Bedarf sehen die Autorinnen und Autoren in der Weiterentwicklung der präventiven und zieloffenen Suchtarbeit. Dafür benötigen die Einrichtungen entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen.
- In den **Praxen niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychothera-**

pie wird der größte Teil psychisch kranker Menschen behandelt. Greif Sander, Experte für Suchtmedizin, beschreibt und analysiert (ab S. 44) die Frage der Abhängigkeitserkrankungen aus dieser Perspektive. Gemessen an der Größe dieser Patientengruppen ist ihr Anteil in der konkreten Praxis unterproportional. Diese Patientengruppe weist in der Regel ein erhebliches Maß an Begleiterkrankungen auf. Nicht selten wird beobachtet, dass z. B. Ängste und andere Erkrankungen im Vorfeld ärztlicherseits mit Medikamenten behandelt worden sind, die ein erhebliches Abhängigkeitspotential haben.

- An dieser Stelle folgt (ab S. 47) der Beitrag aus der Perspektive der **Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie** von Claudia Wilhelm-Gößling, die im ersten Schritt verdeutlicht, dass die Suchtbehandlung in der Klinik leitliniengestützt erfolgt. Das bedeutet, dass die Verfahren zur Anwendung kommen, die von den Fachgesellschaften als gesichert wirksam bewertet werden. Bei 43,7 % aller in der KRH-Psychiatrie Wunstorf aufgenommenen Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2018 eine Suchtkrankheit diagnostiziert wobei der Schwerpunkt innerhalb dieser Gruppe mit 78,0 % bei den durch Alkohol bedingten Aufnahmen lag.
- Es ist nur auf den ersten Blick eine ungewöhnliche Perspektive, wenn Florian Rehbein und Jan Weber (ab S. 53) aus dem **Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen** über den aktuellen Forschungsstand zur Beurteilung und zum tatsächlichen Einsatz von **Präventionsprogrammen** berichten, für die gesicherte Erkenntnisse zur Wirksamkeit vorliegen. Die Delphi-Studie zeigte eine hohe Akzeptanz dieser Programme bei allen befragten Fachkräften in Niedersachsen. Dem gegenüber steht, dass diese Programme nicht im gleichen Umfang in der Praxis zum Einsatz kommen. Hier sehen die beiden Autoren noch einen erheblichen Handlungsbedarf.
- Auf eine wirklich lange Tradition kann die **Selbsthilfe im Suchtbereich** zurückblicken. Rita Hagemann von der Selbsthilfeorganisation KIBIS stellt (ab S. 57) die historischen Wurzeln, die gegenwärtigen Fragestellungen und die Zukunftsperspektiven in der Selbsthilfefarbeit vor. Allein bei KIBIS sind für das

Gebiet der Region Hannover derzeit 130 Selbsthilfegruppen zu suchtspezifischen Themen gelistet. Die Nachfrage ist stetig. Die Themenstellungen und die Arbeitsweisen verändern sich kontinuierlich, so dass sich mittlerweile Konzepte etablieren konnten, die vor einiger Zeit noch unvorstellbar schienen. Es geht weiter.

- Fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der Beitrag zur **Regionalen Psychiatriebericht-erstattung**, in dem Hermann Elgeti (ab S. 61) zunächst auf die Datenerhebung (Datenblätter A-C) hinweist, sowie auf die erweiterten Möglichkeiten zur Nutzung der Auswertung für die einzelnen Einrichtungen. In Tabelle 1 wird ein Überblick über die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Strukturen in der Zeit von 1998 – 2017 gegeben. Hervorzuheben sind die Daten zum Vergleich der Versorgungsstrukturen in der Region Hannover mit denen im gesamten Land Niedersachsen, bei dem die besonderen Gegebenheiten eines großstädtischen Ballungszentrums diskutiert werden. Besonders ist auf die Auswertung der Daten zum Psychosozialen Risikoscore für den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und die Angebote für das Ambulant Betreute Wohnen hinzuweisen, die mit ihren stabil hohen Werten ein Zeichen für einen guten Zielgruppenbezug sind.
- Fortgeschrieben wird der Bericht des **Sozialpsychiatrischen Dienstes** von Thorsten Sueße (ab S. 71) zu den Leistungsdaten aller Beratungsstellen in der Region Hannover. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat 2018 am häufigsten Menschen mit affektiven Störungen bereut, im Vorjahr hat noch die Krankheit Schizophrenie an erster Stelle gestanden (jetzt Platz zwei). Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang mit der Tatsache, dass der (teil-)stationäre Eingliederungshilfebedarf für psychisch schwerkranke Menschen aus der Landeshauptstadt Hannover größtenteils nicht mehr von Fachkräften des Sozialpsychiatrischen Dienstes ermittelt wird und der Dienst diese Kranken dann auch weniger persönlich sieht.
- Das Team **Fachsteuerung Eingliederungshilfe** berichtet über die Fallzahlentwicklung aller Hilfe-

planungen. Die von Catrin Lagerbauer, Henning Henß-Jürgens und Therese Schäfer (ab S. 75) ausgewerteten Daten zeichnen die Veränderungen bei der Anzahl der durchgeführten Hilfekonferenzen nach. Außerdem werden die Erfahrungen mit der umgestellten Bedarfsermittlung auf der Grundlage des Bedarfsermittlungsinstrumentes Niedersachsen (B.E.Ni) diskutiert und weitergehende Fragen zur Weiterentwicklung des Verfahrens formuliert.

- Unter der **Rubrik Sozialpsychiatrischer Verbund (SpV)** finden Sie (ab S. 80) eine Übersicht über die Gremien des Verbundes (ab S. 82). Ab S. 83 folgen die **Tätigkeitsberichte der Gremien des SpV**, die ebenfalls ein fester Bestandteil dieser Publikation sind und die das große Spektrum der im SpV bearbeiteten Themenstellungen einschließlich der daraus resultierenden Initiativen und Handlungsempfehlungen 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. 113 wieder einen Überblick der für diesen Bereich relevanten Themen, untergliedert in die Kategorien „Ambulante Versorgung“ und „Stationäre Versorgung“.
Neu ist, dass sich zwei Fachbeiträge im Sonderteil auf das Schwerpunktthema beziehen. Aus ambulanter und stationärer Perspektive wird die Fragestellung bearbeitet, wie Auffälligkeiten im Verhalten und in der Entwicklung Heranwachsender beurteilt werden. Es geht darum zu unterscheiden, ob es sich um nachvollziehbare Entwicklungsprozesse handelt, bei denen im Zweifelsfall die Eltern Unterstützung benötigen, oder aber um Gefährdungen und Störungen bei den Kindern und Jugendlichen, die unbedingt eine Diagnostik und Behandlung erfordern.
- Das **Glossar der Fachbegriffe** und das **Verzeichnis der Abkürzungen** wurden angepasst.

Rückblick

auf den Sozialpsychiatrischen Plan 2019

„Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover“

- Die weitere Umsetzung des BTHG hat bei Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern Hoffnungen auf bedarfsgerechte und passgenaue Entwicklungen in der Eingliederungshilfe ausgelöst. Die Einführung des Bedarfsermittlungsinstrumentes Niedersachsen (B.E.Ni) hat im Gegenzug den Eindruck von gesteigerten bürokratischen Anforderungen zur Folge gehabt. Dies wurde in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes bearbeitet.
- Auf Anregung von Fachkräften aus Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe, die künftig „besondere Wohnformen“ heißen werden, wurde am 19.08.2019 im Haus der Region die Fachtagung „AUGEN AUF UND DURCH – Was bringt das Bundesteilhabegesetz für Menschen mit voll- und teilstationärem Hilfebedarf?“ durchgeführt. Bereits kurz nach Ankündigung der Tagung waren alle zur Verfügung stehenden Plätze ausgebucht. Insgesamt wurde durch die Beiträge ein guter gemeinsamer Informationsstand hergestellt.
- Große Unsicherheit bestand während des Jahres 2019 in Bezug auf die konkreten Anforderungen, die auf die Betroffenen, die Angehörigen und die Einrichtungen zukommen werden. Insbesondere im Hinblick auf die Menschen, die besonders schwer erkrankt sind, erschien fraglich, ob die Anforderungen an die Eigenständigkeit, die das BTHG setzt, mit der Realität vor Ort vereinbar sein werden. Das Rundschreiben der Region Hannover, dass über die konkreten Anforderungen informierte, war in diesen Fragen eine gute Unterstützung.

Was ist aus unserer Sicht noch im Jahr 2020 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Das teilweise novellierte **Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)** wurde am 21.09.2017 veröffentlicht. Anlass für die Novellierung waren die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2011 und des Bundesgerichtshofes aus dem Jahr 2012, die festlegten, dass eine Unterbringung, d. h. die Aufnahme einer Person gegen ihren Willen in eine Psychiatrischen Klinik, nicht automatisch auch das Recht beinhaltet, diese Person gegen ihren Willen zu behandeln. Die Novellierung erfolgte im Herbst 2017 unter dem Druck der vorgezogenen Neuwahlen und umfasste das Gesetz nicht vollumfänglich.

Für das Jahr 2019 war mit einer erneuten **Novellierung des NPsychKG** zu rechnen. Von besonderem Interesse war aus der Sicht des Sozialpsychiatrischen Verbundes welche Änderungen erfolgen sollen für

- die Aufgaben und Strukturen der **Sozialpsychiatrischen Dienste**
- die Regelungen in Bezug auf den **Ausschuss für die Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung**
- die Aufgaben der **Besuchskommissionen** und
- die Aufgaben und Strukturen des **Landesfachbeirates Psychiatrie**.

Bereits Anfang des Jahres 2019 wurde jedoch deutlich, dass seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung keine Informationen zu den geplanten Veränderungen zu erhalten waren. Dies führte dazu, dass der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Niedersachsen e.V., die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V. und die Region Hannover an das Ministerium herangetreten sind und um fachliche Einbeziehung gebeten haben. Der Novellierungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

Auf Anregung des Sozialpsychiatrischen Verbundes hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Vereins Psychiatrie-Er-

fahrener Hannover e.V., der Burghof-Klinik in Rinteln, der KRH-Psychiatrie Wunstorf und Langenhagen, der Medizinischen Hochschule Hannover, des Klinikums Warendorff und des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover zusammensetzt. Die Neufassung einer **gemeinsamen Behandlungsvereinbarung für alle Kliniken mit Versorgungsauftrag für die Region Hannover** wurde in einer sehr konstruktiven Weise aufgenommen. Geplant ist die Veröffentlichung Ende des Jahres 2020.

Große Resonanz findet die Auseinandersetzung mit dem Thema **Kinder psychisch kranker Eltern** bzw. dem Thema **Kinder aus suchtselasteten Familien**. Die konkrete Arbeit Kindern und Familien auf Projektbasis wird begrüßt und das Fortbildungsinteresse von Fachkräften ist groß. Im Jahr 2020 soll die Auswertung der konkreten Erfahrungen vorangebracht werden und bei entsprechenden Ergebnissen an einer Weiterentwicklung und Verstärkung der Angebote gearbeitet werden.

Nach der sehr guten Resonanz zu den Veranstaltungen im Jahr 2018 hat das **Bündnis gegen Depression** in der Region Hannover im 2. Halbjahr 2019 erneut eine Veranstaltungsreihe organisiert. Die 16 Veranstaltungen, die von 14 Mitgliedsorganisationen angeboten wurden, waren mit durchschnittlich 80 Personen wieder gut besucht. Insgesamt haben 1.274 Einwohnerinnen und Einwohner aus der Region Hannover die Gelegenheit genutzt, um sich zu informieren und mit anderen ins Gespräch zu kommen. Dieses enorme Interesse hat zur Folge, dass das Bündnis für das Jahr 2020 die nächste Veranstaltungsreihe vorbereitet.



Die früheren „Zuverdienstprojekte“ für psychisch Kranke, die im Rahmen einer Zuwendung als Pilotprojekte gefördert wurden, haben sich bewährt. Die Region Hannover hat die Grundlage der Förderung

überprüft. Die politischen Gremien der Region Hannover haben in der Folge eine Umstellung auf eine Leistungsvereinbarung nach § 75 SGB XII ff unter der neuen Bezeichnung **Betätigungsangebote** beschlossen. Erste Leistungsvereinbarungen konnten abgeschlossen werden und wir gehen davon aus, dass im Jahr 2020 weitere Gemeinden und Städte des Umlandes einbezogen werden.

Am 1. Januar 2020 ruft die Region Hannover einen neuen **Fachbereich** mit Namen „**Teilhabe**“ ins Leben, dessen Personal sich rechtskreisübergreifend mit der Thematik der Eingliederungshilfe für alle Altersstufen und Behinderungsarten beschäftigt. Der gesamte Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst wird diesem neuen Fachbereich angegliedert, wobei – neben der Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe – sämtliche bisherigen Hilfsangebote gemäß NPsychKG unverändert zum Aufgabenbereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehören werden.

Die **Erst-Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe** psychisch kranker Menschen aus der Landeshauptstadt wird 2020 von sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadt Hannover durchgeführt werden, wobei die Beteiligung daran von Ärztinnen und Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes verbindlich ist. Die Folge-Bedarfsermittlung für das hannoversche Stadtgebiet sowie Erst- und Folge-Bedarfsermittlungen für das Umland werden von den sozialpädagogischen und ärztlichen Fachkräften des Sozialpsychiatrischen Dienstes erledigt.

Nach den guten Erfahrungen und der großen Nachfrage in Bezug auf den im Jahr 2018 veröffentlichten WEGWEISER SOZIALPSYCHIATRIE wurde in diesem Jahr mit der Entwicklung eines **WEGWEISERS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE** begonnen. Wir gehen davon aus, dass die komplexen Inhalte in diesem Jahr erarbeitet werden und dass die Veröffentlichung im Jahr 2021 erfolgen kann.

Was erwarten Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung?

Ein kleiner Erfahrungsbericht aus dem Alltag von Monika Neveling und Nicole Niemann (VPE Hannover e.V.)

Das Thema Sucht und Suchtmedizin ist im VPE eher selten ein Thema, da viele unserer Mitglieder durch die jahrelange Einnahme von Psychopharmaka eine zusätzliche Einnahme von Alkohol und Drogen scheuen. Natürlich gibt es aber auch bei uns einige wenige Mitglieder, die auch noch andere Suchtmittel zu sich nehmen, was dann teilweise zu derben Abstürzen und längeren Klinikaufenthalten führt.

Jedoch hatten wir im Rahmen von Beratungsgesprächen und Selbsthilfegruppen ein paar Berührungspunkte zu dem Thema. Über das Erlebte, die Vorgehensweisen und die Resultate möchten wir hier gerne berichten. Das Thema Sucht taucht natürlich bei unseren Mitgliedern vereinzelt auch auf und hat in Verbindung mit Psychopharmaka auch eine besondere Brisanz. Wir versuchen in Gesprächen mit unseren Mitgliedern, ihre Erfahrungen mit Drogen in Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung zu ermitteln.

Depression und Alkohol

Berichten können wir von einer Person, die sich hilfesuchend an den VPE gewendet hat. Diese Person wurde vom Partner/in verlassen und verfiel in schwere Depressionen. Der einzige Ausweg schien der Alkohol zu sein. Die Person flüchtete sich in den Alkohol. Als der Leidensdruck ständig weiter zunahm, suchte sich die Person Hilfe im VPE. Wir führten viele Einzelberatungsgespräche und da zu den Depressionen auch suizidale Tendenzen hinzukamen, gingen wir mit der Person zur Psychiatrischen Institutsambulanz. Hier gingen die Behandlung und die Terminvergabe sehr schnell vonstatten. Zusätzlich wurden Termine bei STEP (Suchthilfeeinrichtung) gemacht und auch wahrgenommen. Die Person nahm alle angebotenen Termine wahr und ging weiterhin der Arbeit nach. Der Alkoholkonsum wurde weniger bzw. eingestellt. Die verordneten Psychopharmaka wurden trotz kritischer Haltung eingenommen und die Person besuchte, wann immer es der Dienstplan hergab, die Selbst-

hilfegruppe (SHG) Panik/ Ängste/ und Depression im VPE. So vergingen ein paar Monate ohne weitere Vorkommnisse. Plötzlich wurde der Kontakt zum VPE zunächst abgebrochen. Erst einige Zeit später gab es einen erneuten Anruf im Büro. Die Person habe eine sehr starke Panikattacke erlitten, sei arbeitsunfähig und wollte dringend ein Beratungsgespräch. Im Gespräch stellte sich heraus, dass die Person die Psychopharmaka schon lange nicht mehr nahm und sie stattdessen durch Marihuana ersetzt hatte. Die Person hat sich letztlich zeitnah selbst einweisen lassen.

Neuroleptika und Alkohol

Ein weiterer Fall trug sich in der wöchentlichen Selbsthilfegruppe zu. Die betroffene Person ist seit Jahrzehnten psychisch krank und nimmt ganz regelmäßig die Neuroleptika. Nun wurde nach einem längeren Klinikaufenthalt die Gabe von Haldol ausgeschlichen. Die Person wollte, in Absprache mit dem behandelnden Arzt, nun auch das Tavor ausschleichen. Der erste Versuch schlug fehl. Nach einigen Monaten wurde ein neuer Versuch unternommen. Auch dieser Versuch klappte nicht und die Person ging freiwillig in die Psychiatrie. Erst nach ca. einem Jahr wurde ein letzter und bisher erfolgreicher Versuch unternommen, das Tavor abzusetzen. Die Person ist bis heute nicht mehr in der Klinik gewesen und nimmt weder Haldol noch Tavor.

Alkohol und Crack

Ein Mitglied von uns ist schon seit seiner Jugend regelmäßiger Konsument von Alkohol und Crack. Oft erzählte er uns von seinen exzessiven Rauschzuständen und dem darauffolgenden tiefen Absturz. Er hat mehrere Entzüge hinter sich, aber ohne Erfolg. Es geht immer eine gewisse Zeit gut, dann greift er wieder zur Flasche und schmeißt sich zusätzlich Crack ein. In Kombination mit Psychopharmaka führt dies zu fatalen Nebenwirkungen. Seine Leberwerte sind schon sehr schlecht und sein Allgemeinzustand verschlechtert sich immer mehr. Wenn man mit ihm redet, sieht er dies auch ein und gelobt Besserung. Wir haben versucht ihn zu überreden, noch einmal in die Klinik zu gehen zum Entzug. An manchen Tagen ist er dafür auch einsichtig, aber der Weg dahin, es dann auch tatsächlich umzusetzen, ist weit.

Getrunken wird in allen Altersgruppierungen. Für diese Betrachtung ist wichtig, dass Alkohol bei vielen Menschen als Problemlöser dient. Schon Wilhelm Busch schrieb: Wer Sorgen hat, der hat Likör. Das Risiko, regelmäßig Alkohol zu konsumieren, steigt für Menschen mit unangenehmen Krankheitssymptomen und -diagnosen. Dies ist auch bei der großen Gruppe der Menschen, die Psychopharmaka nehmen, zu beobachten. Alkohol in einer kleinen Menge wirkt erleichternd, es stellt sich zunächst eine gelöste Stimmung ein. So wird der Alkohol gerne als „Selbstmedikation“ eingesetzt, wie man dieses Konsumverhalten heute gerne bezeichnet. Es entsteht aber schnell eine Toleranzentwicklung und schließlich eine psychische und körperliche Abhängigkeit.

Daher ist während der Einnahme von Medikamenten Alkoholabstinenz ratsam.

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB e.V.)

Die AANB e.V. hat keine Stellungnahme zum Schwerpunktthema „Suchtmedizin und Suchthilfe in der Region Hannover“ abgegeben.



SCHWERPUNKTTHEMA 2020

SUCHTMEDIZIN UND SUCHTHILFE – STRUKTUREN, ANGEBOTE UND BEDARFE

**Legal und illegal:
Substanzen und Verhalten –
Formen der Abhängigkeit und ihre Folgen**
von Uwe Blanke (Psychiatriekoordinator und
Drogenbeauftragter, Region Hannover),
Michael Cuypers, Martina Kuhnt, Tobias Trillmich
(NLS – Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e.V.) und Frank Woike (Beauftragter für Sucht
und Suchtprävention, Landeshauptstadt Hannover)

Einleitung - Vom persönlichen Versagen zur Krankheitseinsicht

Persönliches Versagen und Charakterschwäche sind traditionelle Zuschreibungen, die weiterhin wirken, wenn es um Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen geht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1954 erstmalig die „Süchte“ als Krankheiten. Das deutsche Sozialrecht ordnet heute folgerichtig die vorrangige Zuständigkeit der Sozialleistungsträger für die Behandlung dieser Erkrankungen den Kranken- und Rentenversicherungen zu.

„Die dargestellten Sachverhalte zeigen jedoch sehr deutlich, dass zwischen öffentlicher Wahrnehmung und real nachvollziehbaren Folgen von Suchterkrankungen ein erheblicher Unterschied besteht. Die sogenannten legalen Suchtmittel werden in ihren Folgen unterschätzt.“

Im Alltag sprechen wir weiterhin häufig von Suchterkrankungen, während die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10) seit 1991 konsequent den Begriff der psychischen Störung benutzt. Abhängigkeit wird anhand von Kriterien beschrieben, die sowohl auf den Gebrauch von Substanzen als auch auf Verhaltensweisen, oder anders ausgedrückt, stoffungebundene Formen der Abhängigkeit angewandt werden können. Das sind der

extrem starke Wunsch oder auch der Zwang, bestimmte Substanzen zu konsumieren oder bestimmte Verhaltensweisen zu wiederholen, eine verminderte Kontrollfähigkeit, Entzugssymptome, der Nachweis einer Toleranz (Notwendigkeit, immer wieder die Dosis zu erhöhen, um die gleiche Wirkung zu erzielen), das außer Acht lassen üblicher Konsumregeln, die Vernachlässigung anderer Interessen und wiederholter Konsum trotz des Wissens um die schädlichen Folgen.

Unabhängig von der Suchtform sind die Folgen für die einzelne Person und für das Gemeinwesen in jedem Fall erheblich. Dieser Artikel gibt eine Übersicht über die wichtigsten Suchterkrankungen und ihre Folgen. Alle aufgeführten Daten beziehen sich auf das Bundesgebiet (83 Mio. EW), so dass Vergleiche mit der Region Hannover (1,15 Mio. EW) herstellbar sind (72:1).

Stoffgebundene Störungen Abhängigkeitserkrankungen

Es gibt eine große Anzahl von Substanzen, deren Konsum den Gehirnstoffwechsel beeinflussen und die

kurzfristig zu einer scheinbar positiven Veränderung der Wahrnehmung oder der Stimmung führen können. Langfristig führt die Einnahme dieser Mittel in der Regel zu einer Gewöhnung, die neben anderen Beeinträchtigungen (z.B. Verlust von Initiative, Gedächtnisstörungen) eine stetige Steigerung der Dosis erfordert. Im Gegenzug führt das Weglassen der Substanz zu Entzugserscheinungen (z.B. Delir, Krampfanfälle), die lebensbedrohlich bis tödlich verlaufen können. Mögliche soziale Folgen sind z.B. der Verlust sozialer Kontakte, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, Verschuldung und Beschaffungskriminalität.

Legal

Alkohol Ethanol (oder veraltet „Äthylalkohol“)	
Diagnose ICD 10:	F10 Störungen durch Alkohol
Steuereinnahmen:	3,1 Mrd. € (2017) (1)
Wirkungen	Ab ca. 1,0 Promille spricht man vom Rauschstadium. Das räumliche Sehen und die Orientierung verschlechtern sich, die Reaktionsfähigkeit ist erheblich gestört, die Risikobereitschaft steigt, die Urteilsfähigkeit nimmt ab. (2)
Verbreitung	Missbrauch ca. 1.610.000 Personen (3,1%) Abhängigkeit ca. 1.770.000 Personen (3,4%) (1)
Männer Frauen	Missbrauch (4,7 : 1,5) Abhängigkeit (4,8 : 2,0) (1)
Trend	Der Konsum von Reinalkohol ist in Deutschland seit 1970 rückgängig. Im europäischen Vergleich ist Deutschland ein Hochkonsumland mit 11,0 l pro Person im Jahr. (1)
Folgen für die Person	Psychische Störungen durch Alkohol waren 2017 mit 314.211 Behandlungsfällen die zweithäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern (1). Dauerkonsum kann nahezu alle Organe schädigen, führt zu Persönlichkeitsveränderungen und kann erhebliche hirnorganische Folgen bis hin zum Korsakow-Syndrom haben. Verlust von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Schulden, Wohnungslosigkeit. (2)
Folgen für das soziale Umfeld	Beziehungen, Ehen können nicht mehr aufrechterhalten werden. Gravierende Folgen für Kinder, insbesondere ein deutlich erhöhtes Risiko ebenfalls eine Suchtkrankheit auszubilden.
Folgen für das Gemeinwesen	Geschätzte volkswirtschaftliche Kosten ca. 40 Mrd. € (1)
Todesrate	Ca. 21.000 Personen (16.000 Männer, 5.000 Frauen) im Alter von 15 – 64 Jahren sterben jährlich an Erkrankungen, die ausschließlich auf Alkohol zurückzuführen sind oder für die der Alkoholkonsum einen erheblichen Risikofaktor darstellt. (2)
Kriminalität	Insgesamt ca. 10,9 % aller Straftaten erfolgen unter Alkoholeinfluss. Die Verteilung ist unterschiedlich, z.B.: Widerstand gegen die Staatsgewalt 53,5 %, Gewaltkriminalität 26,2 %, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung 24,8 % (1)
Therapie	Es steht ein breites Spektrum von Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangeboten zur Verfügung. Der „qualifizierte Entzug“ hat sich bewährt. Vorrangig sind die Leistungen der Kranken- und der Rentenversicherungen.
Sonstiges	Rückgängig ist von 2000 (1.022) bis 2015 (231) die Zahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle mit Todesfolge. (1)

Medikamente Sedativa / Hypnotika (Schlaf-, Beruhigungsmittel; z.B. Benzodiazepine) Analgetika (Schmerzmittel; z.B. Paracetamol, Opioide)	
Diagnose ICD-10:	F13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
Steuereinnahmen:	Keine sicheren Angaben zum Gesamtvolumen
Wirkungen	Kurzfristig: Entspannung, Beruhigung, Schlaf Mittel- und langfristig: Abhängigkeit
Verbreitung	etwa 4 – 5% aller verordneten Arzneimittel besitzen Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial ca. insgesamt 1,5 Mio. sind abhängig von Medikamenten (1,1 - 1,2 Millionen von Benzodiazepinen, 200.000 bis 300.000 von Opioiden) (1)
Männer Frauen	1 : 2 (1)
Trend	2017 wurden ca. 1,5 Mrd. Packungen Medikamente verkauft (+ 4,8 % zum Vorjahr)
Folgen für die Person	Interessenlosigkeit und eine Verflachung der Gefühle. Jahrelanger Medikamentenmissbrauch kann zu einer Änderung der Persönlichkeit führen. Stimmungsschwankungen, paradoxe Reaktionen, Depressionen und Ängste sind ebenfalls typische Folgen einer Medikamentenabhängigkeit. Sturz- und Unfallgefahr. Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.
Folgen für das soziale Umfeld	Medikamentenabhängigkeit gilt als „versteckte“ Sucht
Folgen für das Gemeinwesen	Keine verlässlichen Angaben
Todesrate	Keine gesicherten Zahlen – ca. 1.000 Selbsttötungen / -vergiftungen jährlich durch Medikamente (vermutlich hohe Dunkelziffer)
Kriminalität	Keine Angaben
Therapie	Entzugsbehandlungen klinisch, Rehabilitationsbehandlungen ambulant und stationär
Sonstiges	Hypnotika sind nur für die Kurzzeitbehandlung zugelassen, werden aber oft über längere Zeiträume verordnet. Bei GKV-Versicherten zunehmend auf Privatrezepten. Es besteht ein Mangel an belastbaren Daten zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit (2)

Tabak Hauptwirkstoff: Nikotin (außerdem enthält Tabakrauch ca. 5.300 Substanzen, von denen mehr als 90 nachgewiesenermaßen Krebs erzeugen).	
Diagnose ICD-10:	F17 Störungen durch Tabak
Steuereinnahmen:	14,34 Mrd € (2018)
Wirkungen	Erhöhung der Atemfrequenz und des Blutdrucks; Unterdrückung von Stress, Angst und Müdigkeit, Minderung des Appetits
Verbreitung	2015 haben ca. 29% aller Erwachsenen und 2018 6,6 % aller 12- bis 17-Jährigen geraucht. (2)
Männer Frauen	Raucherquote: Männer 31 % Frauen 26 % (2)
Trend	Seit mehreren Jahren in allen Altersgruppen, aber besonders bei Minderjährigen, rückläufiger Konsum.
Folgen für die Person	Stark erhöhtes Risiko von Lungenkrebs (4 von 5 Lungenkrebserkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, Asthma und Bluthochdruck (2)
Folgen für das soziale Umfeld	Gesundheitsschäden durch Passivrauchen, Schäden für die Kinder durch das (Passiv-)Rauchen während der Schwangerschaft
Folgen für das Gemeinwesen	Knapp 97 Milliarden € pro Jahr (ca. 30 Mrd € für direkte Kosten wie Behandlungs- und Rehabilitationskosten und ca. 67 Mrd € für indirekte Kosten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit) (2)

Todesrate	Über 120.000 Menschen pro Jahr. Bei Männern ist der Lungenkrebs seit den 1960er Jahren die häufigste Krebstodesursache (2)
Kriminalität	Schmuggel, Handel
Therapie	Es steht ein breites Spektrum von Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangeboten zur Verfügung. Die meisten Angebote haben als Ziel die vollständige Entwöhnung vom Rauchen. Es gibt auch Programme zum „Kontrollierten Rauchen“. Vorrangig sind die Leistungen der Kranken- und der Rentenversicherungen
Sonstiges	E-Zigaretten: 2016 haben 13% der 12 bis 17-Jährigen und 26,1% der 18-25-Jährigen angegeben, schon einmal eine E-Zigarette konsumiert zu haben. Tabakkonsumenten sind dabei mit 78,7% am häufigsten vertreten. Lediglich 12,8% gaben an, „ehemalige“ Raucher*innen zu sein und nur 8,4% bezeichneten sich als sog. „Nie“-Raucher*innen.

Illegal

Heroin Opiate (werden aus dem Milchsaft des Schlafmohns in einen halbsynthetischen Prozess gewonnen) und Opioide (synthetisch, z.B. Methadon als Substitut oder Fentanyl als Schmerzmittel)	
Diagnose ICD-10:	F11 Störungen durch Opioide
Steuereinnahmen:	
Wirkungen	Schmerzlindernd, entspannend, beruhigend, euphorisierend. Sehr hohes Abhängigkeitspotential, wenige Stunden nach dem letzten Konsum kommt es zu körperlichen (Schweißausbrüche, Zittern, Schwächegefühle, Gliederschmerzen, Magenkrämpfe u.a.) und psychischen (Unruhegefühle, Angstzustände, depressive Phasen, Suizidimpulse) Entzugserscheinungen
Verbreitung	Ca. 166.000 Opioidabhängige in Deutschland (1)
Männer Frauen	124.000 Männer, 42.000 Frauen (3 : 1)
Trend	In den letzten 20 Jahren wellenförmiger Verlauf, insgesamt ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen
Folgen für die Person	Intravenöser Drogenkonsum – hohes Risiko von Infektionskrankheiten (Hepatitis B und C, HIV)
Folgen für das soziale Umfeld	Aufgabe sozialer Kompetenz und Verantwortung, hoher Anteil Erwerbsloser
Folgen für das Gemeinwesen	Wegen der hohen Kosten verbreitete Beschaffungskriminalität
Todesrate	2017 verstarben bundesweit 1.272 Menschen in Folge ihres Drogenkonsums, davon ca. 56% opiatbedingte Todesfälle (DHS), diese Gruppe wird als „Drogentote“ in den Statistiken geführt.
Kriminalität	Klassisches Kontrolldelikt, d.h. Straftaten werden nicht durch Anzeigen, sondern durch die Intensität polizeilicher Kontrollen dokumentiert. Es wird unterschieden nach „allgemeinen Verstößen“ (Besitz) und „qualifizierten Verstößen“ (Einfuhr, Produktion, Handel). Der Handel im „Darknet“ hat deutlich zugenommen.
Therapie	Ambulante und stationäre Therapie Substitutionsbehandlung (Methadon, Substitol)
Sonstiges	Hohe öffentliche Sichtbarkeit – Stichwort „offene Drogenszene“ – und damit hohes mediales Interesse

Cannabis / Marihuana Tetrahydrocannabinol (THC)	
Diagnose ICD-10	F12 Störungen durch Cannabinoide
Steuereinnahmen:	
Wirkungen	Die Wirkung von Cannabis hängt u.a. von der Konsumart, der aufgenommenen Menge an THC, der Konsumsituation, der Grundstimmung und der psychischen Stabilität der Person ab. (2)
Verbreitung	Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge. 30% der Erwachsenen haben Konsumerfahrung, bei 1,2% der Betroffenen ist der Konsum klinisch relevant (5)
Männer Frauen	Männer haben leicht höhere Prävalenzzahlen
Trend	Nach einem Rückgang des Konsums zu Beginn der 2000er Jahre ist seit 2011 wieder ein Anstieg zu beobachten. Der THC-Gehalt ist erheblich gestiegen. (2)
Folgen für die Person	Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit und der Psychomotorik. Langfristig ist regelmäßiger Konsum Risikofaktor für Bildungserfolg, für das Auftreten psychischer Erkrankungen (Psychose, Depression) und für die Erwerbsfähigkeit. Je geringer das Einstiegsalter ist, desto höher sind die Risiken. Es kann zur Vernachlässigung von Pflichten im sozialen Umfeld, Verschuldung und Problemen mit der Justiz kommen.
Folgen für das soziale Umfeld	Unter den o.g. Folgen leidet das soziale Umfeld, insbesondere die Kinder.
Folgen für das Gemeinwesen	Die volkswirtschaftlichen Kosten durch Behandlung, Rehabilitation und verminderte Erwerbsfähigkeit werden auf 975 Mio. Euro pro Jahr geschätzt. (2)
Todesrate	Es gibt keine tödlichen Überdosierungen wie beim Heroin- oder Vergiftungen wie beim Alkoholkonsum. Unklar ist die Anzahl der Todesfälle durch Unfälle, da das Reaktionsvermögen erheblich eingeschränkt sein kann.
Kriminalität	Cannabis fällt unter das Betäubungsmittelgesetz, Besitz (auch geringster Mengen), Weitergabe, Anbau etc. sind Straftaten. 2018 gab es ca. 200.000 erfasste Straftaten wegen Handels, 668 Cannabisplantagen wurden sichergestellt (1)
Therapie	Je nach Hilfebedarf steht ein breites Spektrum von Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangeboten zur Verfügung. Vorrangig sind die Leistungen der Kranken- und der Rentenversicherungen.
Sonstiges	Noch weitgehend unerforscht sind die Risiken und Folgen synthetisch hergestellter Cannabinoide. Seit Jahren steigt der THC-Gehalt auf Grund weiterentwickelter Produktionsmethoden. Cannabisarzneimittel können im Einzelfall als Therapiealternative bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden.

Kokain und Crack Kokinhydrochlorid, hergestellt aus den Blättern des Kokastrauches	
Diagnose ICD-10:	F 14 Störungen durch Kokain
Steuereinnahmen:	
Wirkungen	Aufputschende Effekte, Euphorisierung und kurzzeitige Steigerung des Selbstwertgefühls. Bei Injektionen sehr schnelle und vehemente Wirkung durch Überflutung mit der stimulierenden Substanz. Ebenso schneller Wirkungsverlust. Beim Rauchen von Kokain (Crack) werden ähnliche Effekte erzielt. Häufigste Konsumform ist das Sniefen (Einziehen über die Nase), auch hier erfolgt ein schneller Wirkungseintritt mit einer Wirkdauer von ca. 20 – 60 Minuten (2).
Verbreitung	Im Laufe ihres Lebens konsumieren ca. 3,8 % der Bevölkerung Kokain / Crack
Männer Frauen	Ca. 2 : 1 (z.T. sehr große Schwankungen in den Angaben).
Trend	In den letzten Jahren wird eine stark erhöhte Verfügbarkeit von Kokain in Europa beobachtet. Dies wird u.a. daran sichtbar, dass im Abwasser erhöhte Rückstände gemessen werden.

Folgen für die Person	Schnelle Toleranzentwicklung. Akut können Krampfanfälle, Schockzustände, Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma, gesteigerte Aggressivität, Halluzinationen / Paranoia und eine Lähmung des Atemzentrums auftreten. Kokainpsychose mit Verfolgungswahn und Halluzinationen. Mittel- und langfristig sind körperliche Schädigungen, die Schwächung des Immunsystems, starker Gewichtsverlust, Schädigung von Blutgefäßen, Leber, Herz und Nieren beschrieben. In der Schwangerschaft führt der Konsum zu Früh- und Todgeburten und zu massiven Reifungsstörungen.
Folgen für das soziale Umfeld	Verlust sozialer und beruflicher Kompetenz.
Folgen für das Gemeinwesen	Wenig dokumentiert – vermutlich vergleichbar mit den anderen illegalen Drogen
Todesrate	2017 und 2018 jeweils 41 „Drogentote“ durch Kokain-bzw. Crackkonsum
Kriminalität	Mit 8.166 kg wurde im Jahr 2017 die bisher größte Menge Kokain/Crack in Deutschland sichergestellt. Darunter mehrere Großsicherungen in deutschen Seehäfen. Steigerung zu 2016 um 337%.
Therapie	Ambulante und stationäre Entzugstherapien mit anschließender langfristiger Beratung / Therapie.
Sonstiges	Crack (oder auch Freebase) gehören zu den am schnellsten zu einer Abhängigkeit führenden Substanzen.

Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) Synthetische Drogen wechselnder Zusammensetzung	
Diagnose ICD-10:	F 19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
Steueraufkommen in € jährlich	Nicht zu ermitteln
Wirkungen	Da es sich hierbei um verschiedene Gruppen synthetisch hergestellter Drogen handelt, sind die Wirkungen nicht einheitlich. Von den meisten Produkten sind weder die genaue Wirkweise noch Langzeitfolgen dokumentiert.
Verbreitung	Bei den 12- bis 17jährigen hatten 2015 0,1 %, bei den 18 – 25 jährigen 2,2 % schon einmal NPS konsumiert (2015). In der Altersgruppe der 18 – 64jährigen 2,8 %. (2018)
Männer Frauen	Keine gesicherten Angaben verfügbar
Trend	Laut Sucht- und Drogenbericht 2019 der Bundesdrogenbeauftragten ist die Anzahl der Konsumenten seit 2015 beinahe gleichgeblieben. (1)
Folgen für die Person	Depressionen, Angstzustände, Halluzinationen, Persönlichkeitsveränderungen, Psychosen, Zwangsgedanken / Zwangshandlungen, Schlafstörungen
Folgen für das soziale Umfeld	Kontaktstörungen und Tendenz zur Selbstisolation, Unzurechnungsfähigkeit durch Auftreten psychischer Symptome auch im nüchternen Zustand
Folgen für das Gemeinwesen	Bisher noch nicht zu ermitteln
Todesrate	In der jährlichen Statistik zur Erfassung verstorbener Suchtkranker werden auch die Opfer des Konsums von NPS erfasst. 2016 verstarben 98 Menschen und 2015 39 Menschen an dem Konsum von NPS. (2)
Kriminalität	Die polizeiliche Kriminalstatistik 2017 weist 495 erfasste Straftaten aus, die das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) betreffen (2).
Therapie	Spezielle Therapien sind aufgrund der neuen, unbekanntenen Wirkungsweisen nicht entwickelt. Es steht das allgemeine Spektrum von Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangeboten zur Verfügung. Vorrangig sind die Leistungen der Kranken- und der Rentenversicherungen.
Sonstiges	Das Neue-Psychoaktive-Stoffe-Gesetz wurde 2019 überarbeitet und durch drei neue Stoffgruppen, wie z.B. die synthetischen Benzodiazepine und von Tryptamin abgeleitete Verbindungen, erweitert. Außerdem wurden einzelne Substanzen, die bislang in diesem Gesetz Erwähnung fanden, in das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) übernommen.

Aus Platzgründen sind in diesem Kapitel nicht beschrieben u.a. **Stimulanzien** (Amphetamine, Speed, Ecstasy, MDMA), **Crystal Meth** und **Halluzinogene**. Diese illegal vertriebenen Substanzen sind in unterschiedlicher Ausprägung in der Region Hannover von Bedeutung.

Stoffungebundene Störungen Abhängigkeitserkrankungen

Die im Alltag gängigen Begriffe Medienabhängigkeit, Kaufsucht, Sportsucht, Glücksspielsucht, Arbeitssucht, Computersucht oder Sexsucht bezeichnen Formen abhängigen Verhaltens. Daher spricht man auch von

Verhaltenssüchten. Bei diesen nicht an Stoffe gebundenen Abhängigkeitserkrankungen wird durch das Verhalten das körpereigene Belohnungssystem aktiviert und es entstehen vergleichbare Phänomene wie bei den stoffgebundenen Abhängigkeiten. Kurzfristige Effekte sind z.B. eine subjektive Stimmungsveränderung, Spannungs- und Stressverminderung und ein positives Selbstwertgefühl. Mögliche soziale Folgen sind z.B. der Verlust sozialer Kontakte, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, Verschuldung und Beschaffungskriminalität.

Das „Pathologische Glücksspiel“ wurde als eigenständige Diagnose im ICD-10 aufgenommen.

Legal

Exzessive Mediennutzung Computerspiel- und Internetabhängigkeit	
Diagnose ICD-10	Keine Diagnose im ICD-10
Steueraufkommen jährlich	In den ICD 11, der ab 2022 gelten wird, soll diese Kategorie aufgenommen werden.
Wirkungen	Keine überprüfbare Datenlage vorhanden
Verbreitung	Kontroll- und Machterleben, Steigerung des Selbstwertgefühls, soziale Anerkennung, Möglichkeit der Realitätsflucht (1)
Männer Frauen	Bei 5,8 % aller 12- bis 17-jährigen Jugendlichen ist von einer Abhängigkeit auszugehen (6)
Trend	Weibliche Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sind mit 7,1 % statistisch signifikant stärker betroffen als die männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe (4,5 %) (6)
Folgen für die Person	Die Prävalenzen steigen, insbesondere seit auch der Aspekt der Kommunikation mitberücksichtigt wird. (2)
Folge für das soziale Umfeld	Die ständige, ortsunabhängige Verfügbarkeit durch Smartphones erhöht das Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln.
Folgen für das Gemeinwesen	Bei (abhängiger) Mediennutzung kommt es zu deutlich herabgesetzter Produktivität durch Schlafmangel, Fehltage, Mediennutzung während der Arbeitszeit. 18% der Beschäftigten geben an, dass sie in den letzten 3 Monaten wegen der Beschäftigung mit sozialen Medien abgelenkt oder unkonzentriert waren. (DAK Gesundheitsreport 2019)
Todesrate	Nicht bekannt
Kriminalität	Keine überprüfbare Datenlage vorhanden
Therapie	Da „Internet Gaming Disorder“ erst seit diesem Jahr von der WHO als Krankheit anerkannt und die süchtige Nutzung von Social Media- Angeboten nicht als Abhängigkeitserkrankung anerkannt sind, erfolge die Behandlung oft im Rahmen von Begleiterkrankungen (Depressionen, Angststörungen).
Sonstiges	Es bestehen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem problematischen Gebrauch sozialer Medien und einer depressiven Symptomatik (2). Andere Suchtformen (z.B Kaufsucht, Glücksspielsucht, Sexsucht) kann über das Internet nachgegangen werden.

Essucht / Essstörungen Magersucht - Anorexia Nervosa (AN) Bulimie - Bulimia Nervosa (BN) Essanfälle - Binge Eating Störung (BES)	
Diagnose ICD 10:	F 50.0 (AN), F 50.2 (BN), F 50.4 (BES)
Steuereinnahmen:	Keine verlässlichen Angaben.
Wirkungen	AN: Euphorie (zu Beginn), Kontroll-Erleben, Erhöhung des Selbstwerts BN: Wirkung vergleichbar mit BES, aber Verhinderung der Gewichtszunahme durch Herbeiführen des Erbrechens BES: Hilfe bei Stressbewältigung, Langeweile, Ängsten. Einsatz als Belohnung
Verbreitung	Es wird laut BZgA davon ausgegangen, dass 3-5% der Bevölkerung an einer Essstörung leiden. Bei über 50% der Betroffenen kommen Essstörungen in Mischformen vor.
Männer Frauen	Der Anteil der betroffenen Frauen übersteigt bei allen hier benannten Krankheitsbildern den der Männer. Bei AN und BN liegt der Anteil der Frauen bei etwa 90%; bei BES bei ca. 67%.
Trend	Die Anzahl der männlichen Betroffenen steigt: Essstörungen beginnen häufig in der frühen Adoleszenz. Zunehmender Druck auch aufgrund der Wichtigkeit einem Körperideal zu entsprechen verstärkt das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln.
Folgen für die Person	Neben teils dramatischen Gesundheitsfolgen kommt es häufig zu sozialem Rückzug. Evtl. bereits vorher bestandene psychische Probleme/Krankheiten oder eine gestörte Körperwahrnehmung verfestigen sich. Darüber hinaus wird das Körpergewicht/Essen zum Mittelpunkt von Fühlen, Denken und Handeln.
Folgen für das soziale Umfeld	Unter dem sozialen Rückzug und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden auch die Angehörigen. Es entstehen Konflikte aufgrund der Verleugnung durch Betroffene. Häufig herrschen Hilflosigkeit und Schuldgefühle im sozialen Umfeld vor.
Folgen für das Gemeinwesen	Es entstehen hohe Kosten für die Sozialsysteme z.B. durch medizinische Behandlungen insbesondere der Folgeerkrankungen und Arbeitsausfälle bzw. geringere Produktivität.
Todesrate	Diese ist schwer zu bestimmen, Magersucht hat die höchste Sterblichkeitsrate aller psychischen Erkrankungen. Die gesundheitlichen Folgen der Essstörung wie Störung des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes, Probleme mit dem Bewegungsapparat haben negative Auswirkungen auf die Lebenserwartung.
Kriminalität	Nicht beschrieben. Möglich ist evtl. illegale Geldbeschaffung für hohe Lebensmittelkosten, insbesondere bei BN.
Therapie	Da Essstörungen in aller Regel seelische Ursachen zugrunde liegen, ist eine therapeutische Behandlung oft angezeigt. Diese kann ambulant oder (teil-)stationär erfolgen.
Sonstiges	Essstörungen treten häufig mit anderen psychischen Krankheiten/Beeinträchtigungen auf. Einen kompakten Überblick, auch zu Hilfsangeboten, bietet die Seite https://www.bzga-essstoerungen.de/

Kaufsucht / Pathologisches Kaufen Oniomanie (Kraepelin 1909), Impulskontrollstörung	
Diagnose ICD 10	F63.9 – Impulskontrollstörung Bisher gibt es keine ganz eindeutige Zuordnung des Störungsbildes, das viele Aspekte süchtigen Verhaltens ebenso aufweist wie Aspekte von Zwangserkrankungen. Ausgeschlossen werden in der Diagnose müssen Kaufphasen, die im Rahmen einer Manie erfolgen. Sehr häufig finden sich bei den Personen weitere psychiatrische Störungen: Depressionen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, Essstörungen und Substanzabhängigkeiten.
Steuereinnahmen:	Keine verlässlichen Angaben.
Wirkungen	Kaufattacken, die nicht bedarfsorientiert sind und als unkontrolliert empfunden werden und bei denen die erworbenen Waren nicht oder nur in geringem Maße genutzt werden. Im Vordergrund steht der Akt des Kaufens, der als spannungslösend, befriedigend empfunden wird. Die Waren werden kaum oder gar nicht benutzt, häufig noch nicht einmal ausgepackt. Die Stimmungsverbesserung ist sehr kurzfristig und schlägt schnell um in Schuldgefühle.

Verbreitung	Ca. 5% der Erwachsenen in Deutschland scheinen kaufsuchtgefährdet zu sein. Jüngere Menschen sind häufiger betroffen.
Männer Frauen	Tendenziell scheinen Frauen häufiger betroffen zu sein (4 : 6). Die Angaben in den bisher veröffentlichten Untersuchungen weisen bisher jedoch erhebliche Schwankungen auf. Männer kaufen eher moderne Technikartikel, Sportgeräte, Handwerker-ausrüstung, Auto-zubehör etc.. Frauen kaufen eher Kleidung, Schuhe, Schmuck, Kosmetika, Haushaltswa-ren, Bücher etc.
Trend	Die neuen Möglichkeiten des Online-Shoppens erhöhen die Risiken, durch jederzeit mög-liche Käufe.
Folgen für die Person	Soziale, familiäre und finanzielle Probleme bis hin zur Überschuldung / Privatinsolvenz.
Folgen für das soziale Umfeld	Soziale, familiäre und finanzielle Probleme bis hin zur Überschuldung / Insolvenz mit den entsprechenden Belastungen in den wichtigen Sozialkontakten.
Folgen für das Gemeinwesen	Nicht beschrieben.
Todesrate	Wegen der häufig gleichzeitig bestehenden weiteren psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen) ist von einem erhöhten Risiko auszugehen.
Kriminalität	Betrugsfälle, z.B. kaufen unter falscher Identität.

Legal und Illegal

Pathologisches Glücksspiel Geldspielautomaten u.a.	
Diagnose ICD-10	F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
Steueraufkommen in € jährlich	Ca. 5,2 Mrd. € (2017) (1)
Wirkungen	Unmittelbare psychotrope Wirkung mit einem hohen Erregungs- bzw. Stimulationsanteil, unabhängig vom Spielausgang. Negative Gefühle bei einem Verlust werden durch das nächste Spiel/ den nächsten Einsatz und die damit einhergehende Ausschüttung u.a. von Adrenalin überdeckt. Ein Gewinn steigert das Wohlbefinden, Gefühle von Macht, Erfolg und Triumph stellen sich ein. Glücksspiel kann auch eine beruhigende Wirkung haben, da es das Abschalten von der Alltagsrealität ermöglicht und damit Entspannung hervorruft. (9)
Verbreitung	Problematisches Spielverhalten: ca. 326.000 Personen (0,56%) Pathologisches Spielverhalten: ca. 180.000 Personen (0,31%) (1) Glücksspielende haben überproportional häufig einen Migrationshintergrund. Sie spielen vielfach hoch riskante Spiele und entwickeln häufiger ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten. (9)
Männer Frauen	12-Monats-Prävalenz für problematisches oder pathologisches Glücksspiel: Insgesamt 0,87% (Männer 1,19% Frauen 0,53%) 16-17-jährige: 0,63% (Männer 1,21% Frauen 0,0%) (2)
Trend	Aufgrund einer zunehmenden Diversifizierung und Ausweitung von Glücksspielangeboten (Sportwetten, online 24 Stunden/ 7 Tage die Woche) gepaart mit aggressiver Werbung wird zukünftig mit steigenden Zahlen von pathologischem Glücksspielenden zu rechnen sein. Simuliertes Glücksspiel ist bereits für Minderjährige in App-Stores verfügbar, erhöht die Attraktivität und fördert einen frühzeitigen Zugang.
Folgen für die Person	Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen. (8) Der permanente Stress, häufig verursacht durch Überlegungen zur Geldbeschaffung, der mit dem Glücksspiel einhergeht, wirkt sich auch negativ auf die Gesundheit der Spieler*innen aus. Etwa durch ein erhöhtes Herzinfarkt-risiko sowie stressbedingte psychoso-matische Begleiterscheinungen. Die Gruppe „Menschen mit einem pathologischen Spielverhalten“ weist innerhalb der Menschen mit problematischem Suchtverhalten den höchsten Anteil an Menschen mit Schulden auf. 18% dieser Gruppe haben mehr als 25.000 € Schulden. (1)

Folge für das soziale Umfeld	Familiäre Strukturen werden durch pathologisches Spielverhalten starkem Stress ausgesetzt. Verschuldung, Verlust des Arbeitsplatzes, emotionale Distanzierung sowie Misstrauen bzw. gestörte Vertrauensbeziehungen innerhalb der Familie. Die Partnerschaft, die Beziehung zu den Kindern sowie deren psychische Entwicklung werden negativ beeinflusst. Eine spielsüchtige Person schädigt ca. 10 Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld, dazu zählen Partner*innen, die eigenen Kinder, Verwandte, Freund*innen und Arbeitskolleg*innen. (9)
Folgen für das Gemeinwesen	Geschätzte volkswirtschaftliche Kosten bundesweit: 7 Mrd. € (2)
Todesrate	Glücksspieler*innen weisen unter den Abhängigkeitserkrankten die höchste Suizidversuchs- sowie Suizidrate auf. (9)
Kriminalität	Beschaffungskriminelle Straftaten wie Eigentums- oder Betrugsdelikte bis hin zu bewaffneten Überfällen. (9)
Therapie	Es gibt auf pathologisches Spielverhalten spezialisierte Kliniken. Zudem besteht die Möglichkeit der ambulanten Therapie vor Ort. Die Therapieabbruchrate liegt bei den Männern bei 41,8%, bei den Frauen bei 40,8%. (1)
Sonstiges	Soziodemografische Risikofaktoren sind ein niedriger Bildungsstatus, Lebensalter unter 25, Migrationshintergrund und die Zugehörigkeit zum männlichen Teil der Bevölkerung. (2)

Zusammenfassung / Fazit:

In der Auseinandersetzung um Suchterkrankungen ist traditionell die Unterscheidung zwischen legal und illegal gehandelten Substanzen ein Unterscheidungsmerkmal. Relativ neu ist noch die Auseinandersetzung mit den nicht stoffgebundenen Formen der Abhängigkeit. Diese Unterscheidungen haben jedoch keine Aussagekraft in Bezug auf die persönlichen und gesellschaftlichen Schäden, die durch die jeweiligen Abhängigkeiten hervorgerufen werden.

In der Bewertung der Folgen für die abhängigen Personen und für die Allgemeinheit haben wir versucht, die verschiedenen Formen der Erkrankungen zu vergleichen und erkannt, dass dies auf dem Hintergrund der Datenlage nicht konsequent möglich ist. Die unterschiedlichen Themen werden in der Forschung und damit in der Fachliteratur mit sehr unterschiedlichen Fragestellungen und Methoden bearbeitet. Es gibt keine einheitlichen und damit vergleichbaren Maßstäbe in der Suchtforschung.

Die oben dargestellten Sachverhalte zeigen jedoch sehr deutlich, dass zwischen öffentlicher Wahrnehmung und real nachvollziehbaren Folgen von Suchterkrankungen ein erheblicher Unterschied besteht. Die sogenannten legalen Suchtmittel werden in ihren Folgen unterschätzt. Es gilt insbesondere auch

die Erkrankungen in den Blick zu nehmen, die sich nicht in der Öffentlichkeit zeigen, die sich in den privaten Bereichen abspielen. Diese Suchterkrankungen (z.B. Magersucht, Kaufsucht, Glücksspiel-Abhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit) können als stille Katastrophen bezeichnet werden. Auch wird deutlich, dass die legal zugänglichen Suchtstoffe Alkohol und Tabak sowohl in den persönlichen Folgen, als auch in den Folgen für das Gemeinwesen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben. Die Schäden, die durch sie verursacht werden stehen an erster Stelle.

¹Quellen:

Jahrbuch Sucht 2019; Hrsg.: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen,

²Pabst-Verlag; Lengerich 2019

Drogen- und Suchtbericht – 2018; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin 2018

³Europäischer Drogenbericht 2019 – Trends und Entwicklungen; Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon 2019

⁴Druck-Studie – Robert-Koch-Institut 2016

⁵Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) 2015

⁶Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015; Forschungsbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2016, Köln

⁷Bericht über die Daten der Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention in der Region Hannover – für den Zeitraum 2015 – 2016, Region Hannover

⁸Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), Weltgesundheitsorganisation 1991

⁹Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten. Bachmann, M. & Meyer, G. (2017) Springer-Verlag Berlin Heidelberg

¹⁰ Müller, A., Wölfling, K., Müller, K.W. - Verhaltenssuchte - Pathologisches Kaufen, Spielsucht und Internetsucht, hogrefe-Verlag, Göttingen 2018

Sucht als Krankheit verstehen Vom Abstinenzparadigma zu flexiblen und lösungsorientierten Konzepten

von Moritz Radamm,
(Klinikleiter Klinik am Kronsberg, STEP gGmbH)

Sucht, Ohnmacht und Abstinenz

Abhängigkeitserkrankungen werden in Teilen der Gesellschaft häufig als selbst verschuldet betrachtet. In familiären Verbindungen löst kaum ein anderes Krankheitsbild so große negative Beziehungsdynamiken aus – einhergehend mit Vorwürfen, Enttäuschungen und Schuldgefühlen. Die Folgen einer Abhängigkeitserkrankung sind für Familiensysteme verheerend. Aber auch im professionellen Hilfesystem kommen Mitarbeiter*innen und gängige therapeutische Methoden an ihre Grenzen, sobald Klient*innen Suchtmittel konsumieren. Die Palette möglicher Interventionen wird dann sehr schnell ganz klein. Häufig schützt sich das System durch eine umgehende irreguläre Entlassung der Klient*innen. Zurück bleiben auf beiden Seiten die Gefühle, versagt zu haben, oftmals Wut, meist Ratlosigkeit.

Warum fordert das Krankheitsbild alle Beteiligten so intensiv und warum ist die Erkrankung so emotional aufgeladen? Gibt es Erklärungen, dass die Abstinenz als ausschließliches Erfolgskriterium gesehen wird - ungeachtet der meist massiven Teilhabebeeinträchtigungen? In der Literatur gibt es sehr interessante Zusammenstellungen, wie der Konsum von Rauschmitteln historisch bewertet wird (z.B. Schott, 2001, Spode, 2005). Letztlich setzte sich die Überzeugung durch, dass das exzessive Trinken von Alkohol zu einem Verlust der Selbstkontrolle führe, welche nur durch eine totale Abstinenz beherrscht werden könne. 1954 hat die Weltgesundheitsorganisation Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit klassifiziert. In Deutschland wurde dies durch ein Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts 1968 umgesetzt. Abhängigkeitserkrankte können sich folglich in ambulante oder stationäre Behandlung begeben - die Kranken- oder Rentenversicherungen müssen seit 1978 (Suchtvereinbarung

der Sozialversicherungsträger) Behandlungskosten übernehmen. Ungeachtet neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse hat sich jedoch das Bild gehalten, dass Abstinenz sowohl Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten ist, als auch gleichsam Ziel jeder erfolgreichen Maßnahme. Diese Bewertung stammt vermutlich aus einem tradierten moralischen Denken, das weiterhin die Grundlage der andauernden Stigmatisierung abhängigkeitserkrankter Menschen bildet.

Unversorgt und unterversorgt -- Grenzen abstinenzorientierter Angebote

Der Suchtmittelkonsum in Deutschland ist seit Jahren ungebrochen sehr hoch. Aktuell liegt in Deutschland der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken ab einem Alter von 15 Jahren bei 131,1 Litern jährlich (DHS, 2019). In Deutschland leben 1,77 Millionen Menschen (3,4%) mit einer Alkoholabhängigkeit. 1,61 Millionen Menschen (3,1%) konsumieren darüber hinaus missbräuchlich Alkohol (Pabst et al., 2013). Kiefer und Mann (2007) haben erhoben, dass in Deutschland 9,3 Millionen Menschen mit alkoholbedingtem Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf leben. 2,3 Millionen Menschen sind abhängig von Medikamenten (Drogen- und Suchtbericht, 2015). Weitere aktuelle Daten, v.a.

„Für die Beratung,
Betreuung und Behandlung
von abhängigkeits-
erkrankten Menschen ist es
wichtig, ein leicht
zugängliches, vielfältig
differenziertes System mit
unterschiedlichen
Angeboten zu entwickeln.“

bzgl. illegaler Substanzen, können folgender Publikation entnommen werden: Europäischer Drogenbericht, 2019.

Wen erreicht das Versorgungssystem?

Angesichts der schwindelerregenden Fallzahlen stellt sich die Frage, wie viele Abhängigkeitserkrankte das Hilfesystem erreichen – und zu welchem Zeitpunkt?

In Deutschland existiert ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für abhängigkeits-erkrankte Menschen. Da das Abstinenzparadigma über Jahrzehnte prägend in der deutschen Suchthilfelandchaft vorherrschte, entwickelten sich ausdifferenzierte Angebote für motivierte Suchtpatienten in Beratungsstellen, Rehabilitationskliniken und Selbst-

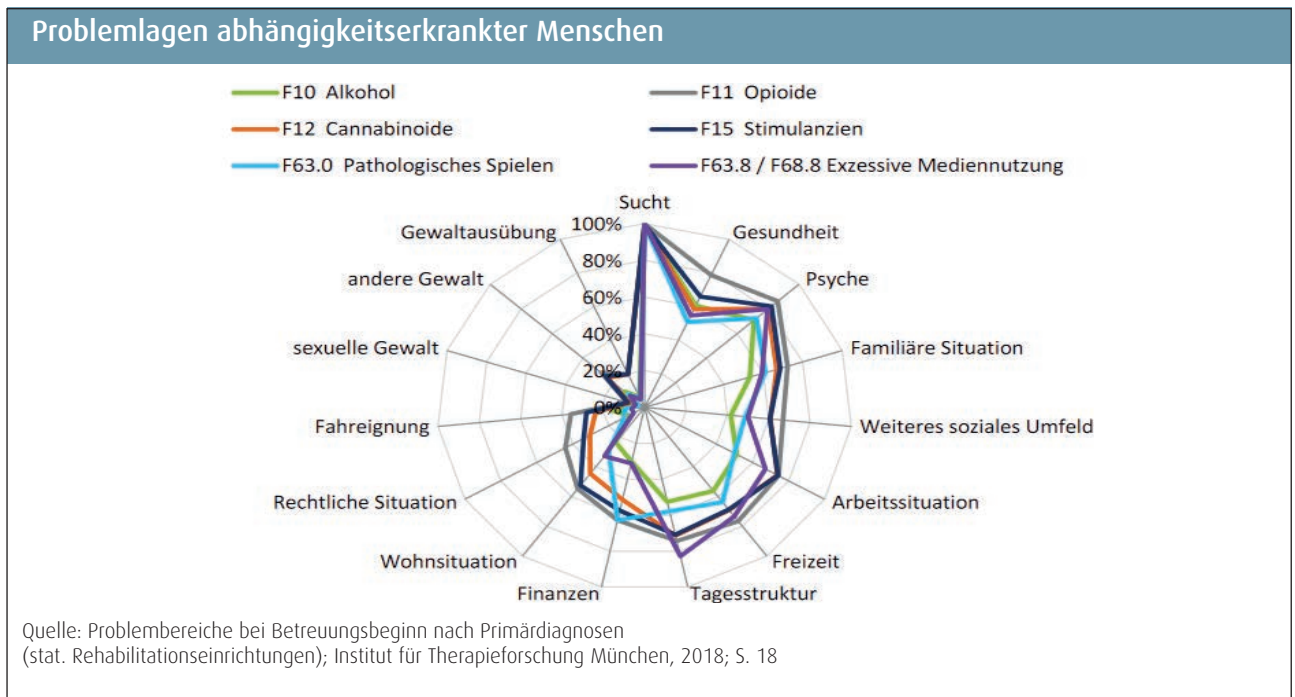
hilfegruppen. Wir beobachten sehr umfangreiche Behandlungsmöglichkeiten – gemessen an den Fallzahlen der Abhängigkeitserkrankungen – bei einer relativ geringen Inanspruchnahme. Nur 11% bis maximal 22% der betroffenen Personen nehmen Angebote des Versorgungssystems in Anspruch (Pabst et al., 2013). Bezogen auf eine umfassende stationäre Rehabilitationsbehandlung ergibt sich sogar nur ein Anteil von etwa 1,8% (Weissing, 2019). Ein Großteil der abhängigkeiterkrankten Menschen hat somit keinen Zugang zum behandlungsorientierten Hilfesystem. Dies ist gerade deswegen tragisch, da sich Erfolgsquoten von etwa 50% bei Menschen finden, die das Versorgungssystem in Anspruch nahmen (Bachmeier et al., 2019). Erschreckenderweise vergehen von Beginn der Abhängigkeitserkrankung bis zu der Inanspruchnahme einer Behandlung im Durchschnitt 11,8 Jahre (Fachverband Sucht, 2007).

Doch was geschieht mit abhängigkeiterkrankten Menschen ohne ausreichende Abstinenzfähigkeit oder -motivation? Dies sind zum einen Menschen, für die das Abstinenzziel eine (noch zu) hohe Hürde darstellt. Sie können sich oftmals nicht vorstellen, dass der Verzicht auf Suchtmittel ihre Lebenssituation und letztlich die Lebensqualität verbessern würde. Hinzu kommen diejenigen, die sich hochmotiviert für eine oder auch mehrere Entwöhnungsbehandlungen im Laufe ihres Lebens entscheiden, rückfällig werden und denen eine lebenslange Abstinenz nicht gelingt. Ein Teil der Population wird durch die zunehmend differenzierteren Angebote der Eingliederungshilfe, der Akutmedizin und des niedrigschwelligen Bereichs angesprochen. Hier ist es erforderlich, alternative Zielformulierungen zur Schadensminimierung umzusetzen. Abhängigkeitserkrankungen stehen aufgrund ihrer Entstehungsgeschichten und der jahrelangen Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens klassischerweise mit vielfältigen Problemen in fast allen Lebensbereichen in Zusammenhang. Meist kommen zu den psychischen Erkrankungen auch noch körperliche Einschränkungen und komplexe Probleme im sozialen Umfeld sowie im beruflichen Kontext hinzu. Suchtmittelkonsum ist nie ein singuläres Problem. Aufgrund der Komplexität der vorhandenen Teilhabebeeinträchtigungen muss bei jeder Maßnahme festgelegt werden, welche Barrieren abgebaut und

welche Teilhabe ermöglicht werden sollen. In der Regel ist nicht alles mit einer Maßnahme zu erreichen. Deswegen kann ein ausschließlich abstinenzorientierter Ansatz bei der Gesamtpopulation der Abhängigkeitserkrankten nicht erfolgversprechend sein. Abstinenz ist und bleibt ein Ziel der Suchthilfe – allerdings nur eines von vielen.

Selbstbestimmt, individuell, flexibel, zieloffen und lösungsorientiert

Für Einrichtungen der Suchthilfe ist es in den kommenden Jahren erforderlich, den zum Teil schon eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen. Für die Beratung, Betreuung und Behandlung von abhängigkeiterkrankten Menschen ist es wichtig, ein leicht zugängliches, vielfältig differenziertes System mit unterschiedlichen Angeboten zu entwickeln. Wechsel zwischen Angebotsformen, Leistungsanbietern und Leistungsträgern müssen leichter und unbürokratischer möglich sein. Diese unterschiedlichen Möglichkeiten müssen gegenüber abhängigkeiterkrankten Menschen transparent kommuniziert werden – auf Augenhöhe und mit Wahlmöglichkeiten. Nur wer sich frei für oder gegen Angebote entscheiden kann, kann nachhaltige Veränderung initiieren. Diese Entscheidungsfreiheit umfasst auch die Entscheidung für oder gegen weiteren Suchtmittelkonsum. Die Abstinenzfähigkeit und die Abstinenzmotivation sollten mit betrachtet werden, wenn eine Eignung für das jeweilige Hilfesetting festgelegt oder überprüft wird. Einschränkungen in der Abstinenzfähigkeit und in der Abstinenzmotivation sollten keinesfalls Ausschlusskriterien für Hilfen sein. Ein wichtiges Instrument sind engmaschige (interdisziplinäre) Fallkonferenzen mit Beteiligung der abhängigkeiterkrankten Menschen. Gemeinsam sollten dabei auch die unterschiedlichen Möglichkeiten des (Sucht-) Hilfesystems analysiert und frühzeitig Behandlungs- bzw. und Betreuungsketten entwickelt werden. Nachfolgemaßnahmen sollten jenseits von konkurrierenden Leistungsanbietern und divergierenden Angebotsformen im Sinne der Klient*innen vorgeschlagen werden. Es ist erforderlich, dass in den Einrichtungen eine ausreichende Expertise über unterschiedliche Hilfeformen vorhanden ist. Auch eine regionale und überregionale Vernetzung ist unerlässlich.



Passgenaue Hilfe- und Bedarfsermittlung

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes und die dabei stärker implementierte ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) stellt uns eine „gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustandes und der mit der Gesundheit zusammenhängenden Zustände, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen zu verbessern“ (WHO, 2005, S.11). Die Einrichtungen sollten die Chance nutzen und nachhaltig auf eine ICF basierte Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigungen (Barrieren und Förderfaktoren) setzen. Aus dieser kann eine individuelle, fachlich nachvollziehbare und vor allem passgenaue Hilfe- und Bedarfsplanung abgeleitet werden. Auch hier muss die Wahlmöglichkeit der Klient*innen stärker berücksichtigt werden. Dies schließt nach meiner Überzeugung auch die Wahl von Betreuer*innen oder Psychotherapeut*innen ein. Abhängigkeitserkrankte Menschen sind aufgrund ihrer biographischen Erfahrungen oftmals hoch misstrauisch und haben ein gutes Gespür, auf wen sie sich im Kontakt einlassen können. Eine falsche Zuordnung oder eine Negierung eines Wunsches nach einem Betreuerwechsel führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Behandlungsabbrüchen oder nicht erfolgreichen Verläufen.

Besonders in Zeiten guter Auslastung müssen sich Einrichtungen kritisch hinterfragen, inwieweit sie es strukturell verhindern, dass bei abhängigkeiterkrankten Menschen eine Selektion erfolgt. Schwerer beeinträchtigte Menschen, die vermeintlich schwieriger zu versorgen sind, müssen dennoch dieselben Zugangsmöglichkeiten haben. Hier sind zu nennen: Menschen mit einer starken subkulturellen Verortung, Menschen mit schweren psychiatrischen und körperlichen Begleitdiagnosen, Intelligenzgeminderte und Menschen mit Sprachbarrieren. Einrichtungen sollten sich wieder mehr wagen, Barrieren abzubauen und inklusiv zu denken. Dazu gehört es auch, sich konzeptionell weiterzuentwickeln und sich damit verändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Höhere Aufwendung, z.B. für die Refinanzierung von Fachpersonal, sollten Leistungsträger dann auch angemessen vergüten.

Erfolge schaffen

In der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen ist es zentral, dass das Hilfesystem im Einzelfall Erfolgserlebnisse herbeiführt. Es sollte ein Fokus daraufgelegt werden, Behandlungsabbrüche und irreguläre Beendigungen weitgehend zu vermeiden. Negative Prozessbeendigungen halten bei den Klient*innen Versagensüberzeugungen und eine aus-

geprägte Schuld- und Schamproblematik aufrecht. Abhängigkeitserkrankte ziehen sich dann zunächst aus dem Hilfesystem zurück („ich schaffe es sowieso nicht“); der Misserfolg führt meist zu erhöhtem Konsum. Parallel werden abhängigkeiterkrankte Menschen erneute Zugänge in Hilfsmaßnahmen versagt, weil die vorherige Maßnahme gescheitert ist. Durch ein vorausschauendes Controlling von Beratungs-

„Abstinenz
ist und bleibt ein Ziel der Suchthilfe –
allerdings nur eines von vielen.“

Betreuungs- und Behandlungsprozessen können hier die Fallzahlen reduziert werden. Letztlich dürfen die Angebote des Hilfesystems auch innovativ sein. Klient*innen zu überraschen und neugierig zu machen, bietet interessante Ansätze für eine gemeinsame Arbeit.

Je früher desto besser

Ein großes Augenmerk sollte darauf gelegt werden, dass es dem Hilfesystem gelingt, suchtgefährdete und abhängige Menschen frühzeitig zu erreichen. Je eher abhängige Menschen den Zugang zum Hilfesystem finden, desto bessere Chancen bestehen, eine Vielzahl an Teilhabebeeinträchtigungen vorzubeugen. Dafür müssen die tradierten Komm-Strukturen der Einrichtungen radikal erweitert werden. Durch das Werben mit zieloffenen Angeboten können gerade junge abhängige oder gefährdete Menschen gut erreicht werden. Wissen spielerisch zu vermitteln und zwar digital, ist nicht mehr als Trend zu bewerten. Digitale Unterstützung auch in Beratungs- und Behandlungsprozesse anzuwenden wird unsere Aufgabe sein.

Einrichtungen, die nicht aus dem Suchthilfesystem stammen, empfehle ich detailliert zu erheben, inwieweit bei ihrer Population eine Suchtproblematik vorliegt. Wir laden alle Träger und Einrichtungen ein, entweder individuell oder strukturell mit Einrichtungen aus dem Suchthilfesystem zu kooperieren, um für abhängigkeiterkrankte Menschen die bestmögliche Unterstützung zu gewähren.

Literatur:

- Bachmeier, R. et al. (2019). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, *Sucht Aktuell*, 26(1), 34-50. Verfügbar unter: https://www.sucht.de/files/pdf/sucht_aktuell/2019-1/Katamnese%20Alkohol_Medikament%20Ej%202016.pdf
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018): Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforchung: München.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, Hrsg., 2018): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, Hrsg., 2019): Jahrbuch Sucht 2019. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019), *Europäischer Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Fachverband Sucht (2007): Basisdokumentation 2006. In der Reihe: Qualitätsförderungen in der Entwöhnungsbehandlung, Band 14.
- Kiefer, F. & Mann, K. (2007). Diagnostik und Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 75(1), 33-46. doi:10.1055/s-2005-919082
- Mundle G. et al. (2006): Leitlinie Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Schmidt, L. et al.. (Hrsg.). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59(6), 321-331. doi:10.1024/0939-5911.a000275
- Schott, H. (2001): Das Alkoholproblem in der Medizingeschichte. *Dtsch. Arztebl.*: 98(30): A-1958 / B-1654 / C-1547.
- Spode, H. (2005): Was ist Alkoholismus? Die Trinksucht in historisch-wissenssoziologischer Perspektive. In: Dollinger, B., Schneider, W. (Hrsg.): *Sucht als Prozess*. Berlin, S. 89-121
- Statistisches Bundesamt (2018). *Statistisches Jahrbuch – Deutschland und Internationales*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2018-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- Weissinger, V. (2019). Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62(2), 173-185. doi: 10.1007/s00103-018-2866-0

Süchte, Drogen und ihre Folgen Entwicklungen und Perspektiven aus Sicht der Polizeidirektion Hannover

von Bettina Karow (Polizeikommissarin und Sachbearbeiterin Prävention, Polizeidirektion Hannover - Dezernat 11/11.1 Prävention)

Allgemeines

Die Bekämpfung der Kriminalitäts- und Deliktsformen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von legalen und illegalen Drogen stehen, ist auch für die Polizei eine komplexe Aufgabe. Neben kurzen Hinweisen auf Aspekte der Alkohol- und Spielsucht, werden an dieser Stelle ausführlicher die Facetten der Betäubungsmittelkriminalität beschrieben.

Die klassischen Drogenarten Heroin, Kokain und Cannabis spielen in der PD Hannover nach wie vor die größte Rolle. Dazu kommen die inzwischen ebenso etablierten synthetischen Drogen wie z.B. Amphetamin/Methamphetamin und Ecstasy. Eine aktuelle Herausforderung sind die sogenannten Neuen Psychoaktiven Stoffe (NPS), die sich chemisch oft nur geringfügig von den herkömmlichen Betäubungsmitteln unterscheiden und eine vergleichbare psychoaktive Wirkung besitzen. NPS werden häufig als Inhaltsstoffe in konsumfähigen Produkten wie z.B. Kräutermischungen, den sogenannten Legal Highs, verwendet. Das Gefahrenpotenzial von NPS und Legal Highs ist sehr hoch und wird von Konsumenten oft unterschätzt. Dies auch, weil die Anbieter solcher - oftmals auch über das Internet zu beziehender - Substanzen diese häufig als legal und harmlos beschreiben.

Fallzahlen der Betäubungsmittelkriminalität

Die Anzahl der Straftaten im Bereich der Rauschgiftdelikte im Zuständigkeitsbereich der Polizeidirektion Hannover ist im Zeitraum der letzten 4 Jahre angestiegen. Eine besondere Rolle spielt hier auch die Kontrollintensität der Polizei.

Zum besseren Verständnis der im Weiteren auf-

geführten Daten und getroffenen Aussagen wird auf drei kurze Definitionen hingewiesen:

Betäubungsmittel (BtM)

Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) sind solche Stoffe oder Zubereitungen, für deren straffreien Umgang (wie z.B. Anbau, Herstellung, Handel, Einfuhr, Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung, Inverkehrbringen und Erwerb) eine Erlaubnis notwendig ist.¹

Erwerb

Ein Erwerb von BtM liegt dann vor, wenn der Täter die eigene tatsächliche Verfügungsgewalt im einverständlichen Zusammenwirken mit dem Vorbesitzer durch ein Rechtsgeschäft erlangt und diese ohne Rücksicht auf das Eigentum und den Zweck des Erwerbs ausüben kann.²

Handel

Unter Handeltreiben ist jede eigennützige, auf Umsatz gerichtete Tätigkeit zu verstehen, auch wenn sich diese nur als gelegentlich, einmalig oder ausschließlich vermittelnd darstellt.³

Wie aus der Tabelle ersichtlich werden die meisten Verstöße gegen das BtMG im Zusammenhang mit Cannabis registriert. Dabei liegt regelmäßig in deutlich mehr als 80% der Fälle ein

allgemeiner Verstoß gegen das BtMG vor.

Rauschgifttote

Die Zahl der Rauschgifttoten im Zuständigkeitsbereich der PD Hannover unterliegt Schwankungen, die nicht spezifizierbare Gründe haben. Die meisten Rauschgifttoten sind männlich und im Durchschnitt 39 Jahre alt geworden. Bei den Frauen beträgt das Durchschnittsalter 25 Jahre. Im Berichtsjahr 2018 ist die polyvalente Vergiftung, hervorgerufen durch den Konsum von Heroin zusammen mit anderen Drogen, die häufigste Todesursache gewesen. Damit hat der Konsum von Heroin nach wie vor das größte Mortalitätsrisiko - sowohl direkt als auch durch die damit verbundenen Folgeerkrankungen und Begleiterscheinungen.

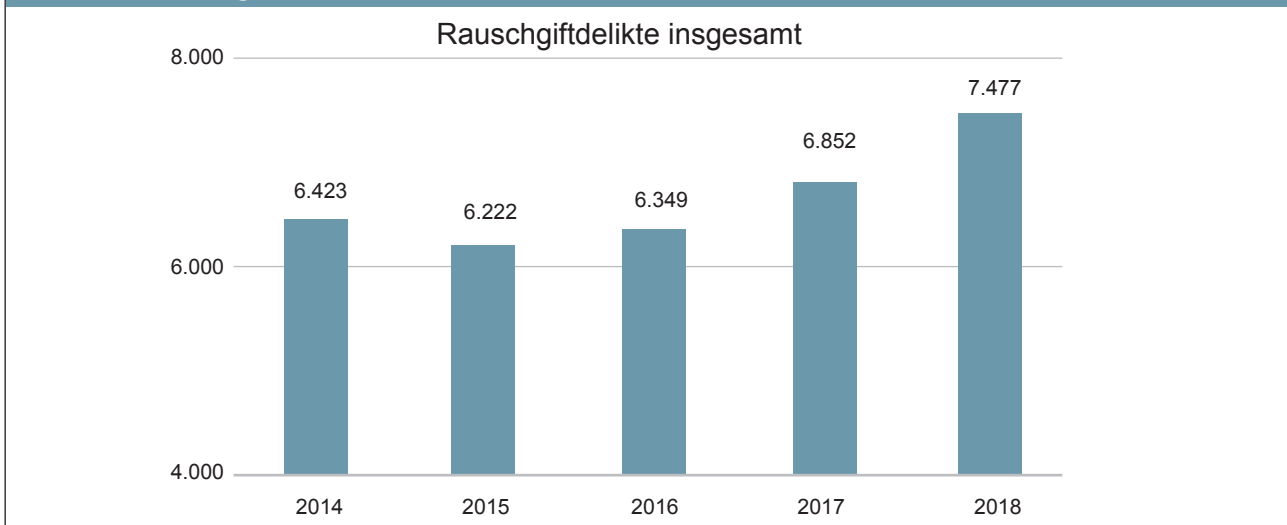
„Die Anzahl der Straftaten im Bereich der Rauschgiftdelikte im Zuständigkeitsbereich der Polizeidirektion Hannover ist im Zeitraum der letzten vier Jahre angestiegen. Eine besondere Rolle spielt hier auch die Kontrollintensität der Polizei.“

¹ vgl. § 3 BtMG und § 29 BtMG

² BGH mit Urteil vom 13.8.2009, Az.: 3 StR 224/09

³ BGH mit Urteil vom 12.12.12, Az.: 2 StR 341/12

Entwicklung der Fallzahlen im Bereich Rauschgiftdelikte für den Zuständigkeitsbereich der PD Hannover



Die Fallzahlen setzten sich überwiegend aus folgenden Deliktsbereichen zusammen:

Anzahl bekannt gewordener Fälle	2014	2015	2016	2017	2018
Allgemeine Verstöße ⁴	5.059	4.827	5.035	5.406	5.942
Unerlaubter Handel mit BtM und Schmuggel von BtM	897	939	932	994	1.063
Unerlaubte Einfuhr von BtM nicht geringer Menge	13	13	13	17	7
Sonstige Verstöße ⁵ BtMG	454	443	369	431	464
Rauschgiftdelikte insgesamt	6.423	6.222	6.349	6.853	7.477

Im Bereich der verschiedenen Wirkstoffe gliedern sich die Verstöße gegen das BtMG wie folgt:

Anzahl bekannt gewordener Fälle	2014	2015	2016	2017	2018
Allgemeine Verstöße ⁴	5.059	4.827	5.035	5.406	5.942
Unerlaubter Handel mit BtM und Schmuggel von BtM	897	939	932	994	1.063
Unerlaubte Einfuhr von BtM nicht geringer Menge	13	13	13	17	7
Sonstige Verstöße ⁵ BtMG	454	443	369	431	464
Rauschgiftdelikte insgesamt	6.423	6.222	6.349	6.853	7.477

⁴Besitz / Konsum von BtM

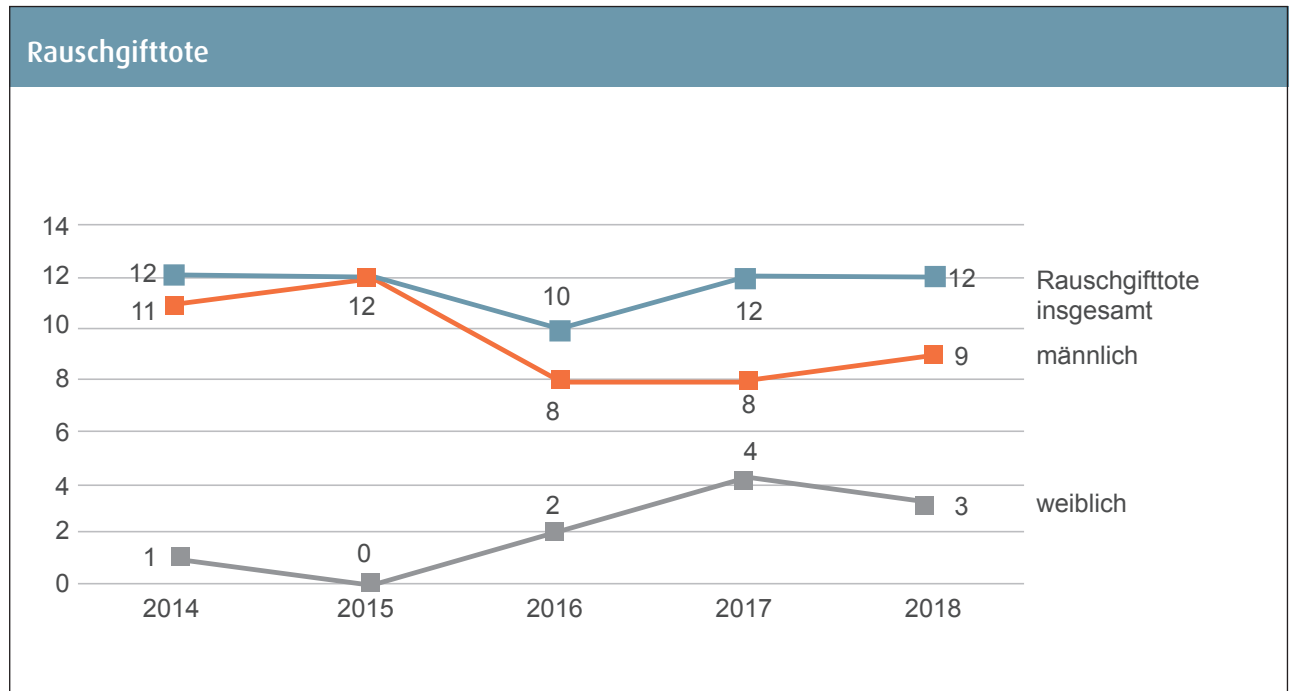
⁵Besitz und Handel von BtM in nicht geringen Menge, auch Werbung für BtM, Unerlaubter Anbau, Bereitstellen von Geldmitteln werden hier ebenfalls dargestellt.

⁶Roheitsdelikte umfassen u.a. Delikte wie: Raub (§§ 249-252, 255, 316a StGB), Körperverletzung (§§ 223-227, 229, 231 StGB), Nachstellung (Erpressung) (238, 239, 240, 241 StGB), Nötigung (§240 StGB)

⁷Vermögens- und Fälschungsdelikte umfassen u.a. Delikte wie: Betrug (§§ 263, 263a, 264, 264a, 265, 265a, 265b StGB), Urkundenfälschung (§§ 267-271, 273-279, 281 StGB)

⁸Sonstige Straftatbestände umfassen u.a. Delikte wie: Erpressung (§ 253 StGB), Widerstand (§§ 111, 113-115, 120, 121), Hausfriedensbruch (§§ 123, 124 StGB), Hehlerei und Geldwäsche (§§ 259-261 StGB)

⁹Strafrechtliche Nebengesetze umfassen u.a. Delikte wie: Rauschgiftdelikte (§§29-30 BtMG), Straftaten nach dem Arzneimittelgesetz (AMG), Straftaten gegen das Aufenthalts-, das Asyl- und das Freizügigkeitsgesetz/EU.



Fallzahlen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum im Zuständigkeitsbereich der PD Hannover

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Fälle insgesamt	Fälle unter Alkohol	Fälle insgesamt	Fälle unter Alkohol	Fälle insgesamt	Fälle unter Alkohol	Fälle insgesamt	Fälle unter Alkohol	Fälle insgesamt	Fälle unter Alkohol
Straftaten gegen das Leben	47	11	51	10	75	12	63	13	77	11
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	575	67	652	65	587	91	786	124	1.033	160
Roheitsdelikte und Straftaten gegen die persönliche Freiheit ⁶	14.877	4.119	14.755	4.070	15.911	4.085	15.074	3.739	14.807	3.378
Eigentumsdelikte gesamt	44.497	1.390	47.195	1.436	45.610	1.547	41.571	1.366	37.333	1.171
Vermögens- und Fälschungsdelikte ⁷	27.148	438	28.317	451	28.323	548	26.901	488	21.994	406
Sonstige Straftatbestände (StGB) ⁸	19.292	2.383	18.802	2.269	19.096	2.451	18.346	2.183	18.871	2.182
Strafrechtliche Nebengesetze ⁹	10.283	915	11.347	769	12.096	865	11.944	878	11.816	877
Straftaten (gesamt)	116.719	9.323	121.119	9.070	121.698	9.599	114.685	8.791	105.931	8.185

Verkehrsunfälle unter Alkohol	2014	2015	2016	2017	2018
Verkehrsunfälle (gesamt)	33.528	35.398	36.770	37.324	36.721
Blutentnahmen/Atemalkoholmessungen	3.015	2.973	3.169	3.392	3.400
nach Fahrt unter Alkohol ohne VU	1.605	1.741	1.734	1.629	1.703
nach Fahrt unter Alkohol mit VU	528	439	481	514	491
nach Fahrt unter Drogen ohne VU	827	729	868	1.157	1.101
nach Fahrt unter Drogen mit VU	55	64	86	92	105

Beschaffungskriminalität

Gerade für die Konsumenten harter Drogen ist die Beschaffung mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden, der in den meisten Fällen nur durch das Begehen von Straftaten „erwirtschaftet“ werden kann.

Valide Angaben zu Straftaten im Themenfeld der Beschaffungskriminalität durch die Polizei sind nicht möglich, da der Polizei z.B. bei der Aufnahme einer Straftat in der Regel nicht bekannt ist, ob das Motiv zur Begehung der Straftat in der Finanzierung des Drogenkonsums zu suchen ist oder eine andere Motivlage vorliegen könnte.

Glücksspiel

Eine Zunahme des unerlaubten Glücksspiels im Zuständigkeitsbereich der PD Hannover kann in den letzten Jahren nicht festgestellt werden.

Zusammenhang Drogen- / Alkoholkonsum und Straftaten sowie Ausblick

Drogen und Alkohol spielen bei der Entstehung von Straftaten vielfach eine mitursächliche, auslösende, begünstigende oder begleitende Rolle. Jedoch handelt es sich in der Regel nicht um einfache lineare Kausalbeziehungen, sondern vielmehr um die Vermischung verschiedenster Einflussfaktoren auf die Person und die Situation.

In der PD Hannover wurden von 2014 - 2018 ca. 8% aller Straftaten unter Alkoholeinfluss begangen. Im Bereich der Straftaten gegen das Leben und bei den Roheitsdelikten sind die höchsten Fallzahlen unter Alkoholeinfluss zu beobachten. Bei den Roheitsdelikten sank der prozentuale Anteil der unter Alkoholeinfluss stehenden Täterinnen und Tätern in den letzten fünf Jahren von ca. 28% auf ca. 22%. Im Bereich des Straßenverkehrs standen 2014 - 018

durchschnittlich 8 - 9% der kontrollierten Verkehrsteilnehmer/-innen unter Alkohol- und/oder Drogen Einfluss. Da in Deutschland der Konsum von legalen Drogen – in Teilen der Bevölkerung auch der von „weichen“ illegalen Drogen wie z.B. Cannabis – gesellschaftlich akzeptiert, zumindest aber toleriert wird, ist aus polizeilicher Sicht anzunehmen, dass sich die hier getroffenen Feststellungen und dargelegten statistischen Daten in naher Zukunft nicht gravierend ändern werden.

Polizeidirektion Hannover: Polizeiliche Kriminalstatistik 2018 <https://www.pd-h.polizei-nds.de/kriminalitaet/polizeiliche-kriminalstatistik-2018-113630.html> Auf der Seite sind außerdem die Statistiken seit dem Jahr 2011 zum Vergleich aufrufbar.

Suchthilfe in Niedersachsen: Ein komplexes System

von Bärbel Lörcher-Straßburg (Drogenbeauftragte, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung)

Von der Armenpflege zur modernen Suchthilfe

Historisch betrachtet sind Hilfen für suchtkranke Menschen Mitte des 19. Jahrhunderts und in den Anfängen des 20. Jahrhunderts als „Angebote“ der kirchlichen Armenpflege, der Mäßigkeitsvereine und Abstinenzverbände entstanden. Die „Soziale Frage“ des 19. Jahrhunderts hing mit der Branntweinsucht und deren sozialen Folgen wie der Verelendung von Familien, der Zerstörung sozialer Bezüge und der moralischen Verurteilung der Betroffenen zusammen. Auch heute noch wird ein großer Teil vor allem des ambulanten Suchtversorgungssystems von Trägern

der freien Wohlfahrtspflege bereitgestellt. In Niedersachsen ist die ambulante Suchtberatung zu 91% in der Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege und anderer gemeinnütziger Träger, lediglich 6 % sind in öffentlich-rechtlicher, 2% in privatwirtschaftlicher und 1 % in sonstiger Trägerschaft.⁶

Erst am 18. Juni 1968 wurde durch das Urteil des Bundessozialgerichtes Alkoholismus als Krankheit anerkannt. Suchterkrankungen zählen nach dem ICD - 10 zu den psychischen Erkrankungen. Durch die Anerkennung wurde vor allem sichergestellt, dass die Behandlungskosten von den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern übernommen werden. Dies führte dazu, dass sich das Hilfesystem für abhängigkeiterkrankte Menschen vor allem im medizinischen Bereich ausdifferenzierte. Ambulante und stationäre medizinische Einrichtungen wurden ausgebaut, leitliniengerechte Behandlungen ermöglicht und Forschungsansätze intensiviert.

Ein modernes Verständnis von Suchthilfe knüpft an den Ursprüngen der Hilfen für suchtkranke Menschen an, indem die gesellschaftlichen Bedingungen einbezogen werden. Suchtkrankenhilfe geht über den engen Begriff der Abhängigkeit hinaus und bezieht problematischen Konsum und problematisches Verhalten, sowie das Umfeld und aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen mit ein. Suchterkrankungen werden als bio-psycho-soziale Erkrankungen betrachtet, deren erfolgreiche Behandlung soziale Faktoren zwingend einbezieht. Der Bereich der Suchtprävention – sowohl der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention - ist neben der Beratung und Behandlung, der Hilfen zum Ausstieg und der Schadensminimierung und Regulierung der vierte Bestandteil moderner Suchthilfe.

⁶Quelle: Positionspapier zur aktuellen Finanzierung der ambulanten Grundversorgung Sucht vom 03.07.2017, Gesamtverband für Suchthilfe, Fachverband der Diakonie Deutschlands; die Zahlen treffen auch für Niedersachsen zu.

Ein Überblick: Beitrags- und steuerfinanzierte Leistungen der Suchtmedizin und Suchthilfe

Die Beratungs- und Behandlungsangebote bei Abhängigkeitserkrankungen sind korrelierend zu der Erkrankung vielfältig und komplex und manchmal sogar für Expertinnen und Experten schwer durchschaubar. Sie reichen von unspezifischen Angeboten der allgemeinen Daseinsvorsorge bis zur spezifischen Akutbehandlung und Therapie, der Rehabilitation, Nachsorge und Teilhabe sowie richterlich angeordneter Maßnahmen wie der Behandlung von Straftätern im Maßregelvollzug.⁷

Eine Strukturmöglichkeit ist, sich an den Kostenträgern zu orientieren und zu schauen, welche Angebote wer, wie und warum finanziert. Dahinterliegend steht die historische

Entwicklung der Suchthilfe als medizinisches „Sonderversorgungssystem“ mit eigenen ambulanten und stationären Einrichtungen, aber auch der sehr moderne Ansatz der Betrachtung von Sucht als bio-psycho-soziale Erkrankung, deren Behandlung alleine durch medizinische Interventionen wenig erfolgversprechend ist.

- Die **beitragsfinanzierten Angebote**, die im Wesentlichen nach dem SGB V von den Krankenkassen und nach dem SGB VI von der Rentenversicherung finanziert werden, sind in der Regel vorrangig auf die medizinische Behandlung von Sucht als Erkrankung ausgerichtet und mit dem Ziel verbunden, die Erwerbsfähigkeit zu sichern oder wieder herzustellen auch durch Prävention, Nachsorge und Selbsthilfe.
- Die überwiegend **steuerfinanzierten Angebote** der Daseinsvorsorge, Prävention, Beratung und der psychosozialen Hilfen umfassen das gesamte Spe-

⁷Straftäter werden nach § 63 StGB in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht, wenn sie eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen. Wenn die Tat im Rausch begangen oder auf den Hang zurückgeht, im Übermaß Alkohol oder andere Drogen zu konsumieren, können die Personen zum Entzug und zur weiteren Behandlung und Sicherung in eine Entziehungsanstalt eingewiesen werden (§ 64 StGB)

trum an Unterstützungsleistungen, die mit Sucht oder von Sucht belastete Menschen in ihrem Lebensumfeld unterstützen. Diese Angebote werden je nach Zuständigkeit von den öffentlichen Kostenträgern finanziert.

Beispielsweise finanziert der **Bund** Forschung, Modellprojekte, Präventionsmaßnahmen (BzGA), Kampagnen etc.

Das **Land** unterstützt u.a. im Rahmen der freiwilligen sozialen Leistungen die Kommunen bei der Daseinsvorsorge durch die Basisfinanzierung der ambulanten Suchtversorgung, der anteiligen Finanzierung von Präventionsfachkräften, der psychosozialen Begleitung sowie durch Modellprojekte.

Die **Kommunen** leisten im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge nach Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes vielfältigste bedarfsgerechte Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen vom Jugendschutz, Street-Work, niedrigschwelligen Hilfen, ambulanter Beratung und Therapie über Wohnraumversorgung, Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, Angebote der Teilhabe und der Durchführung ordnungsrechtlicher Maßnahmen.

Die Vielfaltigkeit der Suchtversorgung impliziert Schnittstellenprobleme und erfordert daher klare, gezielte Kooperationsstrukturen und eine gute Steuerung auch bei der Finanzierung. Bestehende Versorgungsprobleme, wie der späte Behandlungsbeginn (suchtkranke Menschen erhalten erst nach durchschnittlich 10,7 Jahren eine suchtspezifische Behandlung) und die niedrige Erreichbarkeit (nur 25 % kommen in das Versorgungssystem¹) werden durch die nach wie vor bestehende Stigmatisierung und Komplexität der Strukturen verstärkt.

Versorgungsstrukturen in Niedersachsen

Wie bereits erläutert umfassen Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen

- Gesundheitsförderung und Suchtprävention,
- Beratung und Behandlung im Suchthilfesystem, d.h. begleitende und kooperierende Hilfesysteme für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen wie niedrigschwellige Hilfen, Wohnangebote, sozialtherapeutische Angebote, Schuldnerberatung, Angebote zur beruflichen (Re-)Integration, famili-

enunterstützende Hilfen (Kinder- und Jugendhilfe), tagesstrukturierende Angebote, Suchtselbsthilfe und Nachsorgeangebote, psychosoziale Begleitung bei Substitutionsbehandlung, Teilhabeunterstützung und -beratung, Entwöhnungsbehandlungen (ambulant und stationär), Adaptionsangebote und ambulante sowie stationäre Teilhabeangebote wie betreutes Wohnen etc.,

- Beratung und Behandlung im medizinischen System, d.h. primär auf die individuelle Suchtstörung ausgerichtete medizinische und psychosoziale Hilfen wie Suchtberatung, akute (notfall-) medizinische Behandlung, Entgiftungs- und Entzugsbehandlung, ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlung, Adaptions- und Nachsorgeangebot, Substitutionsbehandlung etc.
- Beratung durch Reha-Träger,
- Betriebliche Beratung und Wiedereingliederung,
- Beratung und Maßnahmen zur Teilhabe.

Hinzu kommen in der Zuständigkeit des Landes der Maßregelvollzug und die Beratung, Behandlung und Unterstützung suchtkranker Menschen im Justizvollzug und durch das Entlassmanagement.

Ambulante mit Landesmitteln unterstützte Suchthilfe in Niedersachsen

Das Land unterstützt die Kommunen in der Suchthilfe u.a. im Rahmen der „freiwilligen sozialen Leistungen“ durch anteilige Finanzierung der Fachstellen für Suchtprävention und Suchthilfe, der Präventionsfachkräfte und der psychosozialen Begleitung substituierter drogenabhängiger Menschen, sowie durch die Durchführung von Modell- und Forschungsprojekten und die institutionelle Förderung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen.

In den Jahren 2013 bis 2017 wurden jährlich insgesamt zwischen 7.6 Mio. Euro und 7.8 Mio. Euro an Landesmitteln zur Verfügung gestellt.

Prävention

In Niedersachsen gibt es eine Vielzahl gesundheitsfördernder und suchtpreventiver Maßnahmen, die mit unterschiedlichen Inhalten von unterschiedlichen Akteuren durchgeführt werden.

Mit Landesmitteln gefördert werden an den Fachstellen

Der Weg durch das Suchthilfesystem (ohne Maßregelvollzug, Justiz und präventive Angebote)			
Kontakt	Entzug/Entgiftung	Entwöhnung	Nachsorge/ Wiedereingliederung
Ambulant	Ambulant	Ambulant	Ambulant
75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (FSS) Klinikambulanzen Hausärzte/FÄ Fachambulanzen Gesundheitsämter Selbsthilfegruppen Betriebliche Suchtberatung Servicestellen der Rehaträger	Niedergelassene Ärzte, Fachärzte Fachambulanzen	Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (FSS) mit Anerkennung der Kostenträger Psychotherapeutische Praxen Selbsthilfe	Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (FSS) Klinikambulanzen Selbsthilfe (ca. 750 Gruppen) Betriebliche Suchtberatung Stellen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben Psychosoziale Beratungsstellen Servicestellen der Rehaträger Niedergelassene Ärzte, Fachärzte
Stationär	Stationär	Stationär	Stationär
Notaufnahme Med. Behandlung	Psychiatrische und andere Kliniken	Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen, Psych. Kliniken Reha/Suchtkliniken Forensische Kliniken (35 stationäre Einrichtungen sind Mitglied der NLS)	Wohngemeinschaften Betreute Wohnformen

für Suchtprävention und Suchthilfe anteilig 20 Präventionsfachkräfte und 24 Glücksspiel-Präventionsfachkräfte sowie die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, welche die Präventionsaktivitäten koordiniert und dokumentiert, neue Programme entwickelt und die Fachkräfte fachlich fortbildet. An 13 Fachstellen in Niedersachsen wird z.B. das „HALT“ Projekt (Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen HaLT = Hart am Limit) umgesetzt.

In den Jahren 2013 bis 2017 wurden jährlich in Niedersachsen ca. 3600 suchtpreventive Maßnahmen von den Präventionsfachkräften durchgeführt. Damit wurden zwischen 84 000 und 68 000 Menschen erreicht, sowohl Endadressatinnen und -adressaten als auch Multiplikatoren und Multiplikatorinnen.⁹

Die „Nachfrage“ nach suchtpreventiven Angeboten übersteigt seit Jahren die Kapazitäten der Präventionsfachkräfte.

Fachstellen für Sucht und Suchtprävention

Das Land fördert an 75 Standorten in Niedersachsen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention mit einem Anteil von ca. 20% auf der Basis einer Förderrichtlinie. Die Fachstellen orientieren sich an den regionalen Bedarfen und führen Prävention, Beratung und Behandlung, Therapie und Rehabilitation sowie nachgehende Beratung und Integrationshilfen durch. Sie sind zu nahezu 100% Teil des sozialpsychiatrischen Verbundes und arbeiten mit den vor Ort relevanten Kooperationspartner*innen zusammen. Die Fachstellen sind Anlaufstellen für riskant, missbräuchlich oder abhängig Konsumierende und Menschen mit nicht-stoffbezogenen Suchtproblemen, sowie für Angehörige und weitere Bezugspersonen von Betroffenen. Die Beratungsstellen bieten von präventiven, anonymen, kostenlosen Unterstützungsleistungen bis zur ambulanten Therapie und Nachsorge eine Vielzahl bedarfsgerechter Unterstützungsleistungen.

In den 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention waren im Durchschnitt niedersachsenweit jährlich 550 Fachkräfte beschäftigt, dies sind ebenfalls

⁹Dr. Weissinger, Fachverband Sucht, Vortrag Nds. Suchtkonferenz 2018, Dokumentation auf der Homepage des MS, www.ms.niedersachsen.de

⁹Jahresberichte der NLS, www.nlls.de

im Durchschnitt 7,5 Beschäftigte pro Fachstelle. Die Fachkräfte haben 2017 einen durchschnittlichen Betreuungsschlüssel von 1:124 Personen. 2013 war der Betreuungsschlüssel noch 1:116, d.h. es kommen immer mehr Ratsuchende auf eine Fachkraft. Entsprechend der Förderrichtlinie sind in den Fachstellen mindestens Fachkräfte mit folgenden Qualifikationen vertreten: sozialarbeiterische / sozialpädagogische Qualifikation, psychologische/ psychotherapeutische Qualifikation, ärztliche Qualifikation. Hinzu kommen Verwaltungskräfte und weitere Fachkräfte wie z.B. Arbeits- Ergo- und Sozialtherapeutinnen/ten, Pädagogen/innen.

In den Jahren von 2013 bis 2017¹⁰ wurden von den Fachstellen für Suchtprävention und Suchthilfe pro Jahr zwischen 43.000 und 44.584 Menschen ambulant betreut. Beratungskontakte wurden jährlich zwischen 61.932 und 68.260 erfasst, therapeutische Kontakte von 665.725 bis zu 1 Mio. pro Jahr.

Im Jahr 2013 wurden 5.446 substituierte drogenabhängige Menschen beraten und begleitet. 2017 betrug die Anzahl der substituierten Personen in der Beratung 5.208, wobei sich die Anzahl der Kontakte von 2016 von 100.700 auf 124.000 im Jahr 2017 erhöhte. Dies spricht dafür, dass die Betreuung aufgrund leicht reduzierter Fallzahlen dem Bedarf entsprechend intensiviert werden konnte.

Von den Ratsuchenden befanden sich ca. 40% noch im Erwerbsleben, wobei ein Drittel der Klientinnen und Klienten nicht über einen Berufsabschluss verfügte.

Jede/r zweite Ratsuchende kam auf direktem Wege und ohne Vermittlung in die ambulante Beratung. Der Anteil der unter 20-jährigen lag unter 10%.

Circa 62% der Ratsuchenden der Jahre 2013 bis 2017 berichteten über eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung.

In der Region Hannover werden 10 Fachstellen für Suchtprävention und Suchthilfe in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände mit Landesmitteln unterstützt.

Ausblick

Mit diesen Zahlen möchte ich den „unvollständigen“ Einblick in ein komplexes System beenden und Sie abschließend über zwei aktuelle Entwicklungen informieren:

- Die „AG Sucht“ der Länder ist damit beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften ein Konzept zur „Optimierung der Hilfestrukturen bei Abhängigkeitserkrankungen“ zu erarbeiten.
- In Niedersachsen hat am 23.10.2019 zum zweiten Mal der ressortübergreifende Landesfacharbeitskreis getagt, der den Auftrag hat, das suchtpreventive Konzept des Landes aus dem Jahre 2008 zu überarbeiten.

Die Förderung der Suchthilfe durch die Region Hannover Strukturen und Schwerpunkte

von Uwe Blanke (Psychiatriekoordinator und Drogenbeauftragter, Region Hannover)

Franck Hauschild und Daniela Yvonne Simon (Region Hannover – Team zentrale Fachbereichsanlagen und Wohnraumförderung 50.08)

Einleitung

Die Struktur der Förderung der Suchthilfe ist historisch im Sozialsystem gewachsen und reicht weit zurück in die Zeiten vor der Entstehung der Region Hannover. Der entscheidende Meilenstein war die Anerkennung der Abhängigkeitserkrankungen als Krankheit im Jahr 1968 durch das Bundessozialgericht. Daran anschließend entstanden die bis heute gültigen Zuständigkeitsregeln für die gesetzlichen Krankenversicherungen und die Rentenversicherungen in Bezug auf die Krankenbehandlungen und die sich ggfs. anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Leistungen der Kommunen, und damit auch die der Region Hannover, sind im Suchthilfesystem nachrangig. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Leistungen, zu denen eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Leistungen der Eingliederungshilfe, z.B. ambulant betreutes Wohnen, Besuch einer Tagesstätte) und den freiwilligen Leistungen, die die Region Hannover darüber hinaus auf der Basis politischer Beschlüsse im Rahmen von Zuwendungen fördert. Letztere werden in diesem Artikel beschrieben.

Parallel und teilweise ergänzend dazu bestehen eigene Förderstrukturen der Landeshauptstadt Hannover. Im Vergleich zeigt sich, dass sowohl in den Schwerpunktsetzungen als auch im Einsatz der finanziellen Mittel eine hohe Deckungsgleichheit zwischen der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover besteht. Auch zeigen sich im Vergleich mit ähnlich großen Kommunen sehr hohe Übereinstimmungen in der Struktur und Qualität der Suchthilfeangebote (z.B.: Suchtbericht der Stadt Köln (6)).

An erster Stelle stehen in der Behandlung und in der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen die Leistungen der Krankenversicherungen und der Rentenversicherungen. Im Vorfeld dazu, d.h. in der Präventionsarbeit und in der Beratung von Hilfesuchenden oder der ihnen nahestehenden Menschen, kommen ergänzend die Leistungen der Kommunen und des Landes Niedersachsen zum Tragen. Außerdem sind die kommunalen Leistungen immer dann gefordert, wenn die Möglichkeiten der ärztlichen Behandlung sowie der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ausgeschöpft sind, jedoch weiterer Hilfebedarf besteht.

„Die Struktur der Förderung der Suchthilfe ist historisch im Sozialsystem gewachsen und reicht weit zurück in die Zeiten vor der Entstehung der Region Hannover. Der entscheidende Meilenstein war die Anerkennung der Abhängigkeitserkrankungen als Krankheit im Jahr 1968 durch das Bundessozialgericht. Daran anschließend entstanden die bis heute gültigen Zuständigkeiten ...“

Schwerpunkte und Strukturen

Das geplante Gesamtvolumen der Förderung durch die Region Hannover beträgt im Jahr 2020 insgesamt 2.148.572 € und verteilt sich auf fünf Schwerpunkte:

1. Fachstellen für Sucht und Suchtprävention

Mit einem Fördervolumen von 1.272.533 € werden die durch das Land Niedersachsen anerkannten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gefördert. Die Richtlinie des Landes Niedersachsen (5) fordert von diesen Fachstellen, dass sie als Mitgliedsorganisationen des Sozialpsychiatrischen Verbundes ein möglichst breites Spektrum an Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangeboten für Abhängigkeitserkrankungen vorhalten. Der „1. Bericht über die Arbeit der Fachstellen in der Region Hannover“ (1) hat deutlich gemacht, dass diese Anforderung umfassend erfüllt wird.

2. Spezielle Zielgruppen

Mit einem Volumen von 704.288 € fördert die Region Hannover die Arbeit mit besonderen und damit schwer erreichbaren Zielgruppen. Hierbei handelt es sich um Menschen, die auf Grund ihrer speziellen Suchtproblematik (z.B. illegale Drogen, Substitutionsbehandlungen) in Verbindung mit ihrer sozialen Situation (z.B.: Wohnungslosigkeit, Migrationshintergrund, Prostitutionsmilieu) hochspezialisierte Kenntnisse und Zugangsweisen (z.B.: aufsuchende Straßensozialarbeit) erfordern.

3. Spezielle Themen

Mit Mitteln in Höhe von 94.755 € werden Leistungserbringer gefördert, die beispielsweise Unterstützung und Beratung bei exzessivem Medienkonsum anbieten oder die besondere Arbeitsplätze für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen vorhalten.

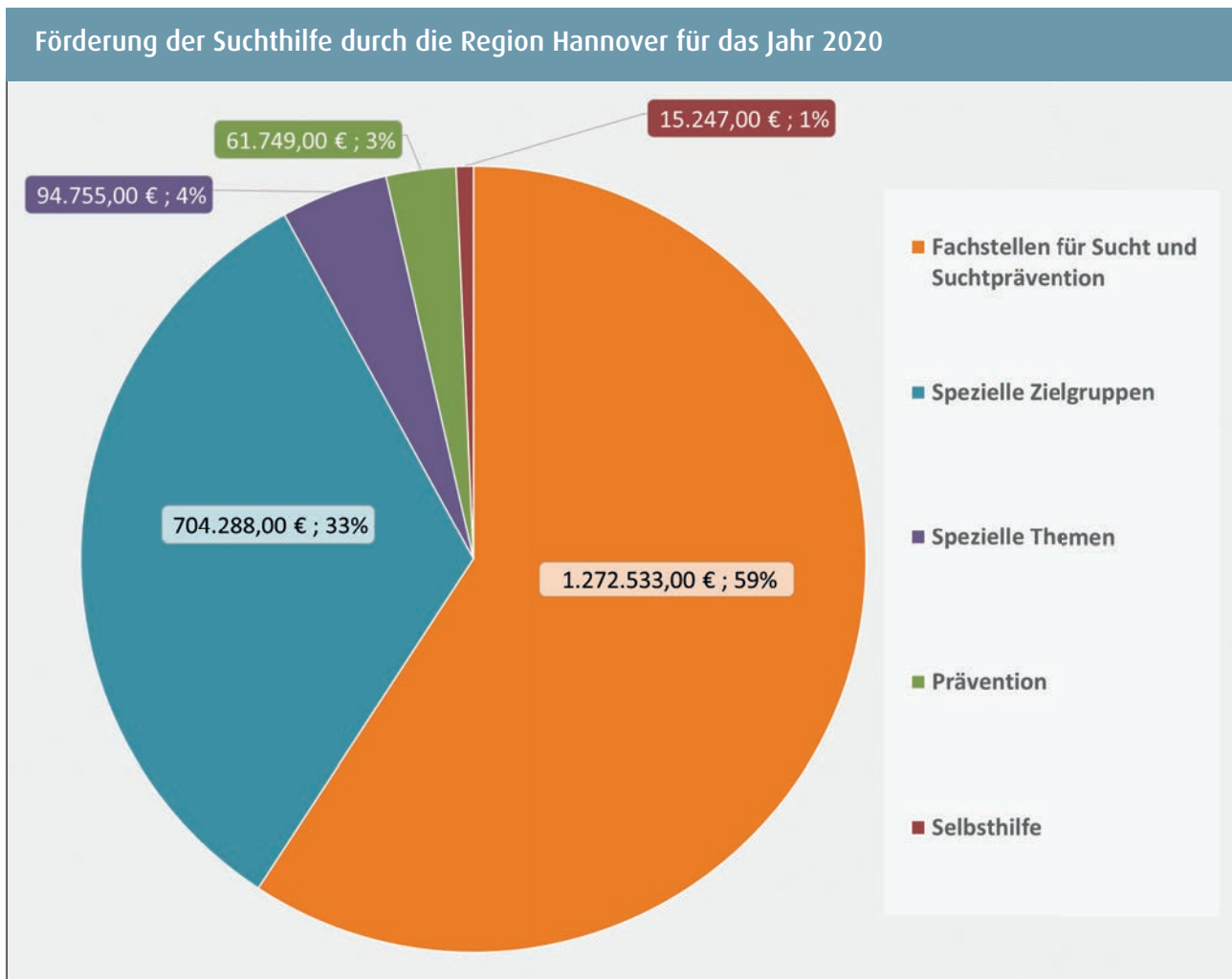
4. Prävention

Ergänzend zu den präventiven Aufgaben der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention fördert die Region Hannover mit einem Volumen von 61.749 € weitere Präventionsangebote anderer Leistungserbringer.

5. Selbsthilfe

Die Selbsthilfe spielt traditionell in der Suchtkrankenhilfe eine starke Rolle. Hierfür erfolgt eine Förderung in Höhe von ca. 15.247 €.

¹¹ebenda



Weitere Förderungen und andere Finanzierungen durch die Region Hannover

Im Fachbereich Soziales (50) werden außerdem Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe über Zuwendungen gefördert, die einen Fokus auf der Arbeit mit Suchtkranken haben (Übergangseinrichtung Bachstr. – STEP gGmbH, U.D.O. Unterkunft für Drogenabhängige Obdachlose in Hannover – Johanniter Unfallhilfe).

Der Fachbereich Jugend (51) gewährt Zuwendungen für zwei Angebote für Kinder, Jugendliche und deren Familien zur Prävention und Beratung bei exzessivem Medienkonsum.

Der Fachbereich Gesundheit (53) fördert mit der Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich KIBIS die Arbeit der Selbsthilfe. KIBIS bietet in der Region Hannover ca. 130 Selbsthilfegruppen mit suchtspezifischen Themen an.

Außerdem wird durch den Fachbereich Soziales (50) die Suchtberatung gem. § 16a Nr. 4 SGB II finanziert. Bei dieser Suchtberatung handelt es sich um eine Eingliederungsleistung für erwerbsfähige Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, die bei der Eingliederung in Arbeit und damit bei der Überwindung des Leistungsbezuges unterstützen soll.

Fazit:

In der Region Hannover besteht ein differenziertes Angebot der Suchtmedizin und der Suchthilfe, das den aktuellen Standards entspricht (2), (3), (4). Die Leistungen der Region Hannover zielen darauf ab, den Einwohnerinnen und Einwohnern mit Abhängigkeitserkrankungen und ihren Angehörigen Zugang zu den Leistungen zu ermöglichen, die sie dabei unterstützen, ein möglichst unabhängiges Leben von stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankungen führen zu können. Die Leistungs-

erbringer müssen qualifiziert und bereit sein, auf die sich stetig verändernden Suchtformen und -mittel reagieren zu können und ihre Angebote passgenau weiterzuentwickeln. Dies ist bisher in der Region Hannover gut umgesetzt worden.

Quellen:

¹Bericht über die Daten der Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention in der Region Hannover mit 3-jähriger Vereinbarung – für den Zeitraum 2015 – 2016, Region Hannover

²Drogen- und Suchtbericht – 2019; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin 2019

³Europäischer Drogenbericht 2019 – Trends und Entwicklungen; Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon 2019

⁴Jahrbuch Sucht 2019; Hrsg.: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Pabst-Verlag Lengerich 2019

⁵Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention - RdErl. d. MS v. 26.10.2015 - 403.5-41543-1.3.1 (Nds. MBl. Nr. 43/2015 S. 1380) - - VORIS 21069

⁶Stadt Köln: Kölner Suchtbericht 2016 – Sachstand und Ausblick 03.2016

Gutes besser machen: Entwicklungen und Perspektiven aus der Sicht der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention

von Torsten Köster

(Fachabteilungsleiter, STEP gGmbH)

Randolph Pleske

(Abteilungsleiter, Diakonisches Werk Hannover gGmbH)

Astrid Grube-Thielker

(Dipl. Psychologin, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Burgdorf Diakonieverband Hannover Land)

Thomas Tschirner

(Einrichtungsleiter, DroBeL / Lehrte) und

Frank Blessmann

(Psychologischer Psychotherapeut
Caritasverband Hannover e.V.)

Erwartungen

Die Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention in der Region Hannover sind ein wichtiger Bestandteil des Sozialpsychiatrischen Hilfs- und Versorgungssystems. Kaum ein Bereich der Sozialpsychiatrie wird von sich sagen können, dass das Phänomen Sucht und Abhängigkeit, in seinem Tätigkeitsbereich keine Rolle spielt. Aber nicht nur in der Sozialpsychiatrie, sondern vielmehr in allen gesellschaftlichen Bereichen

taucht das Thema Sucht auf. Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sind häufig erste Anlaufstellen sobald Sucht sichtbar und problematisch wird. Dann werden sehr unterschiedliche Erwartungen an die Beratungsstellen herangetragen:

- Betroffene erhoffen sich Information, Hilfe und Unterstützung (medizinische, sozialarbeiterische, seelsorgerische, sachliche).
- Angehörige suchen Entlastung und Rat, wollen häufig „einfach“ nur, dass ihre Angehörigen nicht mehr saufen, kiffen, koksen, drücken, daddeln, rauchen, surfen
- Schulen erwarten Unterstützung im Bereich Suchtprävention bei ihren Schülern.
- Betriebe erwarten Angebote im Bereich ihres betrieblichen Gesundheitsmanagements.
- Leistungsanbieter im Bereich Bildung, Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie erwarten fachliche Unterstützung und ihre Angebote flankierende Maßnahmen und Therapien.
- Die Öffentlichkeit erwartet, dass die Suchthilfe „das Problem Sucht“ so löst, dass man es nicht mehr sieht, das es nicht mehr stört und belästigt.
- Kosten und Leistungsträger erwarten fachliche, qualitätsgesicherte, innovative und vielfältige Angebote im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots.

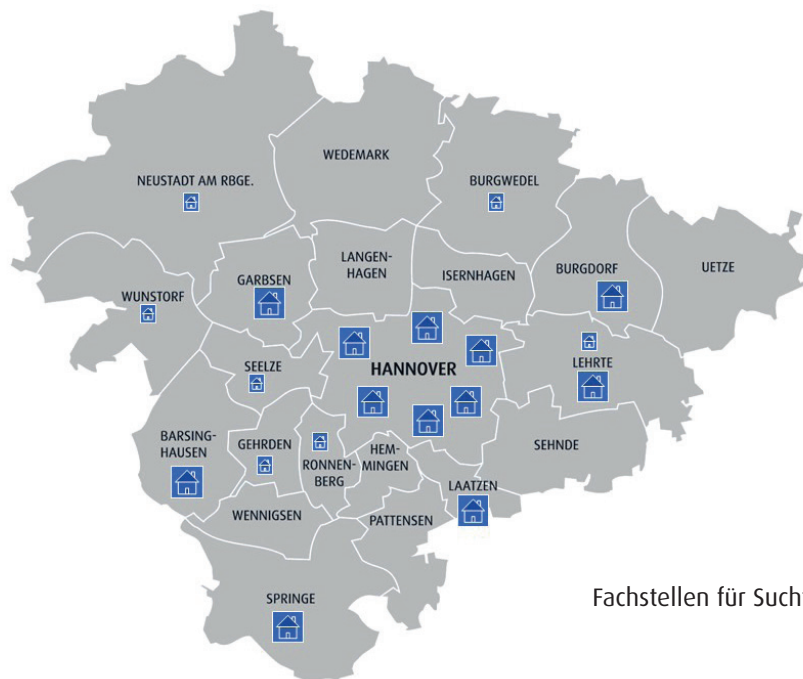
Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sind gefordert. ihre Aufgaben auf dem modernsten Stand suchttherapeutischer, psychiatrischer und neurobiologischer Erkenntnisse umzusetzen sowie alle Arbeitsabläufe im Rahmen eines Qualitätsmanagements fortlaufend zu optimieren. Dies ist durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sowie Auditierungen und Zertifizierungen im Qualitätssystem gewährleistet.

Angebote

Die Angebote der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention richten sich an folgende Zielgruppen:

- Alle Menschen, die Suchtmittel konsumieren und/oder substanz- oder verhaltensbezogene gesundheitliche Auffälligkeiten oder Störungen aufweisen
- Risikogruppen / Gefährdete
- Familienangehörige und sonstige Bezugspersonen- und Systeme
- Fachkräfte bzw. Kooperationspartner*innen, regionale Verbände / Netzwerke Multiplikatoren*innen

Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in der Region Hannover



- Entscheidungs- und Leistungsträger, Politiker*innen
- Öffentlichkeit

Die Angebote der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention lassen sich grob unterteilen in die folgenden Bereiche:

- Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Berichte, Veranstaltungen, Tagungen)
- Prävention (in Kindergärten, Schulen, Bildungseinrichtungen und Betrieben)
- Beratung (im Rahmen von offenen Sprechstunden und mit Terminvereinbarungen, in Außenstellen, in kooperierenden Einrichtungen, aufsuchend) für Betroffene, Angehörige und Multiplikatoren
- Vermittlung (in weiterführende oder fachlich anders ausgerichtete Angebote)
- Betreuung (langfristige Orientierung)
- Behandlung (ambulante medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen)
- Nachsorge (nach vorheriger tagesklinischer oder stationärer Behandlung)
- Unterstützung und Förderung der Selbsthilfe
- Organisation, Durchführung und Teilnahme an Arbeitskreisen und Gremien

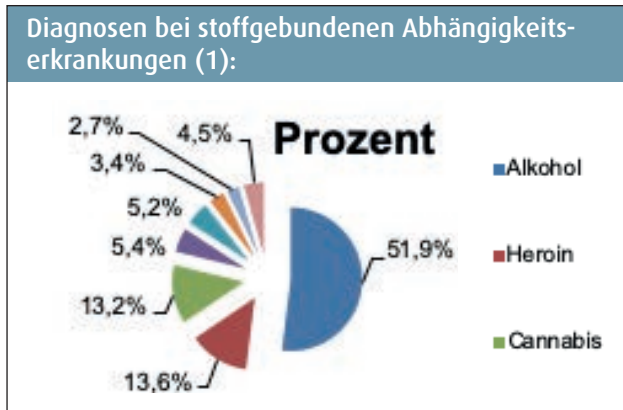
Jedes Angebotssegment wird in Form verschiedener Maßnahmen und Settings vorgehalten, wendet sich damit an unterschiedliche Zielgruppen und verfolgt vielfältige und individualisierte Zielsetzungen. In den Angeboten kommen unterschiedliche, zum Teil evaluierte Konzepte zur Anwendung.

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention füllen die Rolle des „Brückenbauers“ in einem komplexen regionalen Hilfesystem aus und sind wichtiger Ansprechpartner für verschiedenste Institutionen und Personen.

Problemlagen

Nichterreichung von Menschen mit Hilfebedarf
Trotz Bemühen einer niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeit finden nur 10-25 % der Suchtkranken den Weg in das Suchthilfesystem. Dieser Umstand ist einerseits des fortwährenden gesellschaftlichen Stigmas einer Suchterkrankung geschuldet, andererseits fehlt es zum Teil auch an der Akzeptanz der traditionellen Angebote der Fachstellen durch die Betroffenen.

Anzahl der betreuten Personen (1):		
	Anzahl	Prozent
Männlich	2439	70,1%
Weiblich	1041	29,9%
Gesamt	3480	100,0%



Mehr Leistung für weniger Geld

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sehen sich in der Pflicht, immer mehr Angebote und Leistungen vorzuhalten bei einer zunehmend enger werdenden Finanzierung. Personalkosten steigen, die Anforderungen an Qualität nehmen zu und die Hilfeangebote müssen flexibler und individueller gestaltet werden.

Nachfrage und Bedarf an Präventionsveranstaltungen

Einzelne Fachstellen für Sucht und Suchtprävention erhalten über das Land Niedersachsen eine zusätzliche Förderung für den Einsatz von Präventionsfachkräften. Diese Fachstellen sehen sich konfrontiert mit einer hohen Nachfrage, insbesondere von Schulen aber auch von Kindergärten, Einrichtungen der Jugendhilfe u.v.a.m., was in der Folge zu langen Wartezeiten von zum Teil einem Jahr für die Durchführung von Veranstaltungen führt. Alle Fachstellen für Sucht und Suchtprävention bedienen die Nachfrage nach Präventionsveranstaltungen aller Art und in verschiedenen Handlungsfeldern. Trägerübergreifend müssen wir jedoch feststellen, dass die bereitgestellten Ressourcen nicht ausreichen, die Bedarfe angemessen zu bedienen, ohne die anderen Aufgaben zu vernachlässigen. Zum Zwecke der gezielten Förderung der Präventionsarbeit benötigen wir eine verbesserte Finanzierung dieses Tätigkeitsbereichs.

Zunehmende Komplexität von Störungsbildern

Die Komplexität und die funktionalen Zusammenhänge von Sucht und psychischen Störungen (Komorbidität) werden Untersuchungen zufolge zunehmend problematischer. Die Fachstellen stehen vor der Herausforderung, dafür entsprechende Hilfestellungen anzubieten. Der Bedarf an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen steigt und muss ebenfalls von den Suchtberatungsstellen finanziert und getragen werden.

Konkurrenzdruck

In den letzten Jahren haben verstärkt Krankenhausbetriebe eine Expansion in die klassischen ambulanten Aufgabengebiete der Suchtberatung und -behandlung hinein betrieben, ohne hier mit niedergelassenen Ärzten konkurrieren zu müssen, sog. suchtmmedizinische ambulante Versorgungen. Diese institutionalisierten Betriebe können die klassische Sozialarbeit vor Ort, die Vernetzung mit anderen Hilfen, z. B. Schuldnerberatungen, Jugendhilfen u. ä., die soziale und berufliche Rehabilitation, die pädagogische Betreuung von Kindern, die Betreuung von Angehörigen, die Synergien von Wohlfahrtsverbänden usw. nicht vorhalten. Sie arbeiten relativ abgeschottet im eigenen System und müssen dennoch als Mitbewerber betrachtet werden.

„Die Suchthilfe steht vor immer eklatanter werdenden Versorgungslücken und einem gravierenden Fachkräftemangel ... Bei einem zunehmenden Anspruch nach hoch qualifizierten Mitarbeitern wird es für Leistungserbringer angesichts gedeckelter Ressourcen, belastender Arbeitsbedingungen und fehlender gesellschaftlicher Anerkennung für das Arbeitsfeld immer schwerer, diese zu finden.“

Stigmatisierung

Das Sucht eine Krankheit ist, ist in vielen Teilen der Bevölkerung noch nicht angekommen. Vorurteile und Ausgrenzung sorgen für eine weiter anhaltende Stigmatisierung. Negative Berichterstattung durch die Presse (Junkies, Trinker usw.) fördert die anhaltende Fremd- und Selbststigmatisierung.

Fachkräftemangel

Die Suchthilfe steht vor immer eklatanter werdenden Versorgungslücken und einem gravierenden Fachkräftemangel. Damit ist die adäquate regionale Grundversorgung der suchtgefährdeten bzw. suchterkrankten Menschen und ihrer Bezugssysteme stark gefährdet. Bei einem zunehmenden Anspruch nach hoch qualifizierten Mitarbeitern wird es für Leistungserbringer angesichts gedeckelter Ressourcen, belastender Arbeitsbedingungen und fehlender gesellschaftlicher Anerkennung für das Arbeitsfeld immer schwerer, diese zu finden.

Vernachlässigte Zielgruppen

Jedes sechste Kind in Deutschland wohnt mit mindestens einem suchtkranken Elternteil zusammen. In jeder dritten Familie mit mindestens einem suchtkranken Elternteil kommt es des Weiteren zu körperlicher Gewalt und Vernachlässigung der Kinder. Gleichwohl erfährt diese vernachlässigte Zielgruppe vom Suchthilfesystem und auch anderen Hilfesystemen zu wenig Beachtung. Hier bedarf es einer gezielten Förderung besonderer Projekte, um neue Zugangswege zu betroffenen Kindern und deren Familien zu finden.

Fazit

Legalisierte Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Medikamente) verursachen seit Jahrzehnten in Deutschland den größten gesundheitlichen- und volkswirtschaftlichen Schaden. An den Folgen des Alkohol- oder Tabakkonsums sterben weitaus mehr Menschen (ca. 121.000 Todesfälle durch Tabakkonsum 2013, ca. 74.000 Todesfälle durch Alkoholkonsum) als beispielsweise am Konsum von Drogen (1.333 drogenbedingte Todesfälle 2016).

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in der Region Hannover bieten wohnortnah Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtkranke und mitbetroffene Menschen an.

Im Bereich der präventiven und zieloffenen Suchtarbeit benötigen die Suchtberatungen finanzielle und personelle Ressourcen, um diese wichtigen Angebote weiter zu entwickeln und zu etablieren. Der Ausbau solcher und weiterer zusätzlicher Angebote bietet die Chance, Menschen mit riskanten Konsumformen frühzeitig zu erreichen und Verhaltensveränderungen zu unterstützen, ehe sich Gewohnheiten zu Abhängigkeiten verfestigen. Wir wollen eine Ausweitung niedrigschwelliger Zugangswege zum Suchthilfesystem erreichen. Wichtig dabei sind der Verzicht auf Etikettierungen, Stigmatisierungen, Festschreibungen, die Verbesserung der Kompetenzen im Umgang mit Gesundheitsfragen und eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit.

Kinder und suchtkranke Eltern (1):	
Schwangerschaft in der aktuellen Betreuung/Behandlung	20
eigene minderjährige Kinder	905
minderjährige Kinder im Haushalt (der/s Klientin/en) insgesamt	551
minderjährige eigene Kinder im Haushalt (des Klienten) insgesamt	463
nicht im Haushalt (des Klienten) lebende minderjährige eigene Kinder	374
davon bei anderem Elternteil	236
davon in öffentlicher Erziehungseinrichtung	15
davon bei Großeltern	16
davon in Pflegefamilien	43
davon in öffentlicher Erziehungseinrichtung	15
davon im eigenen Haushalt (des Kindes)	5
davon an sonstigen Aufenthaltsorten	8

Die Fachstellen setzen sich dafür ein, Vorbehalte und Stigmata gegenüber Suchtmittelabhängigen abzubauen. Menschen, die Suchtmittel missbrauchen bzw. davon abhängig sind, sind in jeder Hinsicht gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten und Pflichten. Ihre Menschenwürde ist bei jeglicher Art der Kommunikation und Hilfe zu achten, und es ist ihnen mit Respekt zu begegnen.

Ziel der Angebote und Leistungen der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention ist es die Teilhabe an Arbeit, am Wohnen und am Leben in der Gemeinschaft zu verbessern. Die Fachstellen sind oft eine erste Anlaufstelle, bieten aber auch längerfristig unterstützende, vermittelnde, beratende und behandelnde Angebote für Betroffene und deren Angehörige bzw. Bezugssysteme an.

Damit die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention den aktuellen und künftigen Herausforderungen in der Region Hannover gerecht werden können, müssen die personellen und wirtschaftlichen Voraussetzungen kontinuierlich angepasst und verbessert werden. Nur so ist es möglich, bedarfsgerechte Angebote aufrecht zu erhalten und weiter zu entwickeln.

(1) Gemeinsame Auswertung des KDS (Kerndatensatz Sucht) 2018 der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in der Region Hannover
 Caritasverband Hannover e. V. Fachstelle Garbsen
 Caritasverband Hannover e. V. Fachstelle Hannover
 DroBeL, Lehrte
 Diakonieverband Hannover-Land Fachstelle Burgdorf und bis 31.12.2018 auch Fachstellen Laatzen und Springe
 Neues Land e. V., Hannover
 Prisma gGmbH, Hannover
 Diakonisches Werk Hannover gGmbH Fachstelle Hannover und ab 01.01.2019 auch Fachstellen Laatzen und Springe
 STEP gGmbH Fachstelle Barsinghausen
 STEP gGmbH Drobs, Hannover
 STEP gGmbH FAM, Hannover

Abhängigkeitserkrankungen in der Praxis niedergelassener Psychiater

von Dr. med. Greif Sander

(Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Hannover)

„Sucht ist kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland. Mit dem Begriff Sucht sind nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch)“.

Lage in Deutschland

Mit der oben zitierten Formulierung beschreibt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Mai 2019 die Problematik des Suchtmittelkonsums in Deutschland: 12 Millionen Raucher, 1,6 Millionen Alkoholabhängige und 2,3 Millionen Medikamentenabhängige, 0,6 Millionen Menschen mit einem problematischen Cannabis- und Drogen-Konsum, 0,5 Millionen Menschen mit pathologischem Glücksspiel und 0,56 Millionen Online-Abhängige.

Auch wenn man aus psychiatrisch-suchtmedizinischer Sicht den Formulierungen des Ministeriums aufgrund von Unschärfen und Pauschalisierungen nur begrenzt folgen mag, können obige Zahlen als guter Ausgangspunkt dienen, um zu analysieren, ob und wie sich diese gesellschaftliche Verteilung im Patientenklientel einer psychiatrischen Facharztpraxis abbildet. Zunächst einmal sind die Patienten mit Abhängigkeitsdiagnosen in der gängigen psychiatrischen Diagnosenklassifikation (ICD-10- Kapitel F 1) neben den affektiven Erkrankungen die größte Patientengruppe. Interessenthaler seien zudem die Zahlen des BMG einmal prozentual auf die Bevölkerung von 82 Millionen Menschen in Deutschland umgerechnet: Raucher 14,6 %, Alkoholabhängige 1,9 %, Medikamentenabhängige 2,8 %, Cannabis- und Drogen 0,7 %, Glücksspiel 0,6 %, Online 0,68 %.

Blick in die Facharzt-Praxis

Wie sieht es nun rein zahlenmäßig in der psychiatrischen Facharztpraxis aus? Als Basis dazu wird eine

Psychiatrische Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt auf der allgemeinpsychiatrischen Versorgung genommen, die aus drei vollzeitig tätigen Fachärzten besteht und in zentraler Stadtlage einer deutschen Großstadt (Hannover, 538 000 Einwohner) liegt. Die Statistik für das Jahr 2018 weist eine Gesamtanzahl von Patienten von über 9000 aus, die Gesamtanzahl der Patientenkontakte liegt naturgemäß erheblich darüber.

„Die aus psychiatrischer Sicht größte Problematik der Abhängigkeits-erkrankungen ist jedoch die unveränderte gesellschaftliche Stigmatisierung.“

Welche Abhängigkeitsdiagnosen wurden in unserer Praxis behandelt?

- An 6. Stelle (mit 3,9 % bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten in 2018) in der Diagnosenstatistik taucht die Opiatabhängigkeit (ICD-10 F 11.2) auf.
- An 9. Stelle findet sich die Alkoholabhängigkeit,
- an 23. Stelle der Alkoholmissbrauch,
- an 25. Stelle die Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F 10.2 mit 3,04 %, F 10.1 mit 0,98 % und F 17.2 mit 0,88 %).
- Die Medikamentenabhängigkeit (F 13.2) findet sich an Stelle 27 mit 0,75 %,
- Cannabis-Missbrauch und Abhängigkeit (F 12.1 und F 12.2) finden sich an Stelle 29 und 37 mit 0,69 % und 0,41 % wieder,
- die Glücksspielabhängigkeit steht mit 0,22 % an 57. Stelle (F 63).

Betrachtet man die reinen Zahlen - unter Beachtung des Schwerpunktes Substitution einer der Fachärzte der Praxis - müssen die ersten beiden in der Statistik auftauchenden Diagnosen in ihrer Position in der Diagnosestatistik der Praxis relativiert werden. Sowohl die Diagnose Opiatabhängigkeit als vermutlich auch die Diagnose Alkoholabhängigkeit beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Klientel der Substitutionsambulanz. Es bleibt also festzustellen, dass Abhängigkeitsdiagnosen jeweils nicht einmal bei 1 % der Patienten diagnostiziert werden.

Abhängigkeit und Begleiterkrankungen

Neben den gravierenden körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen ist der problematische Alkohol-

konsum im psychiatrischen Bereich eine der häufigen komorbiden Störungen (Begleiterkrankungen) bei allen anderen psychiatrischen Diagnosen, was für die Abhängigkeitserkrankungen insgesamt gilt.

Warum aber finden sich in der psychiatrischen Praxis diese Diagnosen scheinbar nur bei weniger als jedem 10. Patienten? Liegt das an den Be-

troffenen selber, liegt das an den Behandlern oder am Hilfesystem oder gibt es noch andere mögliche Faktoren?

Aus Sicht der Betroffenen kämen z. B. als Hürden zum Zugang in die psychiatrische Praxis ein subjektiv fehlender psychiatrischer Hilfebedarf in Frage, ein Mangel an Wissen über psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung oder aber den Zugang zum Hilfesystem in Frage.

Aus Behandlersicht kämen Faktoren wie mangelnde Behandlungsangebote aus Gründen der Rahmenbedingungen im kassenärztlichen System oder mangelnde Behandlungsangebote aus subjektiven Faktoren der Behandler in Frage.

Aus Sicht des Hilfesystems Hürden in Vernetzung mit den psychiatrischen Praxen der kassenärztlichen Versorgung, mangelhaftes Wissen über ambulante psychiatrische Angebote vor Ort oder andere Erwartungen an die ambulante psychiatrische Versorgung in Frage .

Fehlende Tradition

Im medizinisch-psychiatrischen System hat die Behandlung von Abhängigkeiten keine Tradition. Erst mit Implementierung des Diagnosesystems des ICD-10 Anfang der 90er Jahre gibt es ein eigenes Kapitel für die Diagnosen der Abhängigkeitserkrankungen. Auch wenn sich seit dieser Zeit die Psychiatrie in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erheblich weiterentwickelt hat und Forschung und Lehre sich z. B. mit der Vorlage von aktuellen Behandlungsleitlinien nicht von anderen medizinischen oder psychiatrischen Fächern unterscheidet, gibt es weitere der gesellschaftlichen Sichtweise auf Abhängigkeiten geschuldete Besonderheiten. So gibt es mehrere un-

terschiedliche Kostenträgerstrukturen, was bereits per se zu Unverständlichkeit bei den Betroffenen und zu Hürden in der Vernetzung führt.

Stigma Suchterkrankung

Die aus psychiatrischer Sicht größte Problematik der Abhängigkeitserkrankungen ist jedoch die unveränderte gesellschaftliche Stigmatisierung. Rückblickend gibt es seit Beginn der Industrialisierung im 19. Jahrhundert einerseits erhebliche Probleme durch suchtmittelkonsumbezogene Erkrankungen. Andererseits liegt Deutschland mit seinem Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol im Ranking weiterhin unter den obersten 10 Ländern. Trink- und kollektive Besäufnis-Traditionen wie das Oktoberfest in München, Schützenfest-Veranstaltungen, exzessive Vatertagstraditionen sowie religiöse Zechrituale wie die alkoholische Konfirmations-Initiation für Jungen sind allgegenwärtig.

Ritualisierte öffentliche Aufklärung oder Unterricht in der Schule über die Schattenseiten, die Gefahren und vor allem die Anlaufstellen bei Problemen mit stofflichem oder nicht-stofflichem Konsum sind Mangelware. Über Menschen, die sichtbar Konsumprobleme haben, wird im günstigsten Fall gelächelt, üblicherweise weggesehen bzw. dem Betroffenen wird ex- oder implizit die Schuld für seine Probleme zugewiesen.

Welcher Betroffene aber, der sich somit auch selber schuldig und beschämt fühlt, wird eine Anlaufstelle im Hilfesystem aufsuchen oder mit einem psychiatrischen Facharzt sprechen? Es ist immer noch eine der größten Schwierigkeiten im Alltag des Psychiaters, mit den Patienten, wenn sie denn kommen, den wahren Suchtmittelkonsum zu erfassen und die Funktion des Gebrauchs der psychoaktiven Substanzen analysieren zu können.

Abschließend soll noch ein weiteres Problemfeld angesprochen werden.

Abhängigkeit per Rezept

Häufig stellen sich Patienten mit Ängsten, Schlafstörungen, Stimmungsproblemen, Anspannungszuständen oder anderen psychosomatischen Beschwerden und diffusen Schmerzen vor, die zum Teil über längere Zeit mit Medikamenten versorgt wurden, die ein hohes Abhängigkeitspotential besitzen. Dabei handelt es sich um ärztlich zu verschreibende Medikamente

wie der Benzodiazepine (z. B. Tavlor, Valium), Schlafmedikamente (sog. Z-Präparate wie Zolpidem), Antiepileptika wie Pregabalin (Lyrica), scheinbar leistungssteigernde Medikamente (wie Modafinil), schmerzstillende Medikamente (z. B. Tramadol, Oxygesic) oder frei verkäufliche Medikamente wie Hoggar Night. Die anfänglich scheinbar gute Symptomreduktion wird bei diesen Medikamenten allerdings eingekauft mit einem relativ schnellen Auftreten von Abhängigkeitssymptomen. Der hohen Verfügbarkeit, auch Verschreibungs-Verfügbarkeit, dieser Medikamente kann nur mühsam begegnet werden. Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen benötigen Zeit und eine Auseinandersetzung mit

den Symptomen, den aktuellen Rahmenbedingungen sowie der individuellen Lebensgeschichte.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Suchtmittelkonsum (Alkoholwerbung im Fernsehen, Tabakwerbung vor Schulen), die Verschleierung möglicher seelischer Probleme durch eine Selbstmedikation mit z. B. Alkohol (nach Wilhelm Busch: Wer Sorgen hat, hat auch Likör), fehlende Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, über den Zugang zum Hilfesystem, die Vernetzung im Hilfesystem selber (das sich durch die unterschiedlichen Kostenträgerstrukturen und -interessen teilweise selber behindert) sowie die anhaltende Stigmatisierung der Betroffenen sind Hürden, die einen Zugang zu einer psychiatrisch-fachärztlichen Behandlung weithin erschweren.

“Es bleibt also festzustellen, dass Abhängigkeitsdiagnosen jeweils nicht einmal bei 1 % der Patienten diagnostiziert werden ... Warum aber finden sich in der psychiatrischen Praxis diese Diagnosen scheinbar nur bei weniger als jedem 10. Patienten? Liegt das an den Betroffenen selber, liegt das an den Behandlern oder am Hilfesystem oder gibt es noch andere mögliche Faktoren?“

In die Zukunft gedacht

... bedarf die Vernetzung im Hilfesystem einer Überarbeitung der unterschiedlichen Leitlinien der unterschiedlichen Kostenträger im Sinne einer Klärung der Schnittstellen. Noch fehlende Leitlinien (der Sucht- und Drogenberatungen) müssen entwickelt und implementiert werden. Wichtige Aufgabe dabei sollte die Justierung der Angebote auf einen Standard und auf die Realität der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Entwicklung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sein.

Die „S3-Leitlinie“ zur Suchtbehandlung in der psychiatrischen Klinik – Bedarfe, Anforderungen, Auftrag und Perspektiven

von Dr. med. Claudia Wilhelm-Gößling
(Chefärztin der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie, KRH-Psychiatrie Wunstorf)

Moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Suchtmedizin bietet eine individuell ausgerichtete Behandlung, die sich nicht nur auf die jeweilige Suchterkrankung bezieht, sondern auch psychische und somatische (Begleit-)Erkrankungen berücksichtigt. Gleichzeitig erfolgt eine professionelle Unterstützung bei der Bewältigung psychosozialer Belastungsfaktoren. Neben den aktuellen Stressoren wie familiäre und partnerschaftliche Konfliktsituationen, Arbeitsplatzgefährdung oder -verlust, (drohende) Wohnungs- und Obdachlosigkeit liegen recht häufig erhebliche biografische Belastungsfaktoren oder Traumatisierungen vor. Letztere fließen oft in die aktuellen pathogenen Bedingungen ein und verstärken diese.

Am häufigsten erfolgt eine stationäre Therapie bei (multiplem) Substanzkonsum. Jedoch besteht, wenn zusätzliche komorbide Störungen die Situation verkomplizieren, auch für verhaltensbezogene Abhängigkeiten wie pathologisches Glücksspiel und in jüngerer Zeit öfter auch Medienabhängigkeit eine stationäre suchttherapeutische Behandlungsindikation.

Leitliniengestützte Suchtmedizin

Von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die sich bereits 1962 als gemeinnütziger Verein gründete, werden in Expertengremien Leitlinien entwickelt, herausgegeben und im politischen Raum vertreten. Diese Leitlinien geben auf der Basis von klinischen Studien wissenschaftlich abgesicherte Behandlungsempfehlungen. Die Abkürzung S3 steht dabei für den höchsten Qualitätsstandard.

Seit Februar 2015 legen zwei S3-Behandlungsleitlinien konsentiertes Wissen der Fachgremien zu Prävention, Diagnose und Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkohol- sowie von Tabakkonsum dar. Im folgenden Text werden einige Aspekte dieser Leitlinien aufgegriffen, insbesondere solche zu den alkoholbezogenen Störungen. Zusätzlich wird das generelle Bedingungsgefüge von suchtkranken Menschen aufgeklärt. In einer akutpsychiatrischen Klinik bedingen Alkoholkonsumstörungen noch vor Schizophrenie und Depression bei weitem die häufigsten Aufnahmen und sind auch daher von großer Relevanz. Zwar weist der Tabak- und Alkoholkonsum in der Bevölkerung - im Gegensatz zum steigenden Cannabiskonsum - einen leicht fallenden Trend auf, jedoch sind die Prävalenzwerte für substanzbezogene Störungen derzeit auf unverändert hohem Niveau (Seitz et al. 2019). Alkoholabhängigkeit stellt hierzulande nach der Tabakabhängigkeit die häufigste Suchterkrankung dar: etwa 1,9 Millionen Alkoholabhängige und etwa noch einmal so viele mit „schädlichem Gebrauch“. Das Risiko schwerer gesundheitlicher Einschränkungen ist hoch, ebenso die gesellschaftlichen Kosten. Alle Organsysteme können durch den ethyltoxischen Einfluss betroffen sein, einhergehend mit einer Lebenserwartung, die bei Alkoholabhängigkeit mit durchschnittlich 60 Jahren etwa 20 Jahre unterhalb derjenigen in der Allgemeinbevölkerung liegt.

Generell fassen Leitlinien unterschiedlich starke Empfehlungen bezüglich Diagnostik, ggf. Entgiftung, Therapie auch komorbider Störungen und poststationärer Versorgung zusammen. Die jeweilige Bewertung erfolgt vom niedrigsten Empfehlungsgrad, dem „Klinischen Experten Konsenspunkt“ (KKP), bis hin zur höchsten Evidenz, dem Empfehlungsgrad A. Letzterer

wird beim Vorliegen einer umfassenden und durch strenge wissenschaftliche Kriterien abgesicherten Datenlage vergeben. Glücklicherweise tut sich derzeit viel in dem weiten Feld der Suchtmedizin und weitere Leitlinien wurden aktualisierend überarbeitet oder neu veröffentlicht. Kürzlich wurde die Leitlinie speziell zu ADHS als eine der häufigeren Komorbiditäten herausgegeben (vgl. Luderer et al., 2019), 2018 zu „Metamphetaminbezogene Störungen“. Da Metamphetamin als besonders neurotoxisch gilt und kritische Akutkomplikationen hervorruft, war der Handlungsbedarf hoch. Die darin enthaltenen Empfehlungen können exemplarisch für andere illegale Substanzen sowie für die Gruppe der jüngeren Patient*innen herangezogen werden.

Die Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, die derzeit überarbeitet wird, hat die herkömmliche Suchtmedizin – man könnte es fast so sagen – revolutioniert. Auf mehr als 360 Seiten findet sich ein starkes Statement für eine höhere (psychotherapeutische) Behandlungsqualität. Gleichbedeutend mit der Erforderlichkeit, für Suchterkrankungen die gleichen Behandlungsressourcen vorzuhalten wie für andere psychische Störungen auch. Die Auffassung, es handele sich um Willensschwäche („der will ja gar nichts ändern“), ist weiterhin gar nicht so selten zu hören. Auch löst ein „Alkoholrückfall“ viel eher eine resignativ-nihilistische Haltung aus, als wenn eine Patient*in erneut schizophrene Symptome entwickelt oder in eine depressive Stimmung abrutscht. Aufgefasst als Symptom einer Erkrankung oder „Selbstmedikation“ wäre eine den Konsum verstehen wollende, zu alternativen Verhaltensweisen motivierende und an vorhandene Fähigkeiten anknüpfende Herangehensweise jedoch wesentlich hilfreicher und wohl auch wirkungsvoller. Die Leitlinie macht klar, dass ein integratives therapeutisches Vorgehen erforderlich ist. Das frühere Motto „erst die Abstinenz und dann...“ gilt mehr oder weniger als obsolet. Der in der Leitlinie gefundene Expertenkonsens (z.B. Besuch von Selbsthilfegrup-

pen) und die in Studien veröffentlichte hohe Evidenz unterstreichen, dass komorbide psychische Störungen (z.B. Traumafolgestörungen, Depressionen, Angststörungen, Ich-Strukturstörungen, Schizophrenie u.a.) gleichzeitig behandelt werden müssen, um den Konsum erfolgreich zu beenden oder zumindest zu begrenzen. Gerade bei Traumafolgestörungen ist schon länger bekannt, dass Betroffene zu den häufigsten „Therapieversagern“ im herkömmlichen nur auf Abstinenz orientierten Therapieregime gehören. Und dabei kommt die Kombination von Trauma und Sucht äußerst häufig vor. Die dazu veröffentlichten Zahlen schwanken jedoch aufgrund unterschiedlicher Ausgangslagen stark und reichen

bei illegalem Substanzkonsum bis zu 90%. Aktuell werden neben sexueller und physischer Gewalt zudem emotionale Vernachlässigung und Bindungsverluste in der Kindheit als hohes Risiko für späteren Substanzmissbrauch in den Blick genommen. Letztlich gilt generell, die betroffenen Menschen zu befähigen, mit den oft quälenden Symptomen anders als durch „zuschütten“, „wegtoxischen“ oder „betäuben“ umzugehen.

Alle Leitlinien zum Download: www.awmf.org

Qualifizierte Entgiftung – der Goldstandard

In der Leitlinie wird die „Qualifizierte Entgiftung“ (QE) als Goldstandard beschrieben, die deutlich höhere Abstinenzraten erzielt als eine rein körperliche Entgiftung. Letztere ist sogar in den Verdacht geraten, die Abhängigkeitserkrankung weiter zu verschlimmern. Durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus mindestens drei Berufsgruppen, soll QE durch ein individuell abgestimmtes Therapieprogramm mit wöchentlicher Gruppen- und Einzeltherapie, Psychoedukation und genauer Information zum Suchthilfesystem individuelle Hintergründe der Suchtspirale erkennen helfen und die Betroffenen zu Abstinenz motivieren sowie die dazu erforderlichen Fähigkeiten und Hilfen vermitteln.

Die Befähigung dazu, auf diejenigen Mittel zu ver-

„In der Leitlinie wird die „Qualifizierte Entgiftung“ (QE) als Goldstandard beschrieben, die deutlich höhere Abstinenzraten erzielt als eine rein körperliche Entgiftung. Letztere ist sogar in den Verdacht geraten, die Abhängigkeitserkrankung weiter zu verschlimmern.“

zichten, die ja quälende Entzugssymptome effektiv verhindern oder zusätzlich als Schutz vor den Symptomen einer psychischen Erkrankung eingesetzt werden, stellt eine besondere Herausforderung im Bereich der Suchtmedizin dar. Eine zunächst überwiegend als positiv erlebte und vor allem sofortige Wirkung soll ersetzt werden. Auch wenn sich im Verlauf einer Suchtentwicklung die Probleme insgesamt verstärken und die positiven Wirkungen sich vielfach abschwächen, bewirken weder Psychopharmaka noch psychotherapeutische Interventionen ähnlich starke Effekte. Die substanzbezogene

Dynamik und das ungünstige Interagieren mit der psychischen Erkrankung erfordern ein komplexes, auf lange Sicht angelegtes therapeutisches Vorgehen. Suchtverhalten kann als eine der am schwierigsten zu durchbrechenden Vermeidungsstrategien verstanden werden. Insofern verwundert es, dass bislang in der stationären suchtmmedizinischen Versorgung im Vergleich mit anderen schweren psychischen Erkrankungen von den Krankenkassen meist nur kürzere stationäre Behandlungen finanziert werden. Eine qualifizierte Entgiftung dauert, so hört man immer wieder, 21 Tage. Damit kann jedoch auf das oft komplexe Bedingungsgefüge therapeutisch nicht ausreichend gut eingewirkt werden.

Suchtmedizin in der KRH Psychiatrie Wunstorf

Die Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie in Wunstorf zeichnet sich durch ein die komorbiden, komplexen Bedingungen berücksichtigendes integratives Therapiekonzept aus. Sie gehört mit einer Kapazität von 99 stationären Betten, die sich auf eine große Aufnahmestation mit Intensivbereich sowie vier weiterführende Stationen verteilen, einer Tagesklinik mit 18 Behandlungsplätzen sowie zwei Ambulanzen zu den größten suchtmmedizinischen Akutkliniken in Deutschland. Eine Station hält ein niedrigschwelliges Setting für Menschen mit illegalem Substanzkonsum vor. Eine offene und eine geschützte Station sind auf komorbide Psychosen sowie auf bereits eingetretene hirnorganische und somatische Folgeerkrankungen

„Viele unserer Patient*innen nutzen die Klinik gezielt dafür, kurzfristig zur Krisenintervention zu kommen, um bei Craving, d.h., dem starken Verlangen nach dem Suchtmittel, einen Rückfall in den Konsum zu verhüten sowie um eine erneute Substanzkonsumphase zu unterbrechen oder gar nicht erst hineinzugeraten.“

ausgerichtet. Eine weitere Station bietet ein im Schwerpunkt psychotherapeutisches Konzept u.a. für komorbide Depressionen, Angst- und Traumafolgestörungen.

Im Folgenden soll mittels deskriptiver Statistik das Jahr 2018 genauer analysiert werden. Von den insgesamt etwa 4600 vollstationären Aufnahmen entfielen mehr als 2000 auf die Suchtklinik (Wiederaufnahmen innerhalb von zwei Wochen sind aufgrund von „Fallzusammenlegung“ nicht enthalten). Dies sind nicht nur ab-

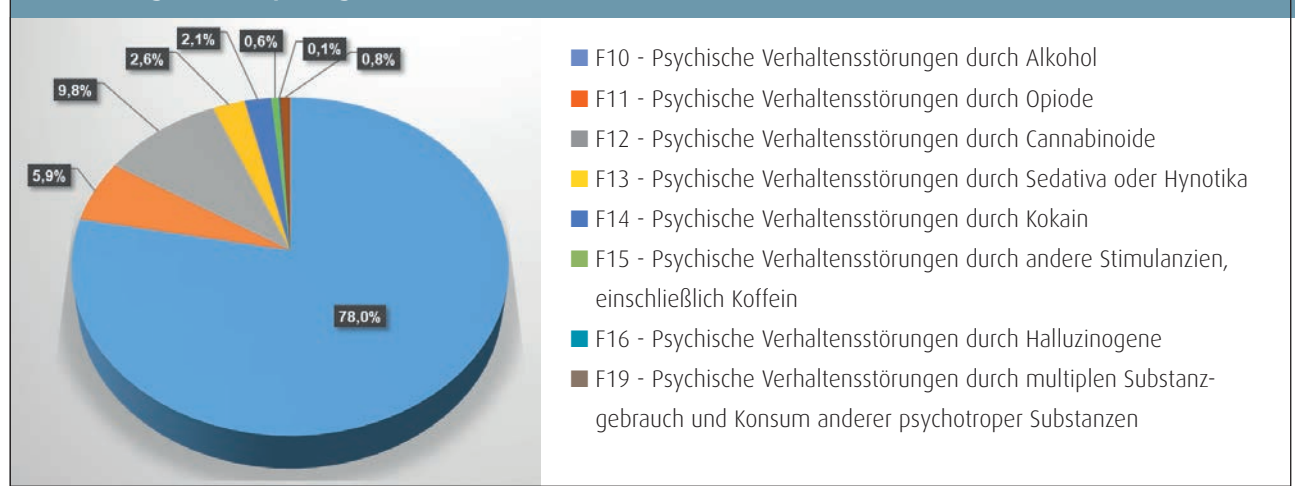
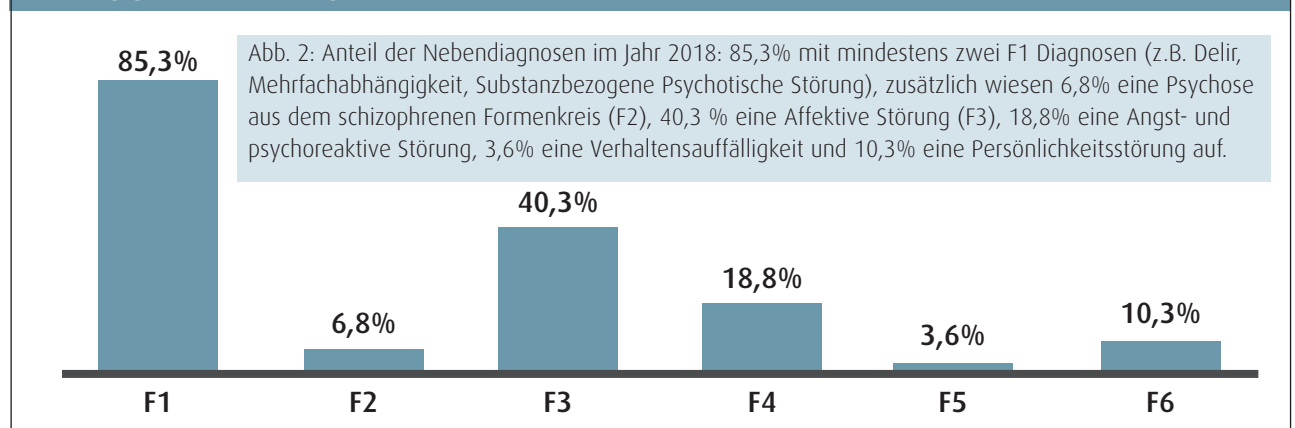
solut, sondern insbesondere relativ die mit Abstand meisten Aufnahmen, hält doch die Allgemeinpsychiatrie mit etwa 1500 Aufnahmen insgesamt 168 Betten vor. In der Gerontopsychiatrie wurden mit 95 Betten gut 1000 Aufnahmen versorgt (vgl. Tab. 1).

Mit Abstand an erster Stelle – die Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit als die häufigste Hauptdiagnose (78%) reflektiert dabei die gesellschaftliche Relevanz der mit knapp zwei Millionen Alkoholabhängigen neben Tabakkonsum häufigsten Substanzabhängigkeit in Deutschland. Knapp 10% unserer Patient*innen werden unter der Hauptdiagnose Abhängigkeit durch Cannabinoide behandelt, 5,9% wiesen als Hauptdiagnose eine Abhängigkeit von Opioiden auf (vgl. Abb. 1). Die klassische, alleinige Alkoholabhängigkeit ist weniger verbreitet, 85,3 % unserer Patient*innen weisen mehrere F1 Diagnosen auf. Dies sind neben dem häufigen multiplen Substanzkonsum aber auch beispielsweise Entzugssymptome mit Delir oder eine psychotische Störung (vgl. Abb. 2). Bei den meisten Patient*innen bestand mindestens eine weitere behandlungsbedürftige, komorbide psychische Erkrankung (vgl. Abb. 2). Somatische Komorbiditäten wurden hier generell nicht berücksichtigt. Mit 40,3% am häufigsten sind affektive, meist depressive Erkrankungen. Unter den 18,8% mit einer F4- Diagnose finden sich am häufigsten eine komorbide Angst- oder Posttraumatische Belastungsstörung. In der Regel leiden

Tab. 1: Anzahl und % der vollstationären Aufnahmen im Jahr 2018 unterteilt nach aufnehmender Klinik

KRH-Psychiatrie Wunstorf (n) Bettenkapazität	Anzahl Vollstationärer Aufnahmen	Anteil % an vollstationären Aufnahmen
Allgemeinpsychiatrie (168)	1539	33,4%
Gerontopsychiatrie (95)	1057	22,9%
Suchtmedizin (99)	2011	43,7%
Gesamt (362)	4607	100%

Verteilung der Hauptdiagnosen nach Substanzen

Anteil weiterer psychiatrischer Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen


die Patient*innen mit einer zusätzlichen F6-Diagnose, die in 10,6% gestellt wurde, unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

Damit wiesen etwa 70% unserer Patient*innen eine im Schwerpunkt mit psychotherapeutischen Mitteln

zu behandelnde Komorbidität auf. Die mit 6,8% vergleichsweise geringe Anzahl komorbider psychotischer Erkrankungen erklärt sich dadurch, dass viele Patient*innen mit schizophrenen Erkrankungen in der Allgemeinpsychiatrie behandelt werden, selbst wenn sie auch einen Substanzkonsum aufweisen. Zudem

stellen wir in der Suchtklinik häufig zunächst die (Verdachts-)Diagnose einer Substanzinduzierten Psychose, was sich unter den komorbiden Bedingungen F1 findet. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer betrug 19,1 Tage und beinhaltet auch die Patient*innen, die aufgrund akuter Intoxikation nur für einen Tag aufgenommen wurden.

Ein impliziter Hinweis auf die Haltekraft der Therapie, die als verbunden mit dem Therapieerfolg gilt, lässt sich der Tabelle 2 „Entlassungsgründe“ entnehmen. Fasst man die regulären Entlassungen (65,5%) mit den ebenfalls geplanten Entlassungen in die Tagesklinik (3,5%), in ein externes Krankenhaus (4,7%) oder in eine Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen (2%) zusammen, sind gut 75% unserer Patient*innen mit einer Planung für die poststationäre Zeit aus unserer Klinik entlassen worden. Nur jeweils etwa 12% brachen die Therapie ab oder wurden aus sonstigen Gründen entlassen, worunter i.d.R. eine therapeutisch begründete Entlassung bei fortgesetztem Substanzkonsum fällt.

Qualifizierte Entgiftung erfordert komplexe therapeutische Interventionen. Definiert ist, dass mindestens drei Berufsgruppen einbezogen sind, Einzel- und Gruppentherapie sowie Informationen über das Suchthilfesystem und Vermittlung der poststationären Therapie stattfinden. Ist eine rehabilitative längerfristige Behandlung erforderlich, wird in diesem Rahmen zudem eine nahtlose Verlegung in eine entsprechende Einrichtung organisiert.

Ein besonderes Angebot unserer Klinik sind Entgiftungen im tagesklinischen Setting, wenn dem keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Des Weiteren vereinbaren wir Intervallbehandlungen, um längere stationäre Behandlungen mit dem Risiko regressiver Entwicklungen zu vermeiden. Viele unserer Patient*innen nutzen die Klinik gezielt dafür, kurzfristig zur Krisenintervention zu kommen, um bei Craving, d.h. dem starken Verlangen nach dem Suchtmittel, einen Rückfall in den Konsum zu verhüten sowie um eine erneute Substanzkonsumphase zu unterbrechen oder gar nicht erst hineinzugeraten. Insbesondere auf der niedrighwelligen Drogenentzugsstation bieten wir Entgiftungen von Bei-Konsum sowie die

Möglichkeit, sich zwischenzeitlich zu stabilisieren und zur Reorientierung, was auch als „Harm-Reduction“ (Schadensminderung) verstanden wird. Generell wird die Selbstverantwortung gestärkt. Auch bei einer (zunächst) fortbestehenden Abhängigkeit werden individuelle Lösungen der oft komplexen Problemlagen entwickelt.

Was akutpsychiatrische Suchtkrankenbehandlung leistet – Ein Fallbeispiel

Nach Veröffentlichung der S3 Leitlinie vergegenwärtigten wir uns diese anhand von Kurzreferaten in unserer wöchentlichen Klinikkonferenz. Die Kasuistik illustriert, dass suchtkranke Menschen im Grunde überhaupt dann erst von den alkoholbezogenen Interventionen profitieren, wenn im Sinne eines integrativen Vorgehens auch das komplexe Bedingungsgefüge mit den individuellen Belastungsfaktoren und der z. T. sehr schweren psychischen Komorbidität berücksichtigt wird. Solche Behandlungen benötigen durchaus längere Zeit, im folgenden Fall dauerte die gesamte Behandlung gut fünf Monate.

- Der 50jährige Herr T. war eigentlich auf dem Wege, ein „klassischer Drehtürpatient“ zu werden. Innerhalb kurzer Zeit hatte er sieben Entgiftungen durchlaufen und war nach der Entlassung jeweils rasch rückfällig geworden.
- Nachdem Herr T. ein weiteres Mal notfallmäßig aufgenommen worden war, ergab die erstmals vertieft durchgeführte Diagnostik, dass er nicht nur von Alkohol abhängig war, sondern auch eine schwere, wahnhaft Depression mit Suizidalität aufwies. Diese behandelten wir im Rahmen der qualifizierten Entgiftung medikamentös zusätzlich zu Mirtazapin mit Olanzapin, worunter die wahnhaften Symptomatik langsam abklang. Die schweren depressiven Symptome blieben jedoch zunächst bestehen.
- In der begleitenden Gesprächstherapie konnte erstmals eine vertrauensvolle therapeutische Allianz aufgebaut werden. Dabei wurde die völlig desolante psychosoziale Situation offenbar, die Herr T. - auch im Rahmen seines Schuldwahns - bislang beschämt verschwiegen hatte bzw. selbst gar nicht vollumfänglich hatte realisieren können. Herr T. lebte völlig

isoliert. Die Ehefrau hatte sich mittlerweile von ihm getrennt und mit den drei Kindern das gemeinsame Haus verlassen. Der noch vorhandene Arbeitsplatz erwies sich aufgrund sehr hoher Fehlzeiten als erheblich gefährdet.

- Herr T. konnte schließlich, nachdem die depressiven Symptome etwas abgeklungen waren und eine Zukunftsperspektive möglich erschien, mit therapeutischer Unterstützung die psychosozialen Problematiken regeln. Mit der Hilfe seiner Kinder, zu denen er den Kontakt allmählich wiederaufgebaut hatte, wurde das völlig zugemüllte Eigenheim entrümpelt, mit Unterstützung durch die Ehefrau verkauft und Herr T. fand später eine kleine Wohnung. Zuletzt wurde mit dem Arbeitgeber eine berufliche Wiedereingliederung besprochen.
- Die Krankenkasse genehmigte - auf entsprechenden Antrag innerhalb der Entlassungsplanung - quasi einen Nachtlinikstatus. Herr T. begann von der Klinik aus zur Arbeit zu gehen, richtete die neue Wohnung ein. Er konnte zunehmend Selbstwirksamkeit erleben und sein Selbstwertgefühl verbessern, auch weil er erstmals längere Zeit „trocken“ war.
- Mittlerweile ist Herr T. schon einige Jahre abstinent sowie stimmungsstabil und wird weiterhin regelmäßig in unserer Institutsambulanz behandelt.

Ausblick und Perspektiven

Dieser Artikel möchte Mut machen und für eine moderne, integrative Therapie in der Suchtmedizin werben. Leider hört man immer noch Sätze wie „der ist

noch nicht so weit“, „der hat noch nicht eingesehen, dass er abhängig ist“ oder „dem geht es noch nicht schlecht genug“, obwohl schon lange bekannt ist, dass diese vormals verbreitete Auffassung nicht haltbar ist. Je früher die begleitenden Bedingungen des Substanzkonsums erkannt und gezielt Therapie und Unterstützung eingesetzt werden, desto besser lässt sich die Abwärtsspirale in eine Aufwärtsbewegung mit einem Herauswachsen aus der Sucht umwandeln.

Als Hypnotherapeutin ist mir ein die Symptomatik mit den darin enthaltenen Fähigkeiten würdigendes, ein lösungsorientiertes Vorgehen vertraut. Dies bedeutet in der Suchtmedizin, die Sucht auch als eine hocheffektive Form des Umgangs mit den Symptomen und widrigen Bedingungen, die kurzfristig von seelischem Schmerz und nicht zu bewältigenden Problemen befreit, anzuerkennen und sich dafür zu interessieren, welcher Zustand damit erreicht werden soll. Wie Milton Erickson es auf den Punkt brachte: das Problem von heute ist der bestmögliche Lösungsversuch von damals. Davon ausgehend können im weiteren Therapieverlauf - im Sinne von „Leading“ - Möglichkeiten und Fähigkeiten entwickelt und etabliert werden, besser und gesünder mit der Problematik umzugehen.

Perspektivisch muss sich die Suchtmedizin zum einen mit immer wieder neuen (synthetischen) Substanzen auseinandersetzen und zum anderen sich noch viel stärker in Richtung einer auch fachpsychotherapeutischen Disziplin entwickeln. Man denke beispielsweise daran, dass erst seit wenigen Jahren eine Suchterkrankung kein Ausschlussgrund mehr für eine Antragspsychotherapie ist. Zwar erlauben die derzeitigen

Tab. 2: Entlassungsgründe 2018

Entlassungsgrund	Anteil
geplant, in die eigene Wohnung	66,2%
in eine Pflegeeinrichtung	0,2%
in ein externes Krankenhaus	4,3%
in eine Rehabilitationseinrichtung	1,6%
gegen ärztlichen Rat	11,2%
sonstige Gründe	12,9%
Wechsel in teilstationäre Behandlung	3,5%

Bestimmungen ausnahmsweise den Beginn einer Psychotherapie bei noch bestehendem Substanzkonsum, fordern jedoch, dass nach zehn Sitzungen eine Abstinenz erreicht sein muss und es ist weiterhin äußerst schwierig, qualifizierte Psychotherapeut*innen zu finden. Als poststationäre Versorgung kommt daher den Psychiatrischen Institutsambulanzen eine wesentliche Rolle zu, leisten sie doch zusätzlich zu den in der Behandlung fest integrierten Suchtberatungsstellen unschätzbare Dienste. Dort können die Patient*innen therapeutisch begleitet und darin unterstützt werden, eine Antragspsychotherapie zu finden bzw. die Fähigkeiten zu entwickeln, um von dieser Form der Behandlung gut profitieren zu können. Suchtmedizin auf Augenhöhe mit anderen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen bedeutet, Menschen mit Suchterkrankungen genauso ernst zu nehmen wie jemanden, der beispielsweise an Diabetes oder Depression leidet. Und es gilt die dafür notwendigen – vor allem personellen – Ressourcen vorzuhalten. Außerdem gilt nach wie vor die Tabakabhängigkeit in Deutschland zu Unrecht lediglich als „ungesunder Lebensstil“ und nicht als behandelbare Suchterkrankung. Neben der Glücksspielabhängigkeit wird ein Anstieg von Medien- und Online-Abhängigkeit prognostiziert, mit zunehmenden Problemen in den Generationen der „Digital Natives“. Es bleibt also vieles zu tun.

Letztlich wird zwar im Einzelfall auch eine längere „Qualifizierte Entgiftungsbehandlung“ (vgl. Fallbeispiel) finanziert, dies jedoch erst nach einer detailliert dargelegten, dezidiert begründeten Beantragung durch die Klinik. Zum einen muss sich die hierfür notwendige (psycho-)therapeutische Haltung erst noch weiterverbreiten, zum anderen müssen auch die entsprechenden Budgets zur Verfügung gestellt werden, damit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen die häufig erforderlichen komplexen Therapien regelhaft erhalten können.

Ein gutes Stück ist bereits erreicht, vieles schon auf gutem Weg und diese Veröffentlichung leistet sicherlich auch einen Beitrag dazu, dass sich in der Region Hannover die Situation sowohl für Betroffene und deren Angehörige als auch für Professionelle noch weiter verbessern wird.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT). S-3 Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Stand 2016, in Überarbeitung.

Luderer M., Kiefer F., Reif A. & Moggi F. (2019). ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen. *Der Nervenarzt*, 90 (9): 926-931.

Suchtprävention in Niedersachsen Die Verwendung wissenschaftlich gesicherter Methoden und zukünftiger Handlungsbedarf

von Jan Weber (Wissenschaftlicher Mitarbeiter) und Florian Rehbein (Leiter der Forschungseinheit Ursachen und Prävention, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.)

Gemäß der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zielt Suchtprävention „[...] darauf ab, die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind, vorzubeugen. Für jeden Menschen soll sich dadurch die Chance erhöhen, ein suchtfreies oder von Sucht soweit wie möglich unbeeinträchtigtes Leben zu führen.“ (DHS, 2014, S. 3)

Universelle, selektive und indizierte Präventionsstrategien

Zu unterscheiden sind universelle, selektive und indizierte Präventionsstrategien. Als universalpräventiv ausgerichtete Ansätze gelten Maßnahmen, die sich an die allgemeine Bevölkerung oder ausgewählte Gruppen (z.B. die Bevölkerung einer Kommune oder die Schülerinnen und Schüler einer Schule) richten. Sie zielen darauf ab, die Auftretenswahrscheinlichkeit für definierte gesundheitliche Probleme (z.B. Tabak-, Alkohol- oder Drogensucht) zu verringern, beispielsweise indem sie über mit Suchtstoffkonsum assoziierte Gefahren aufklären oder allgemeine Lebens- und Risikokompetenzen stärken.

Selektive Prävention richtet sich demgegenüber an Zielgruppen mit zuvor identifizierten Risikomerkmale. Beispiele hierfür können Menschen in krisenhaf-

ten Lebensphasen oder Kinder aus suchtblasteten Familien sein.

Indizierte Prävention zielt auf Individuen und Gruppen mit bereits manifestem Risikoverhalten. Beispielhaft sei hierzu auf riskant alkoholkonsumierende Jugendliche verwiesen (vgl. Hallmann, Holterhoff-Schulte & Merfert-Diete, 2007; Friedrich, Bartsch, Dammer, Schulte & Pfeiffer-Gerschel, 2018).

Verhaltens- und Verhältnisprävention kombinieren

Darüber hinaus werden präventive Maßnahmen entsprechend ihrer Wirkansätze in verhaltenspräventive und verhältnispräventive Interventionen unterteilt. Während Verhaltensprävention unmittelbar auf die Einstellungen und das Verhalten von Individuen und Gruppen einwirkt, zielt die Verhältnisprävention auf die Schaffung präventiv wirksamer Rahmenbedingungen in den Lebenswelten und der Gesellschaft im Allgemeinen ab (Franzkowiak, 2018). Ungeachtet der häufig bemängelten einseitigen Konzentration auf projektzentrierte Maßnahmen der Verhaltensprävention herrscht Einigkeit darüber, dass die Verzahnung beider Ansätze den größten Nutzen verspricht (Bühler & Kröger, 2006; DHS, 2014).

Evaluation von Präventionsprogrammen

Die Entwicklung und der Einsatz neuer Suchtpräventionsprogramme werden zunehmend durch wissenschaftliche Evaluationsstudien begleitet (exemplarisch: Reis, Pape & Häßler, 2008; Rosenkranz & Kalke, 2011; Kliche et al., 2012; NLS, 2015; Soellner, 2016). Gerade die zur Beurteilung der Effektivität einer Maßnahme zentrale Bewertung der Ergebnisqualität bleibt dabei oft auf die Abfrage der allgemeinen Zufriedenheit mit ihren Inhalten und Methoden sowie beispielsweise die Überprüfung von subjektivem Wissenszuwachs bei ihren Adressatinnen und Adressaten begrenzt. Die Überprüfung langfristiger Effekte, etwa im Sinne stabiler Einstellungsänderungen, eines verzögerten Erstkonsums oder einer signifikanten Verringerung der Konsummenge, ist methodisch aufwendiger und unterbleibt häufig aufgrund zeitlicher und finanzieller Restriktionen.

Empfehlungen für wirksame Präventionsprogramme

Die vom niedersächsischen Landespräventionsrat (LPR) bereitgestellte internetgestützte Plattform „Grüne Liste Prävention“ (www.gruene-liste-praevention.de) stellt eine Empfehlungsliste evidenzbasierter Präventionsprogramme dar, die neben kriminalpräventiven Programmen auch suchtpreventive und lebenskompetenzbezogene Programme berücksichtigt. Aufgenommen werden ausschließlich Programme, die ausdrücklich auf die Reduktion von ausgesuchten Risikofaktoren oder die Stärkung explizierter Schutzfaktoren gerichtet sind. Die empfohlenen Programme werden zudem in drei Evidenzstufen unterteilt.

Empfehlungsliste
evidenzbasierter Präventionsprogramme
www.gruene-liste-praevention.de
Landespräventionsrat

- **„Stufe 1 – Effektivität theoretisch gut begründet“** werden Programme und Maßnahmen zugeordnet, die über ein theoretisch klar begründetes Konzept unter Benennung der angenommenen Wirkfaktoren verfügen. Zudem wird das Vorhandensein mindestens einer Studie zur Prozessevaluation oder Ergebnisqualität vorausgesetzt.
- **„Stufe 2 – Effektivität wahrscheinlich“** enthält Programme, deren Evaluationsstudien im Hinblick auf die Ergebnisse idealerweise bereits die Vergleichswerte einer Kontrollgruppe berücksichtigen. Diese dürfen jedoch beispielsweise auch einer Voruntersuchung entnommen werden. Ihre Erhebung setzt also nicht zwingend die zufällige Zuweisung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu einer nicht an der Intervention partizipierenden Kontrollgruppe voraus. Zudem handelt es sich hierbei um Programme, deren langfristige Wirksamkeit aufgrund des Verzichts auf Follow-Up-Messungen nicht belegt ist.
- **„Stufe 3 – Effektivität nachgewiesen“** ist Programmen vorbehalten, deren Evaluationsstudien den höchsten wissenschaftlichen Standards genügen, d.h. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen der Interventions- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip zugeordnet worden sein. Auch eine erneute Follow-Up-Messung in einem zeitlichen

Abstand von mindestens sechs Monaten ist hierfür obligatorisch (Groeger-Roth & Hasenpusch, 2011).

Die Einordnungen der Grünen Liste Prävention bilden somit eine fundierte und international anschlussfähige Grundlage, um auch Suchtpräventionsprogramme nach ihrem Evidenzgrad einzuordnen.

Die Delphi-Studie in Niedersachsen: Eine Befragung der in Niedersachsen in der Suchtprävention Engagierten

Zwischen den Jahren 2015 und 2018 führte das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) eine vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung geförderte und die geplante Aktualisierung des Suchtpräventionskonzeptes des Landes vorbereitende Delphi-Studie durch (Rehbein, Weber & Staudt, 2017; Rehbein, Weber, Kühne & Boll, 2018). Im Mittelpunkt der ersten von insgesamt zwei Onlinebefragungen (t1 n = 527; t2 n = 449) stand eine Ist-Standbestimmung durch die Befragung der in Niedersachsen in der Suchtprävention Engagierten. Beteiligt waren im Schwerpunkt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, Suchtpräventionsfachkräfte, Präventionskräfte der Polizei, Mitglieder der Suchtselbsthilfe, Akteure der betrieblichen Suchtprävention, Vertreterinnen und Vertreter des Jugendschutzes und Mitglieder kommunaler Präventionsgremien. In diesem Zusammenhang wurde auch die Bedeutung von Evidenzbasierung in der niedersächsischen Suchtprävention thematisiert.

Rund 27 Prozent der Befragten gaben an, dass Wirksamkeitsnachweise in der Suchtprävention „essentiell“ seien, und „für alle in die Fläche gebrachten Maßnahmen/Projekte angestrebt werden müssen“. Weitere 57,1 Prozent bewerteten sie zumindest als „eher sinnvoll“ und dass sie „zumindest angestrebt werden sollten“. 14 Prozent bewerteten Wirksamkeitsnachweise in diesem

Zusammenhang als „wenig sinnvoll“, 2,6 Prozent hielt sie sogar für grundsätzlich „unrealistisch“.

Insgesamt kann somit auf eine recht hohe Aufgeschlossenheit für evidenzbasierte Suchtprävention geschlossen werden (Rehbein et al., 2017, S. 104). Dies wurde im Weiteren auch durch die Einschätzungsergebnisse zur Bedeutung ausgesuchter Qualitätsmerkmale suchtpräventiver Maßnahmen belegt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, die Wichtigkeit der ihnen in sieben Kategorien präsentierten Merkmale anhand einer vierstufigen Skala („nichtnotwendig“, „kannvorliegen“, „solltevorliegen“, „unbedingt notwendig“) zu bewerten. Die in Abbildung 1 abgetragenen Ergebnisse zeigen, dass alle Beteiligten im Mittel die Qualitätsmerkmale als bedeutsam anerkennen (Rehbein et al., 2017, S. 105).

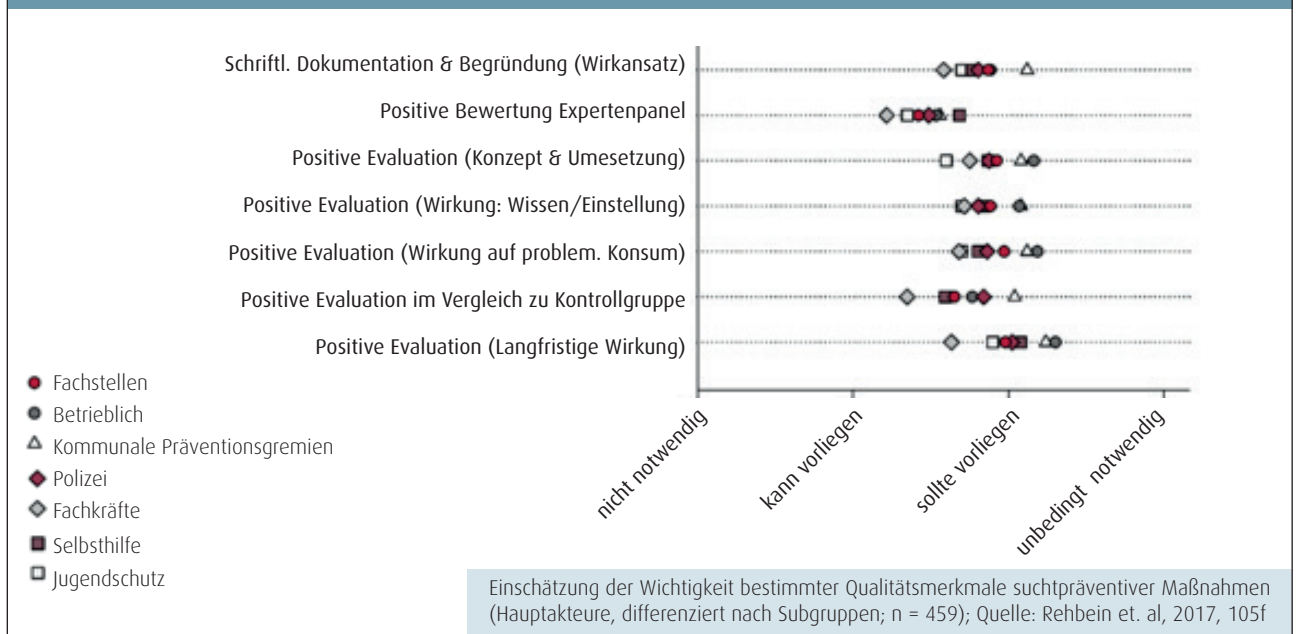
Die Verwendung standardisierter Programme

Fokussiert auf die im Feld der Suchtprävention Engagierten wurde zudem ermittelt, welche Rolle standardisierte Programme in ihrer Arbeit mit Endadressaten spielen und welcher Evidenzgrad den eingesetzten Programmen zukommt. Knapp die Hälfte der Befragten (48%) gibt an, standardisierte Programme einzusetzen. Insbesondere die hauptamtlich tätigen Fachkräfte für Suchtprävention (82%) greifen in ihrer Arbeit auf standardisierte Programme zurück. Insgesamt n = 130 Befragte machten zudem Angaben zu den von ihnen genutzten Präventionsprogrammen.

Den Angaben zufolge kommen die Programme Hart am Limit (HaLT; Alkoholprävention), Bausteinprogramm schulische Suchtprävention (BASS), KlarSicht-MitmachParcours (Tabak- und Alkoholprävention), Kenn Dein Limit (Alkoholprävention), Tom & Lisa (Alkoholprävention) sowie das Selbstkontrolltrainingsprogramm SKOLL am häufigsten zum Einsatz. Unter Berücksichtigung aller Programme, die von mindestens 5 Prozent der Befragten eingesetzt wurden (ins-

„Es kann festgehalten werden, dass unter den Suchtpräventionsakteuren in Niedersachsen eine hohe Aufgeschlossenheit gegenüber evidenzbasierter Suchtprävention besteht. Dieses Ergebnis liegt jedoch konträr zu dem Befund, dass Suchtpräventionsprogramme, deren Wirksamkeit durch Evaluationsstudien bestätigt wurde, nur zu einem geringen Maße zum Einsatz kommen.“

Einschätzung der Wichtigkeit bestimmter Qualitätsmerkmale suchtpräventiver Maßnahmen



gesamt 29 verschiedene Programme), wurde anhand der Einstufungen der Grünen Liste Prävention der Evidenzgrad der niedersächsischen Suchtprävention ermittelt. Insgesamt waren zum damaligen Zeitpunkt nur acht der Programme auf der Grünen Liste Prävention aufgeführt. Davon waren fünf der Evidenzstufe 1, eines der Evidenzstufe 2 und zwei der Evidenzstufe 3 zugeordnet (Rehbein et al., 2017, S. 118). Ein erneuter Abgleich der Programme mit der Grünen Liste führt zu leicht abweichenden Ergebnissen, die auf die Verfügbarkeit zwischenzeitlich erschienener Evaluationsstudien und eine daraufhin vorgenommene Neukategorisierung der Programme innerhalb der Grünen Liste zurückzuführen sind. Nach derzeitigem Stand sind sechs der 29 Programme dem Evidenzgrad 1 zugeordnet. Dieses sind HaLT, Tom & Lisa, SKOLL, MOVE (Motivierende Kurzintervention) und FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Jugendlichen) sowie Prev@WORK (Suchtprävention in der Berufsausbildung). Zudem befinden sich die Programme Klasse 2000 (Lebenskompetenzförderung), Pep (Sucht und Gewaltprävention), Glücksspielparcours (Glücksspielprävention) und Trampolin (Suchtprävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien) in der Kategorie Evidenzgrad 3. Derzeit befindet sich keines der 29 genannten Programme in der Stufe Evidenzgrad 2.

Zusammenfassung

Es kann festgehalten werden, dass unter den Suchtpräventionsakteuren in Niedersachsen eine hohe Aufgeschlossenheit gegenüber evidenzbasierter Suchtprävention besteht. Dieses Ergebnis liegt jedoch konträr zu dem Befund, dass Suchtpräventionsprogramme, deren Wirksamkeit durch Evaluationsstudien bestätigt wurde, nur zu einem geringen Maße zum Einsatz kommen.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Suchtprävention

Um dies zukünftig stärker zu gewährleisten, sollten zentrale Programme identifiziert und ihr Einsatz sowie die Neuentwicklung neuer Programme mit der Durchführung hochwertiger Evaluationsstudien flankiert werden. Hierbei sollten die folgenden Empfehlungen Beachtung finden, die aus der Delphi-Studie abgeleitet wurden (vgl. Rehbein et al., 2018, 132ff):

Empfohlen wird die Erarbeitung eines an anerkannten wissenschaftlichen Evidenzkriterien orientierten fachlichen Standards der niedersächsischen Suchtprävention. Zudem sollte die fachgerechte Umsetzung von Programmen mit bereits verfügbaren Wirksamkeitsnachweisen sichergestellt werden (Implementationskontrolle). Darüber hinaus sollten Diskrepanzen

zwischen den Empfehlungen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen und dem Landespräventionsrat aufgelöst werden, damit eine einheitliche Liste empfohlener Programme vorgelegt werden kann.

Die Neuentwicklung von Suchtpräventionsprogrammen wiederum sollte insbesondere auf Zielgruppen und Konsumrisiken ausgerichtet sein, für die bislang keine Programme mit Wirksamkeitsnachweis vorliegen. Um die idealerweise von Praktikern und Wissenschaftlern gemeinsam entwickelten Präventionsprogramme fachgerecht evaluieren zu können, bedarf es einer Finanzierungsgrundlage. Mit dem Ziel Qualität und Evidenz zu erhöhen und Ressourcen zu schonen, sollte zudem vor einer Neuentwicklung geprüft werden, ob (a) ein konkreter Bedarf für das Programm besteht, ob (b) das Programm auf Standardisierung, Replizierbarkeit und Implementierbarkeit ausgelegt ist, ob (c) konkrete, wissenschaftlich überprüfbare und inhaltlich relevante Präventionsziele spezifiziert sind, ob (d) eine externe und unabhängige Evaluation erfolgt und im Evaluationsdesign über eine Prozessevaluation auch eine Wirksamkeitsevaluation im Rahmen eines Kontrollgruppendesigns vorgesehen ist und ob (e) im Falle von universell und selektiv ausgerichteten Schutzprogrammen regelhafte Strategien vorgesehen sind, um Risikokonsumentinnen und -konsumenten in Frühinterventionsmaßnahmen weitervermitteln zu können.

Literatur

Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
 DHS. (2014). Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS).
 Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“. (2014). Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.). Köln: Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln.
 Franzkowiak, P. (2018). Prävention und Krankheitsprävention. In BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018 (S. 776–797). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
 Friedrich, M., Bartsch, G., Dammer, E., Schulte, L. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2018). Bericht 2017 des nationalen Reitox-Knotenpunktes an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Prävention. Workbook Prävention. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMDD); Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD).
 Hallmann, H.-J., Holterhoff-Schulte, I. & Merfert-Diete, C. (2007). Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hamm, Hannover, Mülheim.
 Hanewinkel, R. & Morgenstern, M. (2013). Evidenzbasierung der Suchtprävention - Pro. Suchttherapie, 14 (03), 110–111. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349110>

Kliche, T., Post, M., Griebenow, B., Israel, B., Kremser, S. & Pflitzner, R. (2012). Evaluation des Selbstkontrolltrainings SKOLL - Ein suchtmittelübergreifender Ansatz zur Frühintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen: Gesundheits- und Versorgungseffekte des Programms. Abschlussbericht 2012. Zugriff am 13.06.2016. Verfügbar unter http://www.skoll.de/uploads/media/Abschlussbericht_12_04.pdf
 Korczak, D. (2012). Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information.
 NLS. (2015). Bausteinprogramm zur Suchtprävention mit Jugendlichen. Rausch und Risiko. Evaluationsbericht. BASS Baustein (NLS, Hrsg.). Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
 Rehbein, F., Weber, J., Kühne, M. & Boll, L. (2018). Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen. Abschlussbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Forschungsbericht Nr. 138. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) e.V.
 Rehbein, F., Weber, J. & Staudt, A. (2017). Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen. Erster Forschungsbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Forschungsbericht Nr. 132. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) e.V.
 Reis, O., Pape, M. & Häbeler, F. (2008). HaLT - Ein Bundesmodellprojekt für Kinder und Jugendliche mit akuten Alkoholvergiftungen im Raum Rostock und Güstrow 2004 - 2007. Projektbericht. Rostock: Universitätsklinikum Rostock AöR.
 Rosenkranz, M. & Kalke, J. (2011). Evaluation der Implementierung der Unterrichtsprogramms PeP. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
 Soellner, R. (2016). Kooperation ja gerne - aber wie? In DAG SHG e.V. (Hrsg.), Selbsthilfegruppejahrbuch 2016 (S. 71–76). Gießen.

(Sucht)Selbsthilfe: GESTERN – HEUTE – MORGEN

von Rita Hagemann (Leitende Dipl. Sozialarbeiterin /-pädagogin, KIBIS – Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich)

GESTERN | Sucht-Selbsthilfe hat Tradition

In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen, die sich über ihre Erkrankung oder über ihre Probleme austauschen möchten – daran hat sich in den Jahren, seit dem es die KIBIS gibt (33 Jahre) nichts geändert. Und schon lange davor galten die gleichen Motive. In der Suchtselbsthilfe gibt es die längste Tradition. Das Blaue Kreuz in der ev. Kirche beispielsweise gibt es in Hannover seit 119 Jahren. Der Kreuzbund gründete seine erste Gruppe vier Jahre später, nämlich 1904. Dagegen scheint die erste Guttempler Gemeinschaft in Hannover mit 44 Jahren noch recht jung. Allerdings wurde die Keimzelle schon 1851 im Staat New York gelegt. Auch die Anonymen Alkoholiker haben ihren Anfang schon 1935 in Amerika gefunden, sich in Deutschland aber erst nach 1945 etabliert. Nach dem

Vorbild der Anonymen Alkoholiker mit den 12 Schritten und den 12 Traditionen kam es zu weiteren Gründungen von Organisationen rund um das Thema Sucht: die Angehörigenzusammenschlüsse Alanon und Alateen, Narcotics Anonymous, Anonyme Esssüchtige (Overeaters Anonymous), Emotions Anonymous, anonyme Arbeitssüchtige, Anonyme Sex- und Liebesüchtige usw. Die Freundeskreise haben ihren Start 1956 genommen. In den 1970iger Aufbruchsjahren der Selbsthilfe kamen im Suchtbereich in der Region Hannover z.B. die Vereine für Sozialmedizin oder die Gruppe 77 hinzu. Eine Gruppe zum Thema >Kontrolliertes Trinken< ist ebenfalls noch recht jung und seit 2015 in der KIBIS-Datenbank.

Und doch gibt es nach so viel Geschichte und so vielen Zusammenschlüssen immer wieder Neugründungen und Neuausrichtungen.

HEUTE | Veränderungen aus der Perspektive einer Selbsthilfekontaktstelle

Eine Veränderung der Selbsthilfegruppenlandschaft im Suchtbereich zu „früher“ ist sicherlich, dass die nichtstoffgebundenen Süchte an Bedeutung gewonnen haben. Das übermächtige Verlangen nach einem intensiven Gefühl, z.B. beim Kaufen, am Spielautomaten oder beim Computerspiel, wird inzwischen in Selbsthilfegruppen bearbeitet, jedoch mit einer deutlich kürzeren Geschichte. Der Verein „Spielfrei leben“ gründete sich 2001, die erste Selbsthilfegruppe in Deutschland zum Thema Kaufsucht wurde in Hanno-

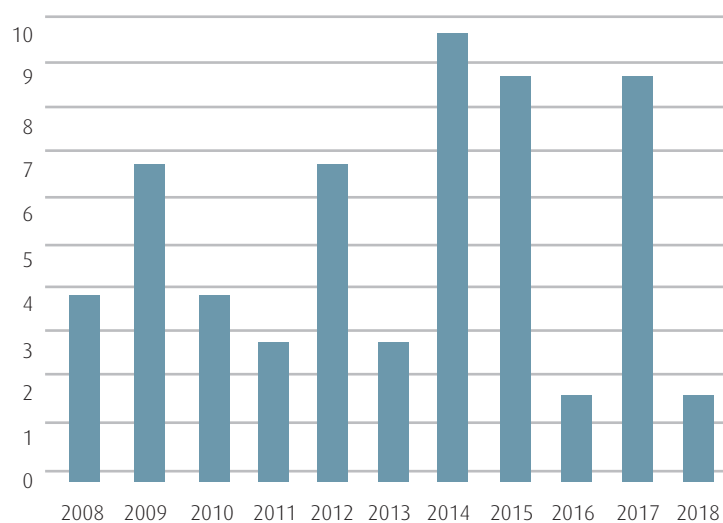
ver im Jahr 2002 gegründet. Zum Thema Onlinesucht/ Mediensucht ist seit 2008 eine Angehörigengruppe bei der KIBIS verzeichnet, eine Betroffenenengruppe existiert bisher nicht. Auch deutschlandweit sind zu diesem Themenbereich bisher kaum Gruppen zu finden

Zum Thema Alkoholabhängigkeit gibt es eine immer stärkere Ausdifferenzierung, die wir z.B. mit folgenden Stichwörtern versehen: Alkoholabhängigkeit - nur Frauen / - nur Angehörige / - Homosexuelle / - türkischsprachig / -russischsprachig / - polnischsprachig / -deutsch / -englisch / usw.

130 Selbsthilfegruppen zu Suchterkrankungen in der Region Hannover: Von den knapp 600 Selbsthilfegruppen in der Region Hannover beschäftigen sich gut 130 mit Suchterkrankungen bzw. süchtigem Verhalten. Allein für 116 Gruppen (November 2019) ist in der Datenbank der KIBIS das Stichwort „Alkoholabhängigkeit“ incl. der Zusätze (siehe oben) hinterlegt. Und doch ist nicht jede Gruppe für jede Person mit einem Alkoholproblem geeignet.

Akteur*innen: Die traditionellen Suchtverbände haben sich in der Vergangenheit mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit beschäftigt und letztlich mit den Hürden des Lebens. Teilweise sind sie gemeinsam älter geworden und die Themen in der Gruppenarbeit passen sich den aktuellen Lebenslagen an, z.B. Pflege oder Situationen von pflegenden Angehörigen.

Neugründungen von Selbsthilfegruppen im Themenbereich Sucht



Bei neueren Gruppen kommt das Thema Drogenabhängigkeit (also illegale Stoffe) bzw. multipler Substanzgebrauch hinzu. Betroffene, die diese Erfahrungen gesammelt haben, kommen teilweise aus ganz anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen und haben in kritischen Phasen evtl. alle Konventionen über Bord geworfen. Damit kommen sehr unterschiedliche Lebensgeschichten zusammen und ändern die Zusammensetzungen in den Gruppen. Nicht alle schaffen oder wollen den Wandel. Die Selbsthilfe allgemein beschäftigt sich – ebenso wie die Gesellschaft – mit dem Thema Generationswechsel. Gerade Vereine und Verbände mit einer langen Tradition und der Aufgabe der Vereinsverwaltung stehen vor diesen Herausforderungen, wenn sie weiterhin aktiv sein wollen. Typische Klagen sind: Es will sich keiner mehr engagieren, junge Leute wollen sich nicht festlegen, sie informieren sich nur noch über das Internet, keiner will mehr Verantwortung übernehmen usw.

„Von den knapp 600 Selbsthilfegruppen in der Region Hannover beschäftigen sich gut 130 mit Suchterkrankungen bzw. süchtigem Verhalten.“

In den klassischen Suchtgruppen sind Teilnehmer*innen häufig über sehr viele Jahre dabei und tragen damit das Gruppen- oder auch Vereinsgeschehen. Es ist nicht selten, dass Gruppensprecher*innen erst durch schwere Erkrankungen, Altersschwäche oder Versterben ausscheiden. Diese sehr engagierten Menschen hinterlassen häufig „große Schuhe“, die sich andere nicht trauen anzuziehen. In den letzten Jahren hatte dieses auch zur Folge, dass sich alteingesessene Gruppierungen auflösen mussten.

Aus unserer Sicht ist die organisierte Selbsthilfe aber unverzichtbar, denn sie schafft es, gut nach außen zu gehen und die Belange von Suchtkranken ins professionelle Gesundheits- und Sozialsystem zu kommunizieren. Die Verbände hatten großen Einfluss auf die gesamte Suchthilfe und diese Betroffenenkompetenz ist sicherlich auch für die Zukunft von großer Bedeutung.

Die in der Nds. Landesstelle für Suchtfragen organisierten Suchtselbsthilfeverbände beschäftigen sich schon seit längerem mit diesen Herausforderungen

und haben deutliche Weichen gestellt. Die Ergebnisse einer umfangreichen Evaluation mit den Vorstellungen und Wünschen von Betroffenen, die in stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen waren, liegen jetzt vor. Die Suchtselbsthilfe steht vor der Aufgabe, ihre Öffentlichkeitsarbeit und das Gruppengeschehen so zu gestalten, dass junge Suchtkranke und drogenabhängige Menschen es attraktiv finden, sich den Gruppen anzuschließen. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Wandel vollzieht und wie sich neue Formen der Gruppenarbeit integrieren lassen.

Formen der Gruppenarbeit: Die Selbsthilfegruppen arbeiten völlig autonom, gestalten ihre Gruppenarbeit sehr unterschiedlich und benennen natürlich ihre Themen. Diejenigen, die zusammenkommen, können alles frei entscheiden (Zielgruppe, Dauer, Ort, Häufigkeit der Treffen, Gruppenregeln, Gesprächsregeln etc.). Deutschlandweit ist zu beobachten, dass junge Menschen hier teilweise ganz eigene Bedürfnisse haben. Viele unserer Kolleg*innen haben in den letzten Jahren gezielt Projekte gestartet, mit denen junge Menschen angesprochen werden sollen. Inzwischen können erste Erkenntnisse für die Selbsthilfeunterstützung abgeleitet werden.

Beispiele für neue Formen der Gruppenarbeit - Onlinegruppen, Foren, Chats: Zu Beginn der ersten Selbsthilfegruppen, deren Teilnehmer*innen ausschließlich über das Internet in Kontakt waren, wurden diese „Zusammenkünfte“ sehr kritisch diskutiert. Von gestandenen Gruppenmitgliedern aus traditionellen Verbänden aber auch aus der Selbsthilfeunterstützung gab es viele Vorbehalte. Inzwischen haben sich diese Formen etabliert und weitere Ausgestaltungen hervorgebracht. Bspw. haben sich immer wieder Teilnehmende bei der KIBIS gemeldet, weil sie nach einer Zeit des Online-Austauschs nun doch die persönliche Begegnung suchten. Einige sind in die klassische Selbsthilfearbeit übergegangen, andere nutzen die Online-Gruppen zur Ergänzung.

Keine festen Gruppentreffen: Einige Betroffene (größtenteils jüngere) möchten keine festgelegten Gruppentreffen und nicht unbedingt im Stuhlkreis sitzen. Über das gemeinsame Tun oder Erleben bei Freizeitaktivitäten (Grillabende, sportliche Aktivitäten, Wanderungen, Bootfahren, Besichtigungen, Teilnahme an Kulturveranstaltungen) werden Verbindungen hergestellt und der Austausch vorangebracht. Mit den digitalen Kommunikationsmöglichkeiten (Facebook, Twitter, Instagram, interne Bereiche auf Homepages, WhatsApp etc.) verändern sich Kontakte, Absprachen oder auch Aktivitäten. Das Wesen der Selbsthilfe, also der Austausch mit Gleichbetroffenen, bleibt erhalten, findet aber neue Wege.

Themenunabhängige Gruppen: Ein „neues Phänomen“ ist aus den Projekten mit der Jungen Selbsthilfe entstanden. An vielen Orten haben sich Gruppen gegründet, die sich nicht ausschließlich mit einem Krankheitsbild oder einer Problemlage beschäftigen. Es geht mehr darum, dass Menschen zusammenkommen, die allgemein eine Beeinträchtigung haben, mit der sie ihr Leben gestalten müssen. Es geht also nicht vordergründig um Wissenserweiterung bzgl. der konkreten eigenen Problemlage oder den Austausch über Behandlungsmöglichkeiten. Gespräche in der Gemeinschaft und das damit verbundene Zugehörigkeitsgefühl ist wichtig. Die Anteilhabe an anderen Problemlagen ermöglicht eine weitere Sicht und vielleicht auch die Relativierung der eigenen Lage.

MORGEN | Selbsthilfe entwickelt sich ständig weiter

Die Selbsthilfe macht, was sie will, und das ist gut so! Es ist sozusagen das Wesen der Selbsthilfe. Die Menschen, die zusammenkommen, entscheiden alles autonom und finden gemeinsam heraus, was ihnen guttut. Dieser Weg ist teilweise recht kurvig, bietet aber unglaubliche Entwicklungsmöglichkeiten für die Gruppe und auch für den Einzelnen. Es gibt kein richtig oder falsch! Beratungsmöglichkeiten stehen inzwischen ausreichend zur Verfügung und ebenso bestehen Gelegenheiten des Austausches zwischen den Gruppen. Die lange und erfolgreiche Geschichte der Selbsthilfe hat bewiesen, dass Menschen für sich das Richtige herausfinden und das werden sie auch in der Zukunft – auch in der Suchtselbsthilfe.



Bild: © Andrey Popov-Adobe-Stock.com

REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

Auswertung der regionalen Psychiatrie-berichterstattung (Berichtsjahr 2018¹)
von Hermann Elgeti (Stabsstelle Sozialplanung
im Dezernat für Soziale Infrastruktur, Region
Hannover)

Zusammenfassung

Der Auswertungsbericht beschreibt zunächst das seit 2000 in der Region Hannover umgesetzte EDV-gestützte Konzept der kommunalen Psychiatrieberichterstattung (K-PBE). Anschließend wird die längerfristige Entwicklung der Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen dargestellt, auch im niedersächsischen Vergleich. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen von 2016 empfiehlt einen Ausbau der Landespsychiatrieberichterstattung (N-PBE) und eine verstärkte Nutzung seiner Ergebnisse für die Koordination und Steuerung des Versorgungssystems. In der Kombination von K-PBE und N-PBE sind in der Region Hannover schon jetzt Analysen zum Ist-Zustand für einige Angebotsformen möglich. Dabei werden nicht nur Platzkapazitäten und ihre

wohnortnahe Verfügbarkeit in den Blick genommen, sondern auch die Nutzergruppen der Hilfsangebote und die Betreuungskontinuität. Die zeitliche Entwicklung (Längsschnitt) und die aktuelle Situation (Querschnitt) in Versorgungsregionen, Angebotsformen und Hilfsangeboten werden analysiert.

Mit den in die Auswertung einbezogenen 18.861 Datensätzen dürften nach Abzug von Doppelzählungen rund 50% der Personen erfasst sein, die in der Region Hannover 2018 institutionsbezogene psychiatrische Hilfen in Anspruch nahmen. Die meisten kommen vom Sozialpsychiatrischen Dienst mit einer Zentralstelle, elf dezentralen Beratungsstellen für Erwachsene und einer für Kinder und Jugendliche. Der Umfang seiner Fallarbeit zeigt einen sehr engen Zusammenhang mit der Höhe der Arbeitslosigkeit im Einzugsgebiet. Das ist ein Hinweis auf eine bedarfsgerecht ausgestaltete wohnortnahe Versorgung, was in der Tendenz auch für die Suchtberatungsstellen und das ambulant betreute Wohnen (abW) im Rahmen der Eingliederungshilfen gilt. Die Nutzergruppen dieser drei Angebotsformen weisen einen stabil hohen Risikoscore auf, Zeichen für einen guten Zielgruppenbezug. Die Inanspruchnahme des abW ist in der Region Hannover nicht gedeckelt und liegt dennoch

¹Die Anlagen, auf die im Beitrag verwiesen wird, finden sich auf der Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover www.hannover.de/spv und „Empfehlungen/ Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“

unter dem Landesdurchschnitt, im Gegensatz zu den Wohnheimen, in denen auch viele Menschen von auswärts betreut werden.

Zur besseren Ausschöpfung des Potentials der Berichterstattung wird empfohlen:

- Eine verstärkt digitale Datenerhebung bei der K-PBE, durch online-Eingabe in das EDV-Programm oder Übermittlung der Datensätze in einer Excel-Tabelle aus einer dafür adaptierten EDV-Basisdokumentation der Einrichtung;
- Beteiligung aller Einrichtungsträger im Sozialpsychiatrischen Verbund an der Datenerhebung und Nutzung der Auswertungen für die Qualitätsentwicklung auch der eigenen Hilfsangebote;
- Verknüpfung der Auswertungsergebnisse zur K-PBE und N-PBE mit denen zur personenzentrierten Hilfeplanung und weiteren relevanten Daten sowie deren kombinierte Nutzung für eine systematische Qualitätszirkelarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Einführung

Rahmenbedingungen und Datenquellen: Der Bericht unterstützt die Erstellung und regelmäßige Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans (SpP) der Region Hannover über den Bedarf und das gegenwärtige Angebot an Hilfen für psychisch Kranke gemäß § 9 NPsychKG. Er bietet auch einen quantitativen Überblick zur Versorgung von Menschen mit seelischen Behinderungen für das Handlungsfeld „Inklusion von Menschen mit Behinderungen fördern“ der Region. Die Vollversammlung des SpV hat im Jahre 2000 die Einführung der kommunalen bzw. regionalen Psychiatrieberichterstattung (K-BPE) empfohlen. Dabei werden neben Daten zur kleinräumigen Sozialstruktur Angaben aus den statistischen Jahresberichten von Einrichtungen ausgewertet, die Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) der Region sind. Diese Jahresberichte werden auf einheitlichen Datenblättern (DB² A-C; Anlage 1) von den Einrichtungsträgern als Papierversion, formatierte Excel-Tabelle oder in Form einer online-Eingabe in das dafür bereitstehende EDV-Programm erbeten. Sie werden seit 2004 auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) landesweit zur Nutzung empfohlen.² Daten

aus der Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen (N-PBE), die in die letzten Auswertungsberichte einbezogen wurden, standen letztmalig für das Berichtsjahr 2017 zur Verfügung.³ Deshalb fehlen für das Berichtsjahr 2018 aktuelle Daten zur Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten, die bisher aus der N-PBE gewonnenen wurden, und Vergleiche mit landesweiten Durchschnittswerten.

Zielsetzung, Konzeption und Durchführung: Ziel ist es, aussagekräftige Daten über den Ist-Zustand der psychiatrischen Versorgung zu gewinnen, um Qualitätsentwicklung zu betreiben sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Das Konzept sieht die Berechnung von insgesamt 28 Kennzahlen vor (Anlage 2). Sie beziehen sich sowohl auf einzelne Hilfsangebote und die dort betreuten Patientengruppen als auch auf die Sozialstruktur der Einzugsgebiete und Indikatoren zur regionalen Versorgung in definierten Angebotsformen (Anlage 3). Der Bericht wird jährlich im Auftrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region erstellt und in der Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ des SpV abgestimmt. Zur Eingabe und Auswertung der Daten steht im Zentrum für Informationsmanagement der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein EDV-Programm bereit.⁴ Die Einrichtungen, die sich an der Berichterstattung beteiligen, können das Programm nach entsprechender Schulung und Vergabe einer jährlich zu aktualisierenden Zugangsberechtigung zur Eingabe nutzen und sich die Kennzahlen für jeweils ihre Angebote berechnen lassen. Die Anzahl derjenigen Angebote, die für ihre Angaben zum DB A-B und/ oder DB C einen elektronischen Weg der Datenübermittlung (online-Eingabe oder Excel-Tabelle) wählten, stieg in den letzten vier Berichtsjahren an: 2015 waren es 22 von 85 Angeboten (26%), 2016 44 von 102 (43%), 2017 48 von 92 (52%), 2018 59 von 122 (48%). Dazu trü-

²Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen. In: Elgeti H, Schmid R, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Jahrbuch 2016 Psychiatrie in Niedersachsen (Band 8). Köln: Psychiatrie-Verlag (2016); S. 167-175.

³Elgeti H (2017): Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2016 (Stand: 30.10.2017). Zusammenstellung für das Sozialministerium, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Mitglieder des Landesfachbeirates Psychiatrie Nieder

gen auch sieben gut besuchte Schulungen bei, die zwischen November 2015 und Dezember 2018 in der MHH durchgeführt wurden.

Überblick zu Versorgungsangeboten und ihrer Inanspruchnahme

Längerfristige Entwicklung in der Region Hannover bis 2017: Eine erste Studie zum Umfang psychiatrischer Hilfen im Gesamtgebiet der Landeshauptstadt und des damaligen Landkreises Hannover führte bereits vor 50 Jahren Heiner Frost durch.⁵ Seitdem wurden viele ambulante und teilstationäre Angebote neu geschaffen bzw. schrittweise ausgebaut. Im stationären Bereich sank die Zahl der Klinikbetten von 1967 bis 1998 um 60% (Abnahme von 2781 auf 1101), während im selben Zeitraum fast ebenso viele psychiatrische Wohn- und Pflegeheimplätze hinzukamen (Anstieg von 230 auf 1862). Nach 1998 wurden vor allem die Kapazitäten von Tageskliniken, Tagesstätten und Angeboten ambulant betreuten Wohnens stark ausgebaut (Tabelle 1). Der sprunghafte Anstieg der Wohnheimplätze in der Eingliederungshilfe (EGH) nach SGB XII zwischen 2006 und 2010 ist auf die Umwidmung

bisheriger Pflegeheim-Kapazitäten (SGB XI) zurückzuführen. Bei der Anzahl der Klinikbetten ist zu berücksichtigen, dass das Klinikum der Region Hannover (KRH) Psychiatrie Wunstorf ein über die Regionsgrenzen hinausgehendes Einzugsgebiet gemeinsam mit der Burghof-Klinik Rinteln versorgt, das auch die Landkreise Nienburg und Schaumburg umfasst.

Vergleiche mit dem landesweiten Durchschnitt:

Die Region Hannover ist mit einer Einwohnerzahl von 1,2 Mio. bei weitem die größte kommunale Gebietseinheit in Niedersachsen und sollte alle notwendigen Hilfen für psychisch erkrankte Menschen anbieten. Andere Kommunen sind in der Regel nicht in der Lage, auf ihrem Gebiet Spezialangebote für die besonderen Bedürfnisse aller Nutzergruppen vorzuhalten. Aus diesem Grund eröffnet das NPsychKG in § 8 benachbarten Sozialpsychiatrischen Verbänden die Möglichkeit einer Kooperation. Im Rahmen der N-PBE wird Niedersachsen inzwischen unterhalb der Ebene der ehemaligen vier Regierungsbezirke in insgesamt 12 Versorgungsregionen gegliedert (Anlage 5).⁶ Die Landkreise bzw. kreisfreien Städte einer Versorgungs-

Tab. 1: Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region Hannover

Berichtsjahr	1998	2006	2010	2012	2014	2016	2017
Facharztpraxen Erwachsenenpsychiatrie*			52,9	58,2	56,5	60,9	59,2
Facharztprax. Kinder-Jugendpsychiatrie*			22,0	30,0	30,0	32,0	32,0
Psychotherapiepraxen Erwachsene*			251,8	256,8	277,5	267,6	261,5
Psychotherapieprax. Kinder, Jugendliche*			57,0	76,0	79,3	82,5	82,5
belegte Plätze ambulant betr. Wohnen	291	~1000	1363	1507	1521	1671	1711
Platzkapazität Tagesklinik Erwachsene	118	136	233	271	299	348	366
Platzkap. Tagesklinik Kinder, Jugendliche	5	20	20	30	42	42	42
Platzkapazität Tagesstätten	109	187	195	248	263	344	384
Klinikbetten Erwachsenenpsychiatrie	1032	865	870	870	914	914	906
Klinikbetten Kinder-Jugendpsychiatrie	69	98	103	109	109	109	109
Platzkapazität Wohnheime	525	646	1398	1535	1512	1646	1722

*) Vollzeitäquivalente der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum zugelassenen bzw. angestellten Fachärzte für Erwachsenenpsychiatrie bzw. Nervenheilkunde und für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche (seit 2009 für die N-PBE zur Verfügung gestellt von der Kassenärztlichen Versorgung Niedersachsen)

⁵Bott OJ, Elgeti H, Schmidt S (2015): Entwicklung eines Sozialpsychiatrischen Informationsmanagement für Niedersachsen 2010-2015. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.): Jahrbuch 2014/15 Psychiatrie in Niedersachsen. Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 202-215.

⁶Frost H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. Hannover: Medizinische Hochschule (Eigendruck)

⁶Elgeti H (2018): Weiterhin erhebliche Ungleichheiten zwischen den Versorgungsregionen – Auswertungsbericht zur Landespsychiatriebereichterstattung für die Berichtsjahre 2015 und 2016. In: Elgeti H, Piel A, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Jahrbuch 2017/18 Psychiatrie in Niedersachsen (Band 9). Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 167-182

region 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.

Zwischen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der sozialen Lage der Bevölkerung bestehen enge Zusammenhänge. In der Region Hannover gibt es aufgrund der überdurchschnittlichen urbanen Verdichtung und der vergleichsweise höheren Arbeitslosigkeit einen größeren Bedarf an gemeindepsychiatrischen Hilfsangeboten. Entsprechend umfangreicher sind die voll- und teilstationären Platzkapazitäten in Kliniken (Betten und Tagesklinikplätze) sowie die in Praxen des KVN-Systems tätigen Fachärzte und Psychotherapeuten.

Was die Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung (einschließlich Suchtkranke) betrifft, lag die Platzkapazität pro 100.000 Einw. in der Region Hannover 2017 bei den Tagesstätten (33 versus 25) und Wohnheimen (149 versus 96) über dem landesweiten Durchschnitt. Die im Land sehr ungleiche Verteilung der Platzkapazitäten in EGH-Wohnheimen beruht auf den traditionell gewachsenen Angebotsstrukturen im Heimbereich und geht mit einer nicht selten heimatfernen Betreuung entsprechend hilfsbedürftiger Personen einher. Wie hoch ist dieser Anteil in der Region Hannover? Er lässt sich für das Berichtsjahr 2016 mit folgender Berechnung abschätzen: Nach dem niedersächsischen Kennzahlenvergleich in der EGH gab es zum Stichtag 31.12.2016 in Zuständigkeit der Region Hannover 1.213 Leistungsbezieher stationärer EGH mit der Leitsymptomatik „seelische Behinderung“ oder „chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängige Menschen“. Das sind 75% der hier verfügbaren Kapazität an Plätzen in EGH-Wohnheimen (N=1646). Ohne Berücksichtigung der auswärts betreuten Personen mit letztem Wohnsitz in der Region fallen also 25% der in diesen Wohnheimen betreuten Personen in die Zuständigkeit anderer kommunaler Gebietskörperschaften, da sie dort ihren letzten Wohnsitz hatten. Landesweit beträgt der so geschätzte Anteil 91%; was bedeutet, dass 9% der in niedersächsischen

EGH-Wohnheimen betreuten Personen aus anderen Bundesländern stammen.

Zehn der 26 in der Region Hannover angesiedelten EGH-Wohnheime für diesen Personenkreis (AF 33, AF 36) haben sich für das Berichtsjahr 2018 mit insgesamt 16 verschiedenen Angeboten an der patientenbezogenen anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt. Von den insgesamt 715 Datensätzen lag bei 457 (64%) der letzte Wohnsitz vor Heimaufnahme in der Region Hannover, bei 239 (33%) außerhalb; in 10 Fällen bestand vorher Wohnungslosigkeit, in 9 war der letzte Wohnsitz unbekannt. Danach dürfte die von Personen aus der Region Hannover genutzten Platzkapazitäten in der EGH-Wohnheimen zwischen 95 und 112 Plätzen pro 100.000 Einw. liegen, also in der Nähe des niedersächsischen Durchschnitts, der bei 96 liegt.

Beim ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung bzw. Suchterkrankung wurden in der Region Hannover 2017 im Vergleich zum Landesdurchschnitt weniger Plätze belegt: Hier wurden 148 Plätze pro 100.000 Einw. gezählt, während es im niedersächsischen Durchschnitt 177 Plätze waren, deutlich mehr noch in den Versorgungsregionen Braunschweig (213) und Göttingen (435). Im Vergleich mit der Region Hannover war die Inanspruchnahme des ambulant betreuten Wohnens in Niedersachsen bei vergleichbarer Siedlungsdichte der Kommunen im Jahr 2017 deutlich höher und stieg landesweit zwischen 2009 und 2017 stärker an.

Im Auftrag des niedersächsischen Sozialministeriums und der kommunalen Spitzenverbände hat die Geschäftsstelle des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen 2018 mögliche Zusammenhänge zwischen dem Engagement der SpDi in der Fallarbeit und der Anzahl von Leistungsbeziehern in der EGH untersucht. Die Ergebnisse wurden in den Gesundheits- und Sozialausschüssen des Landkreis- und Städtetags vorgestellt.⁷ Dabei zeigte sich, dass sowohl die Anzahl der im SpDi betreuten Personen von dem Umfang an Fachkräften abhängt, die im SpDi

⁷ Elgeti H (2019): Stattet die Sozialpsychiatrischen Dienste besser aus – es lohnt sich! Sozialpsychiatrische Informationen 49 (2): 46-51

für die Fallarbeit tätig sind, als auch die Anzahl der Leistungsbezieher stationärer EGH von der vor Ort verfügbaren Platzkapazität in EGH-Wohnheimen. Der Umfang der SpDi-Fallarbeit und die Inanspruchnahme von EGH-Leistungen nimmt mit steigender Arbeitslosigkeit und Siedlungsdichte der Kommune zu.

Bei diesen Untersuchungen ergaben sich plausible Hinweise darauf, dass bei vergleichbarer Sozialstruktur der Kommune ein größerer Umfang der Fallarbeit im SpDi mit einer verminderten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer EGH-Leistungen einhergeht. In Kommunen, die bei der Planung von Eingliederungshilfen für Menschen mit seelischer Behinderung dem SpDi die Federführung überlassen, ist die Inanspruchnahme insbesondere ambulanter EGH-Leistungen deutlich geringer. In diesen Zusammenhängen liegt möglicherweise ein Grund für die relativ geringe Inanspruchnahmeziffer im abW in der Region Hannover; denn der hiesige SpDi zeigt ein vergleichsweise überdurchschnittlich großes Engagement in der Fallarbeit, insbesondere auch bei der Planung von Eingliederungshilfen.

Ergebnisse zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme

Beteiligung der Leistungserbringer an der Berichterstattung: Der Großteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen wird ausschließlich von niedergelassenen Haus- bzw. Fachärzten und Psychotherapeuten versorgt. Die Gesamtzahl derjenigen, die in der Region Hannover innerhalb eines Jahres unabhängig davon mindestens ein institutionelles psychiatrisches Hilfsangebot in Anspruch nimmt, lässt sich bisher nur grob schätzen. Es dürften rund 30.000 sein, die je zur Hälfte entweder ausschließlich teil- bzw. vollstationäre Einrichtungen (Tageskliniken und Kliniken, Tagesstätten und Heime) nutzen oder nur bzw. zusätzlich ambulante Hilfen in Anspruch nehmen. Bei diesen ambulanten Hilfen handelt es sich hauptsächlich um folgende Angebote:

- Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken für Erwachsene (PIA; AF 10),
- Sozialpsychiatrische Dienste für Erwachsene (SpDi; AF 50),
- Angebote der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP; AF 14)

- Angebote des ambulant betreuten Wohnens (abW; AF 13)
- spezielle ambulante Hilfen für Suchtkranke (PIA-Sucht und Sucht-BS; AF 16).

Zusammenfassende Auswertungen zu den Angaben der Einrichtungen für ihre Hilfsangebote (DB A-B) wurden bisher nur für die Jahre 2001, 2004 und 2006 erstellt, da die Beteiligung in den späteren Jahren immer unter 50% lag (Anlage 4.1).⁸ Bezogen auf die patientenbezogene Berichterstattung konnten im Berichtsjahr 2018 18.861 DB C zur anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden (Anlage 4.2). Den größten Teil davon liefert seit Beginn der Datenerhebung vor 18 Jahren der SpDi, der u.a. auch EGH-Maßnahmen für Menschen mit seelischen Behinderungen plant, vor allem im abW (AF 13), in Tagesstätten (AF 23) und Wohnheimen (AF 33). Abzüglich der damit verbundenen Doppelzählungen dürften über die K-PBE bisher etwa die Hälfte der Personen erfasst sein, die in der Region Hannover von institutionellen psychiatrischen Hilfsangeboten beraten, behandelt, betreut oder begutachtet werden. Insbesondere zur Inanspruchnahme der ambulanten, teil- und vollstationären Leistungen der psychiatrischen Kliniken (AF 10-11, 20-21 und 30-32) gibt es bisher keine Informationen. Eine Ausnahme bildete in den Jahren 2001 bis 2010 die nicht mehr bestehende Sozialpsychiatrische Poliklinik List der MHH mit ihrer PIA (seit 2001) und ihrem tagesklinischen Programm (ab 2008).

Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme: Für die AF 13 und AF 50 ist die Beteiligung inzwischen so vollständig, dass eine Berechnung der regionalen Inanspruchnahmeziffer (K26) für die einzelnen Versorgungssektoren zu aussagekräftigen Ergebnissen führt (Anlage 6). Mit Einschränkungen gilt das auch für die AF 16, wobei es hier außer den von der Region geförderten Sucht-BS auch spezielle suchtmedizinische Angebote in den Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken (PIA-Sucht) gibt, von denen keine Daten vorliegen. So könnte die ver-

⁸ Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997-2007. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; S. 133-147

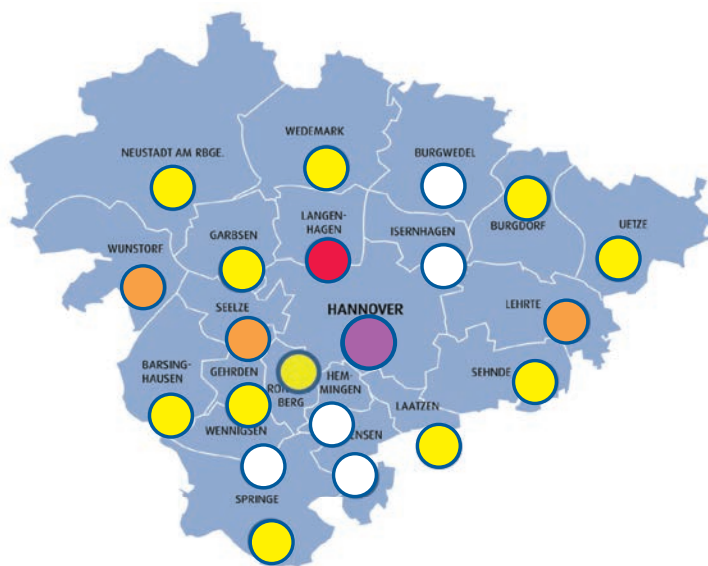
gleichsweise geringe Inanspruchnahme der Sucht-BS durch Personen mit Wohnadresse im Sektor 10 (SpDi BS Langenhagen) damit zusammenhängen, dass die KRH Psychiatrie in Langenhagen eine spezialisierte PIA für Suchtkranke unterhält. Der statistische Zusammenhang zwischen dem Arbeitslosenanteil in der Bevölkerung als Indikator für soziale Problemlagen und der Inanspruchnahmeziffer im abW, bei den Sucht-BS und insbesondere beim SpDi ist sehr groß.⁹ Die innenstadtnahen Versorgungssektoren 3, 4 und 5 stehen sowohl beim Arbeitslosenanteil als auch bei der Inanspruchnahmeziffer an der Spitze.

Im Vergleich zum linearen Zusammenhang wird das abW (AF 13) im Sektor 6 (BS Hannover-List) deutlich stärker genutzt, im Sektor 9 (BS Laatzen) in viel geringerem Ausmaß (Anlage 6). Für diese Angebotsform gibt es zumindest für das Umland der Region noch die Möglichkeit einer kleinräumigen Auswertung. Der Fachbereich Soziales der Region lieferte zum Stichtag 31.12.2018 eine Aufstellung der belegten Plätze, differenziert nach Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse der betreuten Personen. Zwischen den daraus berechneten Inanspruchnahmeziffern und dem Anteil von Arbeitslosen an der Bevölkerung der Umland-Kommunen ist die Korrelation im Vergleich zur Auswertung nach Versorgungssektoren gering.

Diesem Phänomen liegen Unregelmäßigkeiten in der Versorgung zwischen den einzelnen Kommunen der Umland-Sektoren zugrunde (Abbildung 3). So werden in den Städten Langenhagen (Sektor 10), Wunstorf (Sektor 8), Lehrte (Sektor 7) und Seelze (Sektor 1) deutlich mehr Plätze im abW belegt als in den übrigen Städten bzw. Gemeinden des entsprechenden Versorgungssektors. Eine Erklärung dafür könnte die Tatsache sein, dass in diesen Städten einige größere Leistungserbringer ihren Sitz haben und Betreuungen in ihrem näheren Umfeld bevorzugen. Möglicherweise haben aber auch hilfsbedürftige Menschen im Anschluss an einen Heimaufenthalt in den betreffenden Städten vermehrt am selben Ort eine eigene Wohnung bezogen, sei es, weil sie dort eher eine bezahlbare Wohnung gefunden haben, sei es, dass sie in der Nähe „ihres“ Wohnheims bleiben wollten. Auf der anderen Seite lassen die vergleichsweise niedrigen Inanspruchnahmeziffern für die Städte Garbsen und Laatzen mit ihrer vergleichsweise hohen Siedlungsdichte daran denken, dass es hier bisher nicht erkannte Bedarfe für abgeben könnte.

⁹ Elgeti H (2018): Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatriebericht-erstattung für das Berichtsjahr 2016. In: Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover (Hg.): Sozialpsychiatrischer Plan des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover (Eigendruck); S. 60-62

Inanspruchnahme ambulant betreutes Wohnen (AF 13) nach Kommune belegte Plätze pro 100.000 Einw. am Stichtag 31.12.2018 nach örtl. Sozialhilfeträger*



Barsinghausen: 56	Lehrte: 125
Burgdorf: 61	Neustadt: 79
Burgwedel: 42	Pattensen: 32
Garbsen: 82	Ronnenberg: 70
Gehrden: 56	Seelze: 118
Hannover: 235	Sehnde: 53
Hemmingen: 45	Springe: 91
Isernhagen: 24	Uetze: 52
Laatzen: 63	Wedemark: 65
Langenhagen: 165	Wennigsen: 47
	Wunstorf: 115

*) Farbliche Markierung: weiß: 0-49, gelb: 50-99, orange: 100-149, rot: 150-199, lila: ≥200

Psychosozialer Risikoscore: Definition und Bedeutung

Der in der K-PBE eingesetzte psychosoziale Risikoscore (psR) wurde in der Region Hannover entwickelt, um wichtige und leicht messbare Einflussfaktoren auf den Verlauf einer seelischen Erkrankung in einer Kennzahl (K13) zusammenfassen. Aus acht psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen (Merkmale 3.1 bis 3.8 des Datenblattes C) wird der psR berechnet. Vier Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der Betroffenen (3.1-3.4), vier weitere das Ausmaß ihrer sozialen Desintegration (3.5-3.8). Je stärker die Ausprägung des Merkmals, desto höher das Risiko für einen komplizierten Verlauf der Erkrankung. Bei Nutzung des Standard-Formulars für das Datenblatt C (Anlage 1) kann der psR nur bei erwachsenen Menschen berechnet werden. Deshalb wurde für Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahre 2012 ein modifiziertes Datenblatt C entwickelt, dessen Merkmale 3.1 bis 3.8 so definiert sind, dass auch bei Personen unter 18 Jahren ein psR berechnet werden kann.

Die Merkmalsausprägungen müssen zwischen 1 und 4 liegen; nur beim Merkmal „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ wird auch ein Wert 0 (bisher kein Klinikaufenthalt) mit einbezogen. Fehlt die Angabe zu einem der acht Merkmale oder lautet sie „unbekannt/unklar“, ist eine Berechnung nicht möglich. Der Score wurde ursprünglich mit sechs Merkmalen (Merkmale 3.1-3.3 und 3.5-3.6 sowie 3.8 des Datenblattes C) bei den chronisch psychisch kranken Menschen eines Versorgungssektors zwischen 18 und 60 Jahren auf seine Aussagekraft erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für eine Langzeithospitalisation im zehnjährigen Untersuchungszeitraum anstieg mit zunehmendem psR-Wert beim Erstkontakt in einer der für das Einzugsgebiet zuständigen Einrichtungen.¹⁰ Der Risikoscore wurde später um die Merkmale „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (Merkmal 3.4) und „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (Merkmal 3.7) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Bei-

spiel der Nutzer von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden.¹¹

Fallbeispiel | Erwachsen – 46 Jahre:

- Manisch-depressiv erkrankt (Bipolare Störung ICD-10 F31 (3)),
- Ersterkrankung mit 28 Jahren (Alter bei Ersterkrankung 25-<45 Jahre: 3) und
- somit seit 18 Jahren erkrankt (Dauer seit Ersterkrankung ≥ 10 Jahre: 4),
- wurde vor sechs Jahren zum letzten Mal in der Klinik psychiatrisch behandelt (Dauer seit letztem Klinikaufenthalt 5-<10 Jahre: 3).
- lebt allein in eigener Wohnung (2),
- ist ohne Arbeitstätigkeit (4),
- trifft sich nicht täglich, aber mindestens einmal pro Woche mit Angehörigen oder Freunden (Freizeitkontakte mindestens wöchentlich: 2) und
- bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente (vorrangiger Lebensunterhalt durch Versicherungsleistungen: 2).

Der psR als Summenscore aus diesen acht Merkmalen kann grundsätzlich einen Wert zwischen 7 und 32 annehmen und beträgt in diesem Falle 23.

Im Einzelfall kann der psR-Wert ein Hinweis sein, wie schwerwiegend die Problematik der betroffenen Person ist, ersetzt aber nie die sorgfältige Bedarfsermittlung und individuelle Suche nach der jeweils am besten geeigneten Hilfeleistung. Betrachtet man jedoch die Nutzergruppen verschiedener Angebotsformen, so weisen sie bei einer intensiven Betreuung im stationären Setting höhere psR-Durchschnittswerte auf als bei einer kurzen Beratung im ambulanten Setting. Dienste und Einrichtungen mit einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung legen ihr Hauptaugenmerk auf chronisch und schwer psychisch beeinträchtigte Menschen mit sozialer Desintegration. Der Vergleich des psR-Durchschnittswertes bei Nutzergruppen verschiedener Hilfsangebote innerhalb einer Angebotsform zeigt, wie ausgeprägt ihr Zielgruppenbezug ist. Im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hanno-

¹⁰ Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft: 51-58

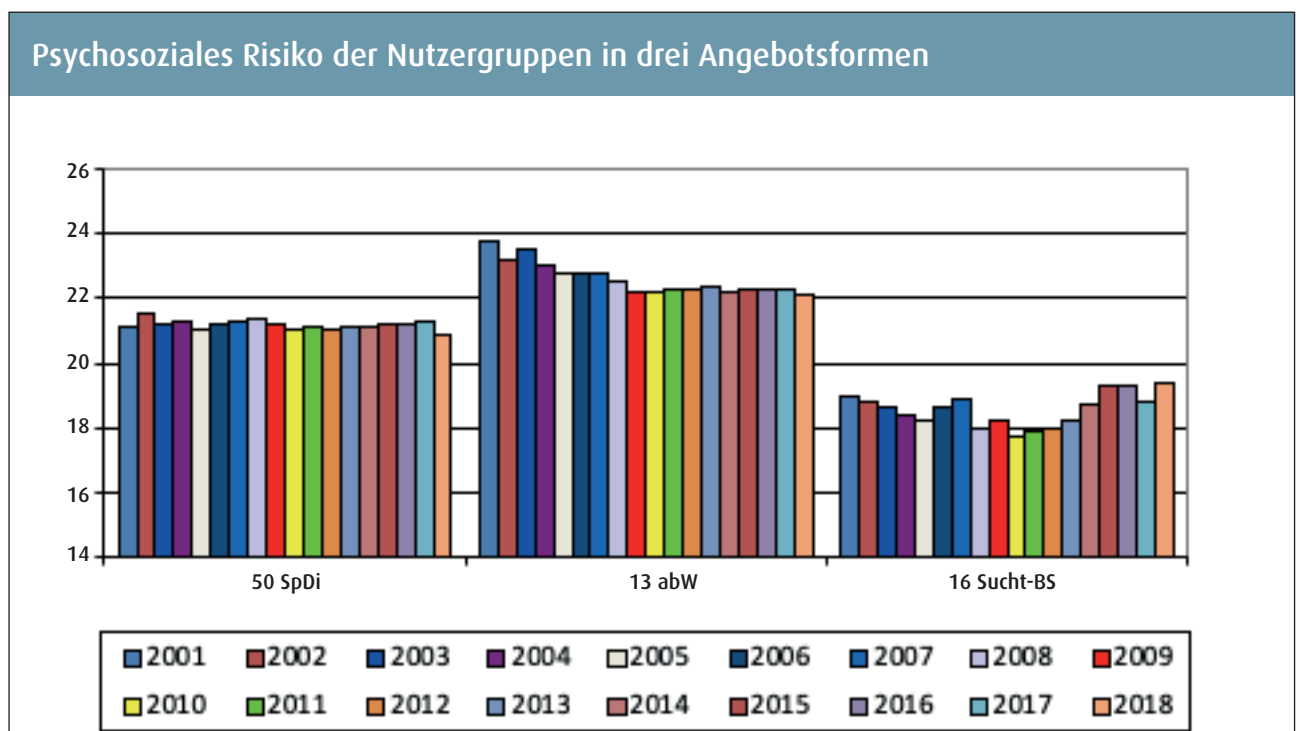
¹¹ Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

ver kommen die meisten Datenblätter C bisher von Hilfsangeboten der drei Angebotsformen SpDi (AF 50), abW (AF 13) und Sucht-BS (AF 16). Bei den Angeboten des abW ist der psR-Durchschnittswert von 2001 bis 2009 von 23,8 auf 22,2 abgesunken und hielt danach in etwa dieses Niveau (Abbildung 4). Recht konstant ist er im SpDi, schwankend bei den Sucht-BS, wobei hier die Beteiligung der Drogenberatungsstelle DROBS an der Datenerhebung ab 2015 zu einer Erhöhung des psR-Durchschnittswertes (und auch der Betreuungskontinuität) beitrug.

Längst nicht bei allen Datensätzen, die von den Hilfsangeboten geliefert werden, kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden, und der Anteil mit berechenbarem psR ist ein Hinweis auf die Datenqualität. Dieser hat bei den Sucht-BS (AF 16) zuletzt erheblich abgenommen und erreichte im Berichtsjahr 2018 je nach Angebot zwischen 41% und 96%, im Durchschnitt der Angebotsform 70% (nach nur 34% im Vorjahr). Dieser Wert liegt über dem Niveau des SpDi (AF 50; 67%) und des abW (AF 13; 61%). Wenn das allen Anbietern zur Verfügung stehende EDV-Programm zur Eingabe und Auswertung der Daten noch stärker genutzt würde, könnte hier eine weitere Verbesserung erzielt werden.

Der psR-Durchschnittswert von 22,1 beim abW (AF

13) bestätigt den vergleichsweise hohen Zielgruppenbezug dort, seine Bandbreite ist allerdings beträchtlich und reicht je nach Hilfsangebot von 20,5 bis 23,0. Dabei wurden nur die 15 von insgesamt 31 Hilfsangeboten berücksichtigt, die mehr als zehn Datensätze lieferten, von denen bei mindestens 50% der psR auch berechenbar war. Bei den Sucht-BS (AF 16) konnten nach den gleichen Kriterien sechs der sieben Hilfsangebote, die an der Datenerhebung beteiligt waren, einbezogen werden; hier lag der psR-Durchschnittswert bei 17,2 mit einer Bandbreite von 17,6 bis 20,4. Beim SpDi (AF 50) betrug der psR-Durchschnittswert für das Berichtsjahr 2018 20,9 mit einer Bandbreite von 19,9 bis 22,1, wobei hier elf der 12 Angebote berücksichtigt werden konnten. Die im abW geleisteten Hilfen sind im Vergleich mit denjenigen des SpDi und der Sucht-BS viel aufwändiger und erfolgen in der Regel auch kontinuierlich. Die durchschnittliche Betreuungsdauer im Berichtsjahr betrug im abW für das Berichtsjahr 2018 3,5 Quartale, mit mit einer großen Bandbreite von 1,0 bis 4,0 zwischen den einzelnen Hilfsangeboten. Die entsprechenden Durchschnittswerte für die Betreuungskontinuität liegen für den SpDi (Bandbreite: 1,6-1,9) und für die Sucht-BS (Bandbreite: 1,5 bis 2,2) jeweils bei 1,8.



Ergebnisse zu den Nutzergruppen von Hilfsangeboten

Unterschiede in der Zusammensetzung der Nutzergruppen: Der Vergleich einiger Merkmale der Nutzergruppen und der Kontinuität ihrer Betreuung bei den verschiedenen Angebotsformen macht einige charakteristische Unterschiede deutlich (Tabelle 2). Dabei bleiben diejenigen Angebotsformen unberücksichtigt, in denen sich nur ein Hilfsangebot an der Datenerhebung beteiligte oder weniger als 100 Datensätze zur Auswertung vorlagen (siehe Anlage 4.4-5). Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der ambulanten Behandlung in den Facharzt- und Psychotherapie-Praxen der kassenärztlichen Versorgung dominieren bei den institutionsgebundenen psychiatrischen Hilfsangeboten in der Regel die Männer. Sie tun sich oft schwer, die angebotenen Hilfen anzunehmen und durchzuhalten, häufiger als Frauen erleiden sie auch einen ungünstigen Krankheitsverlauf. Ihr Anteil (K9) überwiegt in allen aufgeführten Angebotsformen, sehr hoch ist er in den Werkstätten (AF 24: 68%) sowie in der ambulanten und stationären Suchthilfe (AF 16: 69% bzw. AF 36: 87%).

In der Suchthilfe sind die stationär betreuten Menschen durchschnittlich älter als die ambulant betreuten (K11 und K12). Mit Ausnahme der ambulanten Suchtarbeit (AF 16) haben die betreuten Personen häufig eine juristische Flankierung (K13) in Form einer gesetzlichen Betreuung (BtG-Betreuung). Der

Durchschnittswert beim psychosozialen Risikoscore (psR) der Nutzergruppen (K14) steigt von ambulanten zu teil- und vollstationären Betreuungsformen erwartungsgemäß an. Die Betreuungskontinuität (K15) ist in Werkstätten (AF 24) mit 3,7 Quartalen sowie beim abW (AF 13) und in allgemeinpsychiatrischen Wohnheimen (AF 33) mit jeweils 3,5 Quartalen pro Jahr besonders hoch.

Ein Vergleich der patientenbezogenen Kennzahlen in den AF 13, 16 und 50 mit den Vorjahren zeigt weitgehend stabile Ergebnisse (Anlage 7). Bei dem starken Anstieg der ausgewerteten Datensätze beim abW (AF 13) in den letzten Jahren kam es zu nur geringen Schwankungen bei den Durchschnittswerten der Kennzahlen. Der SpDi für Erwachsene (AF 50) lieferte diesmal etwas weniger Datensätze als im Vorjahr (11.703 versus 12.360), bei den Sucht-BS (AF 16) gab es eine geringfügige Zunahme (2.667 versus 2.511).

Beziehungen zwischen Inanspruchnahme, Kontinuität der Betreuung und Risikoscore der betreuten Personen: Es entspricht den sozialpsychiatrischen Grundsätzen der Hilfe zur Selbsthilfe, kurzfristige Angebote zur Konfliktberatung, Krisenintervention und Notfallhilfe für alle Betroffenen niederschwellig und ohne Wartezeit zugänglich zu machen. Längerfristige und aufwändige Betreuungen sollten sich dagegen auf Personen mit erhöhten psychosozialen Risiken konzentrieren. Sie sind sorgfältig zu planen und re-

Tabelle 2: Merkmale der Nutzergruppen nach Angebotsform 2018*

AF	Angebote		Anzahl DB C	Anteil Männer	<45 Jahre	≥65 Jahre	BtG Betreuung	Mittelwert Risikoscore	Quartale in Betreuung	
	Anzahl	Anteil								
	alle	mit DB C								
13	40	31	78%	2.199	54%	45%	6%	56%	22,1 (61%)	3,5
16	17	7	41%	2.667	69%	55%	4%	4%	19,4 (70%)	1,8
23	17	10	59%	267	57%	40%	6%	62%	22,5 (70%)	3,2
24	8	2	25%	243	68%	59%	0%	59%	22,9 (13%)	3,7
33	23	13	57%	533	62%	40%	8%	77%	25,7 (48%)	3,5
36	6	3	50%	182	87%	44%	7%	42%	27,0 (80%)	3,1
50	12	12	100%	11.703	53%	47%	14%	40%	20,9 (67%)	1,8

*) nur Angebotsformen mit mindestens zwei Hilfsangeboten und mehr als 100 Datensätzen

gelmäßig auf ihre Notwendigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Eine Möglichkeit, die Einhaltung dieses Grundsatzes empirisch zu überprüfen, ist die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Inanspruchnahme und Betreuungskontinuität nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos der Nutzergruppen entsprechender Hilfsangebote (Abbildung 4). Diese statistischen Zusammenhänge zeigen sich insbesondere bei den Sucht-BS (AF 16) und angedeutet auch beim SpDi. Beim abW für Menschen mit seelischen Behinderungen (AF 13), das nicht für kurzfristige Hilfen gedacht ist, variiert die Betreuungskontinuität kaum zwischen Gruppen mit geringerem und höherem Risiko. Zu bedenken ist, dass ambulante Hilfen mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten zur Steigerung der Betreuungsintensität gerade bei Menschen mit einem sehr hohen psychosozialen Risiko ($psR \geq 26$) an ihre Grenzen kommen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

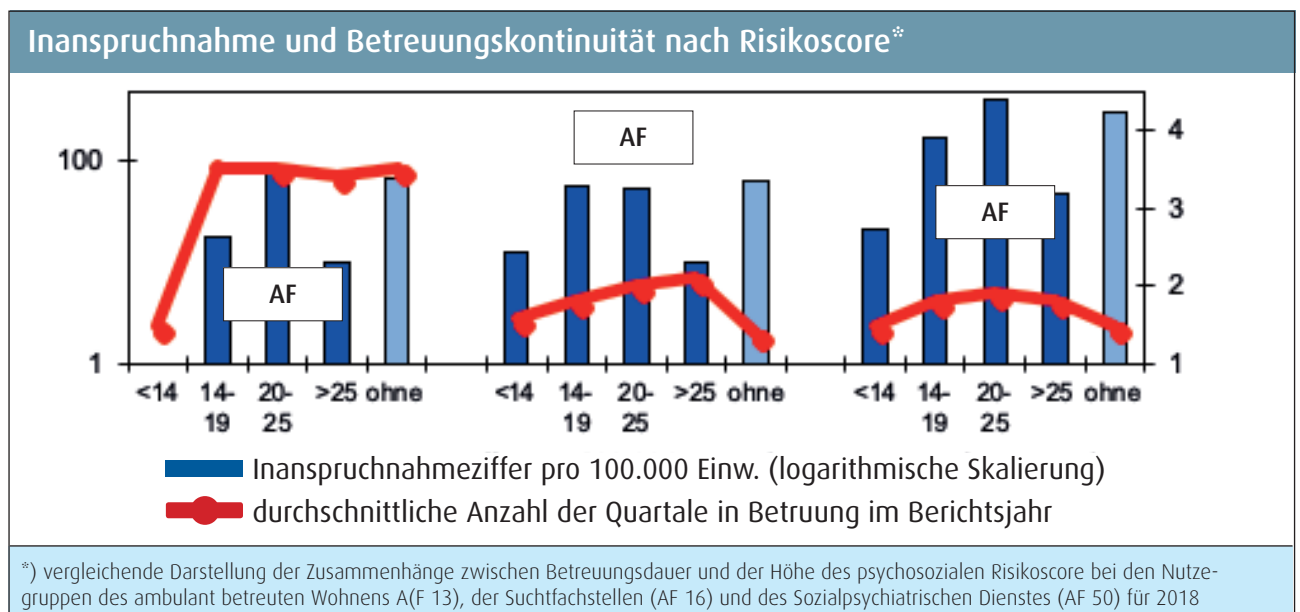
Die dargestellten Ergebnisse weisen für die Fallarbeit im abW, in den Sucht-BS und im SpDi auf einen erfreulich hohen Zielgruppenbezug und eine weitgehend gleichmäßige Versorgung der Region hin. Die sehr enge Korrelation zwischen der Inanspruchnahme des SpDi und der Arbeitslosigkeit in den einzelnen Versorgungssektoren legt nahe, dass seine Fallarbeit vorbildlich auf die teilregional unterschiedlich stark ausgeprägten Hilfebedarfe ausgerichtet ist. Diese Zusammenhänge sollten für eine differenzierte

Kalkulation des Personalbedarfs dezentralisierter sozialpsychiatrischer Hilfsangebote genutzt werden.

Bemerkenswert ist auch die im niedersächsischen Vergleich unterdurchschnittliche Inanspruchnahme des abW, obwohl die Sozialstruktur der Region Hannover das Gegenteil erwarten ließe. Eine mögliche Erklärung dafür ist die seit über 15 Jahren betriebene systematische Planung und Evaluation von EGH-Maßnahmen durch den SpDi. Auch die vergleichsweise gute Erreichbarkeit einer ambulanten Behandlung durch dezentral verfügbare PIA der Versorgungskliniken könnte hier eine Rolle spielen.

Am Beispiel des abW im Umland der Region zeigt sich der Wert einer kleinräumigen Analyse der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Das ruft nach einer Modifikation des Merkmals 2.3 im DB C. Statt nur den Versorgungssektor zu erfassen, in dem die betreute Person wohnt, könnte hier die jeweilige Wohnadresse künftig spezifischer dokumentiert werden, in der Landeshauptstadt Hannover der Stadtbezirk, im Umland der Region die Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse.

Vorgestellt werden konnte nur ein Ausschnitt aus den Auswertungsmöglichkeiten des Datenmaterials. Die Aussagekraft der Ergebnisse zur K-PBE würde weiter ansteigen, wenn sich mehr Einrichtungen an der Datenerhebung beteiligen würden. Das gilt



insbesondere für die Bereiche der ambulanten und stationären Pflege (SGB XI), der ambulanten, teil- und vollstationären Behandlung (SGB V) sowie der teil- und vollstationären Eingliederungshilfe (SGB XII). Hier müssten sich die jeweiligen Kostenträger so engagieren, wie es die Region in den letzten Jahren in Bezug auf die Sucht-BS und die Angebote des abW mit Erfolg getan hat. Den Einrichtungen stehen für ihre Hilfsangebote über eine personalisierte Zugangsberechtigung für das EDV-Programm differenzierte Auswertungsmöglichkeiten nach eigenen Interessen zur Verfügung. Ein allen Interessierten im Internet frei zugängliche Website enthält dazu weitere Informationen, einschließlich eines Online-Tutorials zur Eingabe und Auswertung der Daten. Wenn mehr Leistungserbringer ihre Daten¹² über online-Eingabe oder vorformatierte Excel-Tabellen liefern, vermindert sich der Aufwand, und die Datenqualität erhöht sich.

Wünschenswert ist aber nicht nur eine breitere Beteiligung der Leistungserbringer an der K-PBE mit vollständiger Lieferung der erbetenen Daten in guter Qualität, sondern auch eine systematische Nutzung der Ergebnisse für die Weiterentwicklung der regionalen Versorgung. Fachgruppen und Sektor-Arbeitsgemeinschaften sollten verstärkt das Angebot nutzen, sich für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich Sonderauswertungen vorstellen zu lassen und deren Ergebnisse für eine kontinuierliche Qualitätszirkelarbeit auf institutioneller und regionaler Ebene zu nutzen. Dabei sollten auch die Auswertungsergebnisse weiterer relevanter Dokumentationen herangezogen werden, z.B. der personenzentrierten Hilfeplanung und der Zwangsunterbringungen gemäß NPsychKG und Betreuungsgesetz (BtG).

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover (Berichtsjahr 2018)

von Thorsten Sueße (Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) der Region Hannover erbringt für psychisch Kranke und ihnen nahestehende Personen ein breites Spektrum an Hilfen, wie beispielsweise Informations- und Beratungsgespräche, Kriseninterventionen, therapeutische Gruppen, Bedarfsermittlungsgespräche (früher: Hilfekonferenzen) oder Überweisungen und Weitervermittlungen an andere soziale/medizinische Institutionen.

Der vorliegende Artikel soll einerseits verdeutlichen, welche psychisch kranken Personen in welchem Umfang der SpDi mit seinen Hilfsangeboten erreicht, und dabei andererseits einen Teil des Leistungsspektrums des SpDi quantitativ darstellen.

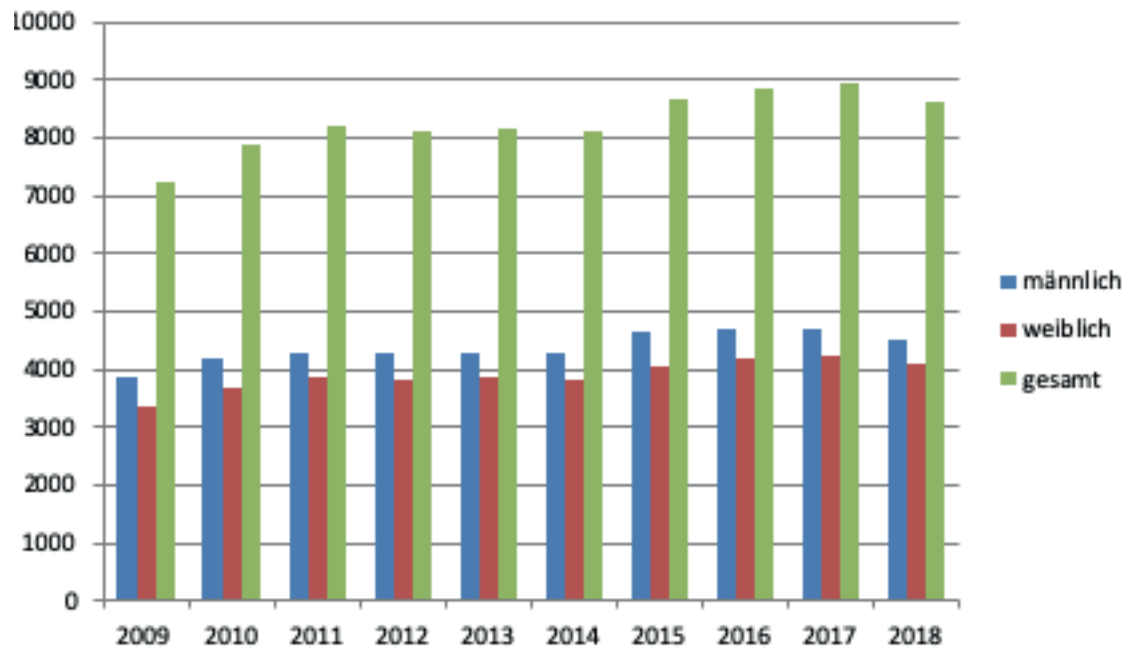
Tabelle 1 zeigt, dass im Jahr 2018 vom SpDi der Region Hannover insgesamt 8605 Personen betreut worden sind, davon 4515 männlich und 4090 weiblich. Der Anteil der Männer am SpDi-Klientel liegt in unseren ausgewerteten Jahresstatistiken stets etwas über dem der Frauen.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl der betreuten Personen um 337 gesunken, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die Landeshauptstadt seit 2018 bei der Hilfebedarfsermittlung für Eingliederungshilfe zum Teil auf die Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes verzichtet (siehe auch Tabelle 5)

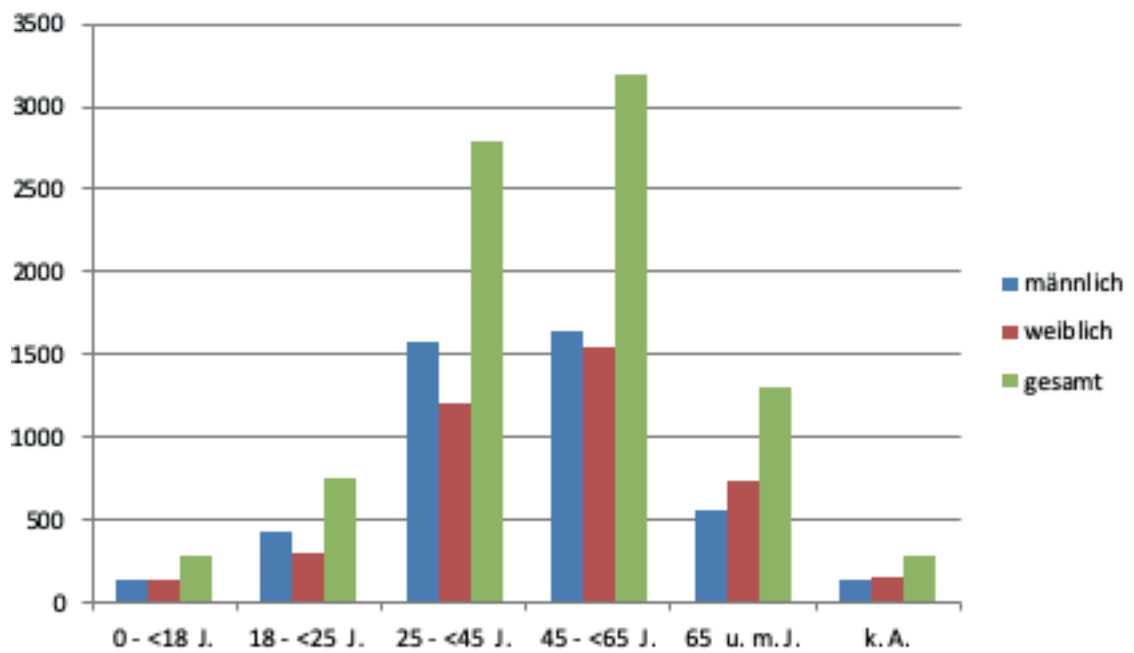
Erwartungsgemäß hat der SpDi laut **Tabelle 2** am häufigsten mit erwachsenen Personen in der Altersgruppe von 25 bis unter 65 Jahren zu tun. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die prozentuale Verteilung der vom SpDi betreuten Altersstufen insgesamt stabil.

¹²Startseite Sozialpsychiatrisches Informationsmanagement (SIM): <http://sim-nds.wp.hs-hannover.de/>

Tab. 1 | Anzahl der vom SpDi betreuten Personen (2009-2018)



Tab 2 | Alter der vom SpDi 2018 betreuten Personen



Wie **Tabelle 3** zu entnehmen ist, betreut der SpDi am häufigsten Personen, die erkrankt sind an einer affektiven Störung (mit depressiven und/oder manischen Symptomen) oder einer Schizophrenie. Bei den anderen häufig versorgten psychischen Krankheiten handelt es sich um Suchterkrankungen (Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen), neurotische bzw. Belastungsstörungen (wie z. B. Angststörungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen) und Persönlichkeitsstörungen (wie z. B. die emotional instabile Störung vom Borderline-Typ).

Gegenüber dem Vorjahr sind etwas weniger an Schizophrenie erkrankte Personen betreut worden (genau 257 Personen weniger,) dafür leicht mehr an affektiven Störungen erkrankte (genau 66 Personen mehr).

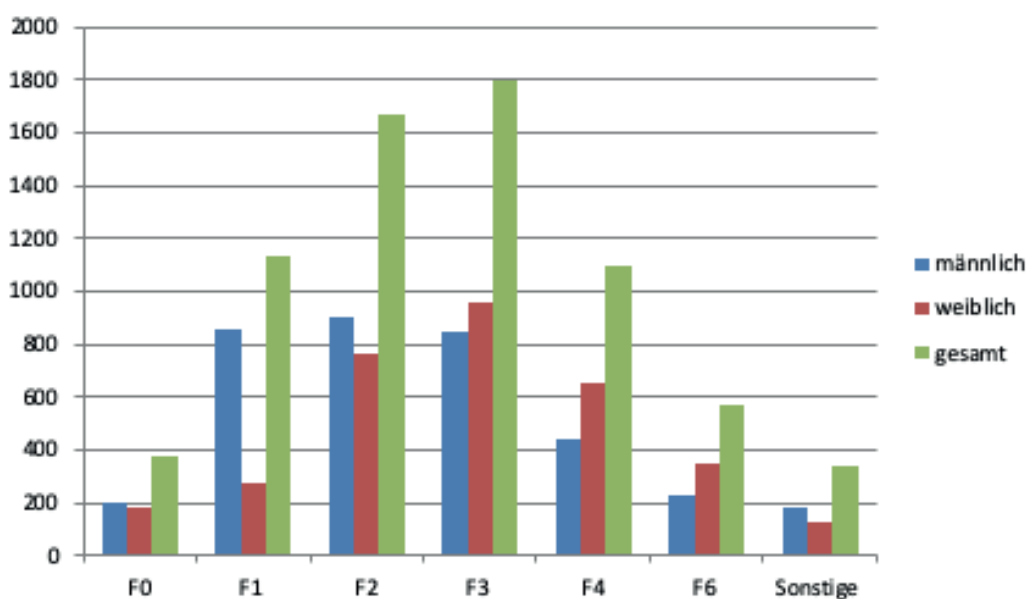
Die Ärztinnen und Ärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene auf dem Gebiet der Landeshauptstadt verfügen über eine Ermächtigung, um diejenigen psychisch (schwer-)kranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend von den niederge-

lassenen Nervenärzten erreicht werden, vertragsärztlich behandeln zu können. Seit dem 1. Oktober 2017 beschränkt sich die vertragsärztliche Ermächtigung auf die Verordnung von Psychopharmaka, ambulante psychiatrische Pflege und Ergotherapie. Die Anzahl der in den letzten drei Jahren behandelten Personen lag gemäß **Tabelle 4** insgesamt bei 873 (2016), 852 (2017) und 694 (2018).

Für das Umland der Region Hannover hat der SpDi – trotz entsprechender Beantragungen – nie eine vertragsärztliche Ermächtigung erhalten.

Die Anzahl der vom SpDi durchgeführten Hilfeplanungen für Eingliederungshilfe (insgesamt 2714) ist gegenüber dem Vorjahr (insgesamt 3550) gesunken (**Tabelle 5**). Das liegt daran, dass die Landeshauptstadt Hannover seit 1. Januar 2018 bei der Hilfebedarfsermittlung für alle teilstationären und stationären Maßnahmen von erwachsenen Antragstellern bis zum 60. Lebensjahr auf die Einbeziehung sozialpädagogischen Personals aus dem SpDi verzichtet und lediglich nur noch in wenigen Einzelfällen einen SpDi-Arzt hinzuzieht.

Tab 3 | Psychiatrische Diagnosen der 2018 vom SpDi betreuten Personen



F0 = organische psychische Störungen

F1 = Suchterkrankungen

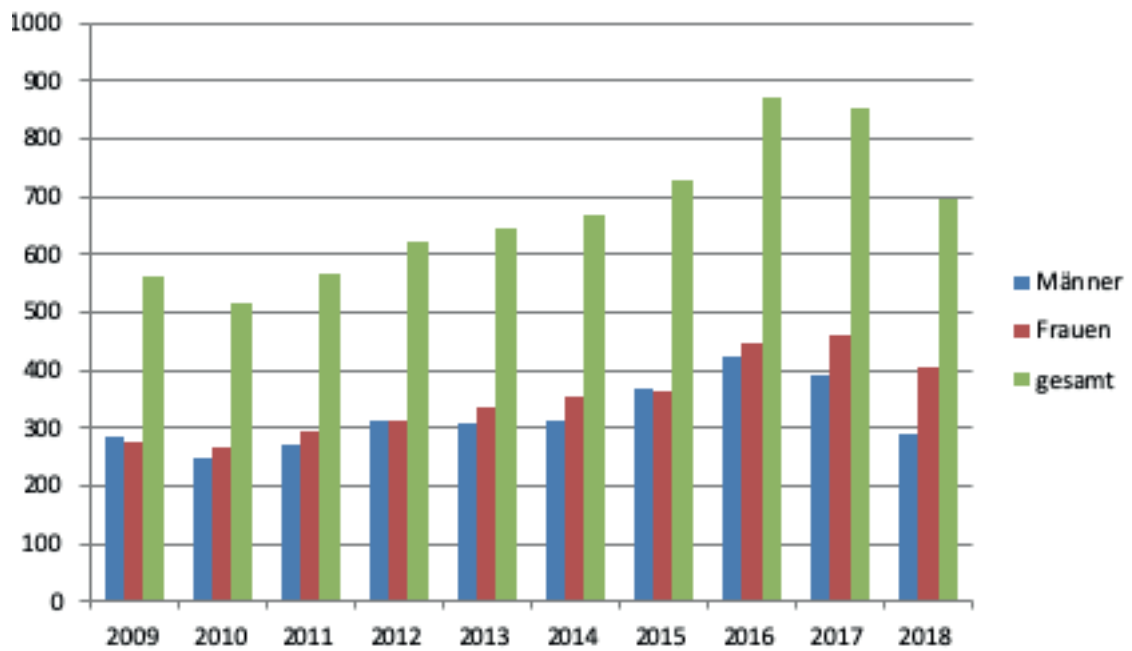
F2 = Schizophrenie

F3 = Affektive Erkrankungen

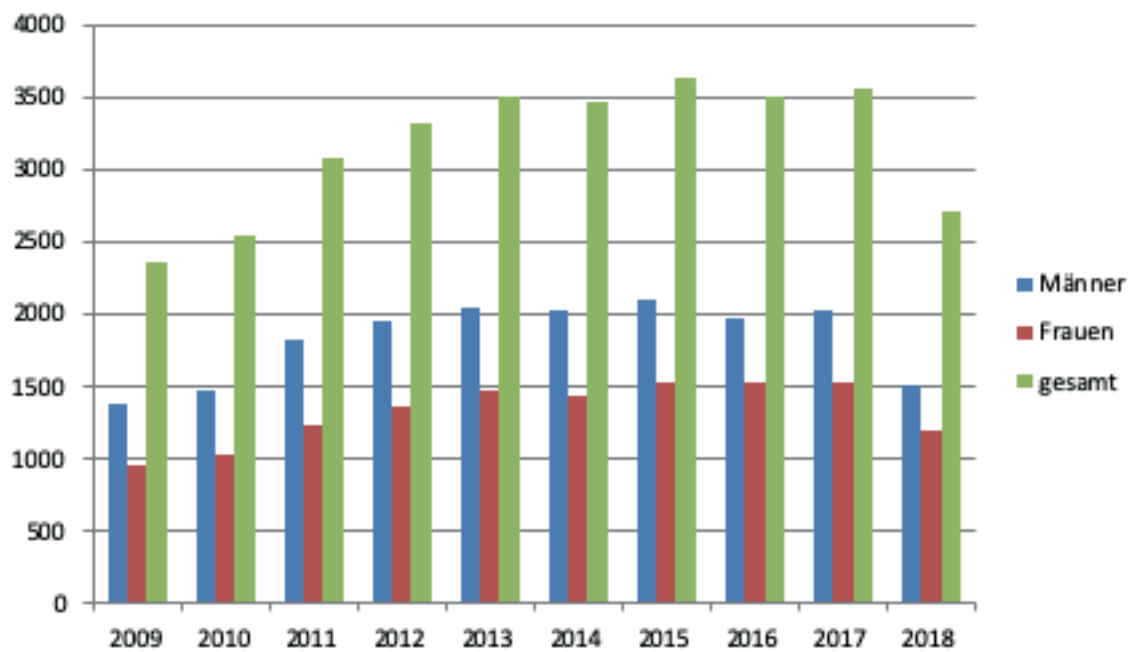
F4 = Belastungsstörungen

F6 = Persönlichkeitsstörungen

Tab 4 | Anzahl der vom SpDi vertragsärztlich behandelten Personen



Tab 5 | Vom SpDi durchgeführte Bedarfsermittlungen für Eingliederungshilfe



Tab 6 | Vom SpDi außerhalb der Dienststelle erbrachte Hilfeleistung („Hausbesuche“)



Eine Kernkompetenz des SpDi ist seine aufsuchende Tätigkeit, also die Erbringung von Hilfeleistungen außerhalb der Dienststelle (wie Untersuchung und Beratung von psychisch kranken Personen in deren Wohnung oder z. B. in Polizeikommissariaten oder sonstigen Behörden). Die Anzahl der auswärts erbrachten Hilfeleistungen hat sich in den letzten fünf Jahren – wie **Tabelle 6** zeigt – auf einem hohen Niveau eingependelt: von 6270 (2014) und 6672 (2015) über 7504 (2016) und 7073 (2017) bis zuletzt 6751 (2018).

Bericht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe von Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer (Sozialpsychiatrischer Dienst, Region Hannover)

Anknüpfend an den Bericht im letzten Sozialpsychiatrischen Plan schreiben wir die Auswirkungen im Bedarfsermittlungsverfahren in der Eingliederungshilfe (EGH) aufgrund der Veränderungen durch das BTHG fort. Es geht nach wie vor um die Themen Bedarf-

sermittlung mit dem „Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen“ (B.E.Ni.) und um zukünftige Zuständigkeiten der bisherigen Leistungsträger Region Hannover und Landeshauptstadt Hannover sowie den daraus folgenden Änderungen in der Bearbeitung von Anträgen.

Die Fachsteuerung Eingliederungshilfe im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) hat folgende Aufgaben:

- Zentrale, multiprofessionelle (Sozialpädagogik, Medizin, Verwaltung) Eingangsfallbesprechung aller Anträge auf Eingliederungshilfe EGH aus der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover (LHH)
- Gesamtüberblick über ein breitgefächertes Angebot von Einrichtungen und Maßnahmen innerhalb und außerhalb der Region und dessen Entwicklung
- Durchführung von Bedarfsermittlungen (ca. 30 % der gesamten Bedarfsermittlungen im SpDi)
- Durchführung von Clearingkonferenzen
- Qualitätssicherung im Bedarfsermittlungsverfahren
- Beratung vor und im Verfahren für alle Beteiligten (Antragsteller, rechtliche Betreuer, Mitarbeiter SpDi, etc.)

• Gremien- und Konzeptarbeit, etc.

Verändert hat sich die personelle Situation in der Fachsteuerung durch einige Wechsel, die das neue Organisationsmodell des SpDi nach sich gezogen hat (Wechsel von Stellenanteilen in die Teamleitungsebene und entsprechende Kompensation durch andere Stellenanteile im SpDi, die bisher jedoch noch nicht abgeschlossen ist). Daraus ergibt sich die besondere Herausforderung, die Kenntnisse und Erfahrungen aus der Arbeit der Fachsteuerung weiterzugeben, ohne den dort hochstrukturierten Terminablauf zu behindern.

Bedarfsermittlung mit B.E.Ni.

Die vom Land Niedersachsen für 2019 angekündigten neuen B.E.Ni.-Bögen liegen noch nicht vor. Es bleibt offen, ob sich die Handhabung des Formularsatzes ggf. vereinfacht. Im derzeitigen Format ist die Bearbeitung der Formulare sehr zeitaufwändig.

Die Besonderheit des dynamischen Krankheitsgeschehens der Klient*innen mit seelischer Behinderung macht eine „Kategorisierung“ des Bedarfs in einzelne Items schwer möglich. Die Zergliederung des Hilfebedarfs in einzelne Lebensbereiche verhindert in vielen Fällen das „runde Bild“, das den Bedarf nachvollziehbar darstellt (kausale Zusammenhänge werden getrennt dargestellt). Die Zuordnung und Beschreibung der ICF-Items kann in diesem Verfahren sehr unterschiedlich ausgelegt bzw. durchgeführt werden. Beim nachvollziehbaren Wunsch nach Vereinheitlichung in der Dokumentation der Hilfebedarfe, der der Entwicklung der B.E.Ni.-Bögen zugrunde liegt, zeigt sich, dass es dennoch keine „einheitliche Sprache“ mit absoluter Vergleichbarkeit gibt.

Eine Bedarfsbeschreibung mit detaillierten Items, wie auf B.E.Ni.-Bogen B (Beeinträchtigungen, Aktivität und Teilhabe) gefordert, sehen wir daher kritisch. Unstrittig ist die Notwendigkeit der Einbeziehung aller Einflussfaktoren auf Klient*innen im Denkmodell der ICF bei der Beschreibung des Hilfebedarfs, die auch schon dem früheren Hilfeforenzverfahren zugrunde lag. Wie bisher sehen wir als SpDi unsere Aufgabe darin, die rechtlich formalen Vorgaben zu erfüllen und den Klient*innen gerecht zu werden und sie nicht mehr als bisher mit Gesprächslänge und Formalitäten zu belasten.

Entwicklung der Fallzahlen

Die Anzahl der durchgeführten BEG ist 2018 deutlich zurückgegangen. Wir sehen hier den Zusammenhang mit der längeren Bearbeitungsdauer durch den Einsatz des B.E.Ni.. Der Anteil der in der Fachsteuerung durchgeführten Bedarfsermittlungen liegt nach wie vor bei ca. 30 % der Anzahl des gesamten SpDi. Das bedeutet in absoluten Zahlen, dass in der Fachsteuerung ca. 270 Bedarfsermittlungen weniger als im Jahr 2017 stattgefunden haben. Die Wartezeiten für Klient*innen haben sich dadurch nochmals verlängert. Die Gesamtsituation ist für alle Beteiligten ausgesprochen unbefriedigend. Die personelle Aufstockung erfolgt sukzessive, bisher jedoch deutlich zeitverzögert und noch nicht ausreichend dem höheren Arbeitsaufwand angepasst.

Fundierte Erstberatung

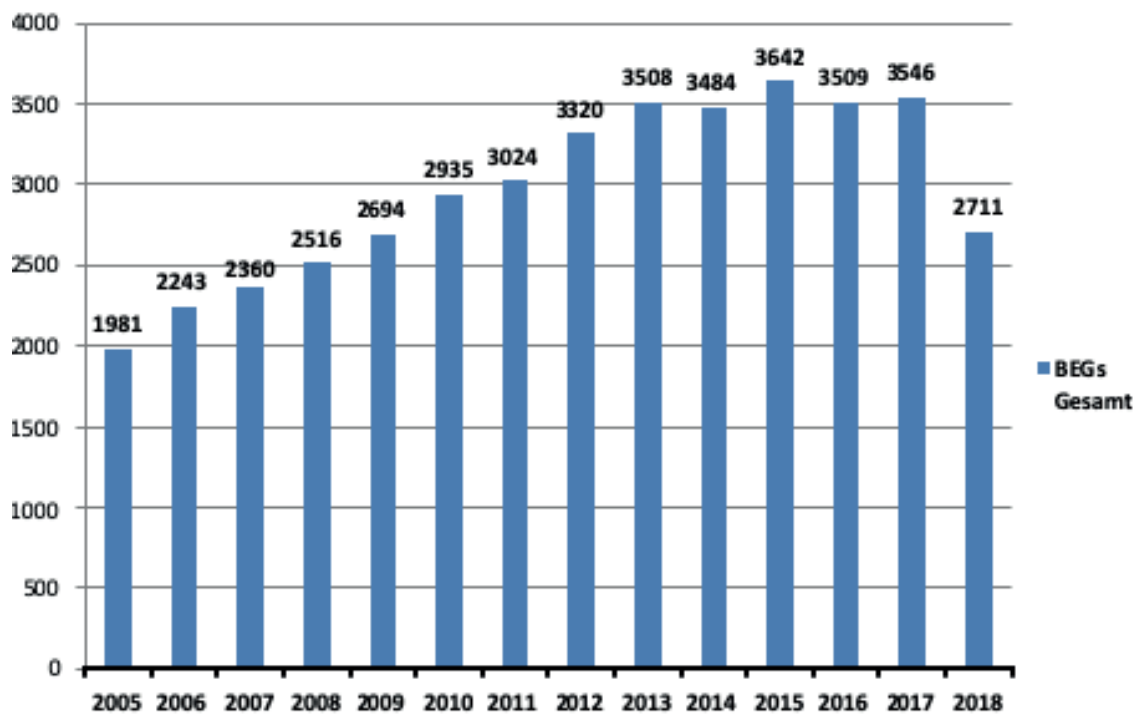
In der Fachsteuerung erfolgen ca. 60% aller dort durchgeführten Bedarfsermittlungen (BEG) nach Erst- oder Neuantrag. Es fällt immer wieder auf, dass bei zahlreichen Anträgen eine fachlich fundierte Beratung, die eine Hinführung zu passgenauen Hilfen auch außerhalb der EGH ermöglicht hätte, im Vorfeld offensichtlich nicht stattgefunden hat. Diese erfolgt daher erstmalig im BEG. Dies führt insbesondere zu zeitlichen Belastungen für die Hilfesuchenden.

Wenn ein Antrag eingegangen ist, löst dieser automatisch das aufwändige Verfahren der Bedarfsermittlung mit B.E.Ni aus. Eine fachliche Steuerung vor diesem Verfahren hin zu ggf. vorrangigen oder geeigneter erscheinenden Maßnahmen außerhalb der EGH ist dann nicht mehr möglich.

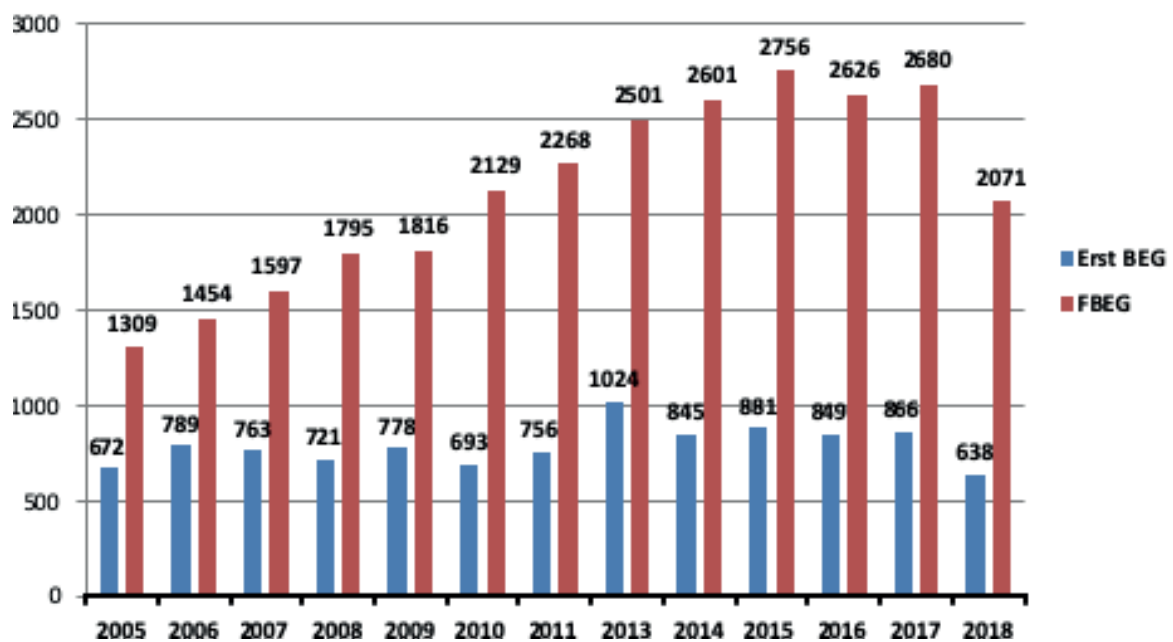
Aus der Sicht der Fachsteuerung ist daher eine umfassende, ergebnisoffene Beratung vor einer Antragstellung auf EGH notwendig, um die adäquate Versorgung der Klient*innen deutlich weniger zeitintensiv und dennoch passgenau zu ermöglichen. Maßnahmen der EGH sind nicht immer die besten Angebote für die Bearbeitung der konkreten Problemlage. Außerdem ist die Vorrangigkeit anderer Hilfen immer zu prüfen und zu berücksichtigen.

Es ist noch offen, wie zukünftig ein Antrag auf EGH aussehen und welche Informationen er beinhalten muss. Ein Antragsformular, das die Notwendigkeit ei-

Fallzahlentwicklung BEGs SpDi Gesamt 2005-2018



Entwicklung Fallzahlen Erst-BEGs und Folge-BEGs



ner Beratung im Vorfeld nahelegt, wäre aus unserer Sicht wünschenswert.

Der SpDi stellt grundsätzlich eine offene und unabhängige Beratung für Menschen mit psychischen Erkrankungen/seelischer Behinderung zur Verfügung. Von den im SpDi bereits bekannten Klient*innen wird diese auch genutzt. Viele Antragsteller*innen hatten jedoch zuvor keinen Kontakt zum SpDi.

Die Präsenz von ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung (EUTB) lässt sich in den BEG nicht erkennen. Das Angebot ist entweder nicht in ausreichender Qualität für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen vorhanden, oder ist ihnen nicht ausreichend bekannt.

Zuständigkeiten der bisherigen Leistungsträger Region Hannover und Landeshauptstadt Hannover (LHH) ab 2020

Das Land Niedersachsen ist ab 2020 zuständiger überörtlicher Leistungsträger für die EGH nach SGB IX für Menschen über 18 Jahre. Im Ausführungsgesetz des Landes Niedersachsen zum BTHG hat das Land Niedersachsen die Region Hannover für die Übernahme der Bedarfsermittlung und Leistungsgewährung in der EGH herangezogen. Die Region wiederum plant die LHH für die Übernahme dieser Aufgabe für die Antragsteller*innen aus der Stadt Hannover heranzuziehen. Die LHH ist also nicht mehr überörtlicher Träger wie bisher und damit nicht mehr für die stationären und teilstationären Eingliederungshilfen aus dem Stadtgebiet eigenverantwortlich zuständig, sondern für alle Maßnahmenteilen in Form der Heranziehung. Eine Verabschiedung einer entsprechenden Vereinbarung zwischen Region Hannover und LHH wird Mitte Dezember 2019 erwartet.

Die Aufsplittung der Bearbeitung von örtlicher und überörtlicher Zuständigkeit bei der LHH entfällt also in Zukunft (seit 2018 wurden Anträge auf stationäre und teilstationäre Maßnahmen mit dem sozialpädagogischen Fallmanagement der LHH ohne die Sozialpädagogik des SpDi und nur in Einzelfällen in Rücksprache mit den Fachärzt*innen des SpDi bearbeitet). Wenn die Region Hannover jedoch die LHH für die gesamte Aufgabe der Bedarfsermittlung und Leistungsgewährung in der EGH heranzieht, hat dies zur Folge, dass

der SpDi in allen Fällen aus der Stadt Hannover ausschließlich in Form fachärztlicher Beratung nach Antragseingang und nur in Einzelfällen durch persönliche Beteiligung der Fachärzt*innen an BEG einbezogen wird. Die BEG zu Anträgen aus den anderen Städten und Gemeinden der Region Hannover werden weiter in Kooperation mit dem Fallmanagement Verwaltung der Region Hannover durch den SpDi durchgeführt.

Die sich daraus ergebende Ungleichheit der Bearbeitung von Anträgen bei der Region Hannover und der LHH wird von der Fachsteuerung kritisch gesehen. Der Erfahrungshintergrund aus dem psychiatrischen Kontext und die Koppelung an sozialpsychiatrische Arbeit im Rahmen des NPsychKG bei der Durchführung der Bedarfsermittlung durch den SpDi wird bei den Anträgen aus der LHH fehlen.

Ausblick

In der Fachsteuerung gibt es einen zentralen Überblick über Antrags- und Angebotsgeschehen im gesamten Regionsgebiet. Die Einzelfallbearbeitung ermöglicht zudem einen kontinuierlichen Praxisbezug, um im Verfahren fachlich fundiert beraten zu können.

Die Herauslösung aller städtischen Fälle aus dem Bearbeitungsverfahren in der Fachsteuerung zieht nach sich, dass der Gesamtüberblick über die Entwicklungen im Bereich der Angebote EGH in der Fachsteuerung verloren geht. Zudem gibt es in der Region Hannover das Bestreben, die Bedarfsermittlungen ausschließlich regionalräumlich, also auf den Wohnort bezogen, durchzuführen.

Die Vor- und Nachteile der zentralen Bearbeitung versus einer ausschließlich sozialraumorientierten Bearbeitung der Anträge hatten wir bereits im letzten Bericht wie folgt beschrieben:

Das Wissen über die Angebotslandschaft im Rahmen der EGH der gesamten Region Hannover kann bei der Bedarfsermittlung in der Fachsteuerung berücksichtigt werden. Sozialräumliche Angebote außerhalb der EGH können jedoch bei der Bearbeitung im Sozialraum in jedem Einzelfall intensiver einbezogen werden, und alle Antragsteller werden den zuständigen Beratungsstellen bekannt.

Die bisherige Bearbeitung sowohl zentral als auch dezentral ermöglicht die individuelle Entscheidung, welche Kenntnisse vorrangig nützlich für die jeweilige Bedarfsermittlung sind.

Derzeit werden zudem Bedarfsermittlungen bei Klient*innen, die EGH durch die Region Hannover beziehen, jedoch außerhalb der Region wohnen (u.a. möglich bei Umzug während des EGH-Bezugs, da Zuständigkeit des Leistungsträgers bleibt) durch die Fachsteuerung durchgeführt und führen damit auch zu den wichtigen Informationen der Angebotslandschaft über die Regionsgrenzen hinaus.

Derzeit ist noch unklar, ob dieses Vorgehen Bestand hat, da das Bestreben ist, auch diese Bedarfsermittlungen regionalräumlich zuzuordnen und durchzuführen. Die außerhalb wohnenden Klient*innen sind jedoch nur aufgrund ihres gewöhnlichen Aufenthaltes (Wohnort bei erster EGH-Antragstellung) einem Regionalraum in der zuständigen Leistungsgewährung zuzuordnen. Einen Bezug des zuständigen Regionalraums zu dem tatsächlichen Wohnort gibt es nicht. Nach den rechtlichen Vorgaben ist nach jedem Antrag auf EGH zwingend ein BEG durchzuführen. Auch wenn der Bedarf u.U. klar außerhalb der EGH zu decken wäre, ist eine Beratung und damit ggf. Steuerung zu geeigneteren Maßnahmen vor einem BEG dann nicht mehr ausreichend. Auch das war bisher eine Aufgabe der Fachsteuerung. Hier bedarf es aus unserer Sicht zwingend der offenen, unabhängigen Erstberatung vor der Antragstellung wie bereits oben beschrieben.

Die Funktion und die Aufgaben der Fachsteuerung ändern sich im Zuge all dieser Bestrebungen. Wir sehen dennoch weiterhin die Notwendigkeit einer zentralen Stelle als Ansprechpartner mit fundiertem psychiatrischen Hintergrund im Bedarfsermittlungsverfahren für Menschen mit seelischer Behinderung als gegeben an. Es geht im Weiteren um die Mitgestaltung von Prozessen und Konzepten in diesem Verfahren, wobei der Fokus darauf liegt, die Anliegen der Klient*innen nicht aus dem Blick zu verlieren.

Die Erfahrungen aus dem psychiatrischen Kontext und der Überblick über die Angebotsstruktur und ihre Veränderungen, sowie der Austausch mit Leistungsan-

bietern und die enge Zusammenarbeit mit den Verwaltungsteams ermöglichen der Fachsteuerung die Begleitung des Prozesses.



Foto: © freshidea-Stock/Adobe.com

SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien

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

Organisationsstruktur:

Der ehemalige Landkreis Hannover und die Landeshauptstadt Hannover schlossen 1997 ihre jeweiligen Sozialpsychiatrischen Verbände (SpV) zusammen und einigten sich dabei auf die Beibehaltung der bis dahin zu einem regelrechten Markenzeichen gewordenen Bezeichnung „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ (AKG) für die Vollversammlung des gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbundes. Diese Bezeichnung wurde nach ihrer Gründung von der Region Hannover übernommen. Als Struktur und Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben sich entwickelt und bewährt:

- Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), die Vollversammlung des SpV, tagt monatlich.
- Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziale Infrastruktur der Region Hannover und tagt vierteljährlich.
- Die 13 Fachgruppen (FG) des AKG haben im Durchschnitt 20 Mitglieder, arbeiten themenspezifisch und berichten dem AKG regelmäßig.
- Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) dienen der sozialräumlichen Vernetzung und arbeiten in den Einzugsgebieten (Sektoren) der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes.
- Die Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle / Ombudsstelle ist ehrenamtlich besetzt und tagt monatlich.

Die Übersicht über die Gremien des SpV finden Sie auf Seite 82.

Der AKG hat sich eine Geschäftsordnung gegeben und wählt im zweijährigen Turnus den aus 3 Personen bestehenden Vorstand aus seiner Mitte. Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover führt die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes und stellt die kontinuierliche Fortschreibung und Veröffentlichung des Sozialpsychiatrischen Plans sicher.

§ 8

Sozialpsychiatrischer Verbund

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. Im Sozialpsychiatrischen Verbund eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 und jeweils zwei Personen vertreten sein, die von den Selbsthilfeorganisationen Betroffener und Angehöriger psychisch Kranker benannt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

(2) Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen. Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

(3) Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten.

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997 | Novelliert: 21.09.2017

§ 9

Sozialpsychiatrischer Plan

Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Der Sozialpsychiatrische Plan ist laufend fortzuschreiben.

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997 | Novelliert: 21.09.2017

Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Die Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) lenkte das Interesse 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 stellen. 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 auf dieser Grundlage:

- Analyse und Dokumentation der jeweils bestehenden Rahmenbedingungen
- Orientierung in Bezug auf die Menschen mit besonders schweren Beeinträchtigungen
- Orientierung auf Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten im gemeindenahen Rahmen
- Einbezug der Perspektiven von Betroffenen und Angehörigen
- bei Bedarf Entwicklung von neuen Angebotsinhalten
- Vernetzung der Leistungen und Angebote im Sinne der Betroffenen
- Themenspezifische Zusammenführung von Leistungsträgern und Leistungserbringern im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik und der Öffentlichkeit

104 aktive Mitgliedsorganisationen

Seit der Gründung im Jahr 1997 wurden insgesamt 112 Mitgliedsorganisationen (Leistungsträger, Leistungserbringer, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen) in den Sozialpsychiatrischen Verbund aufgenommen. Davon sind weiterhin 104 aktiv. Die anderen haben zwischenzeitlich entweder ihre Tätigkeit eingestellt und oder sind Fusionen mit anderen Trägern eingegangen.

Die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie AKG	Regionaler Fachbeirat Psychiatrie RFP	Fachgruppen des AKG FG	Sektor Arbeitsgemeinschaften SAG	Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle Ombudsstelle
Aufgaben:	Aufgaben:	Aufgaben:	Aufgaben:	Aufgaben:
<ul style="list-style-type: none"> • Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes § 8 NPsychKG • Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen • Einsetzung und Beauftragung der Fachgruppen • Wahl des Vorstandes • Beteiligung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans § 9 NPsychKG 	<ul style="list-style-type: none"> • Der RFP berät die Dezernentin/den Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG und die psychiatrischen Angebote und Bedarfe ergebenden Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbeiten hierzu Lösungsvorschläge • Wahl der Sprecherin/Sprecher für die jeweilige Fachgruppe • Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfallbezogene Koordination und Vernetzung der bestehenden sektorbezogenen ambulanten, stationären Hilfen • Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf • Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohnerinnen/ Bewohner des Einzugsgebietes 	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängige Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, bzw. nahestehende Personen • Zuständigkeit für das Gebiet der Region Hannover • Die Ombudsstelle arbeitet unabhängig, vertraulich und kostenlos
Zusammensetzung:	Zusammensetzung:	Zusammensetzung:	Zusammensetzung:	Zusammensetzung:
<ul style="list-style-type: none"> • Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG • Leiterin/Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes • Vertreterinnen/Vertreter der Selbsthilfegruppen und Berufsverbände • Sprecherinnen/Sprecher der Fachgruppen • Gäste mit beratender Stimme 	<ul style="list-style-type: none"> • Dezernentin/Dezernent für Soziale Infrastruktur der Region Hannover als Vorsitzende/r • 4 durch die Dezernentin/Dezernenten in benannte Mitglieder • 4 vom AKG zur Berufung durch die Dezernentin/den Dezernenten in vorgeschlagene Mitglieder (je 1 Vertreterin/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, 1 Vorsitzende/Vorsitzender des AKG, 1 Vertreterin/Vertreter der freien und gemeinnützigen Träger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Der AKG setzt die Fachgruppen ein • Die personelle Zusammensetzung wird von den Fachgruppen selbst festgelegt 	<ul style="list-style-type: none"> • Dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren, sowie Vertreterinnen/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 7 ehrenamtliche Mitglieder (1 Vertreterin/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, 1 Vertreterin/Vertreter der Angehörigen, 1 Bewohnerin/Bewohner mit sozialem Engagement, 1 Bewohnerin/Bewohner mit juristischen Sachkenntnissen, 2 weitere) • Die Berufung erfolgt alle 2 Jahre durch die Dezernentin/den Dezernenten für soziale Infrastruktur
Geschäftsordnung vom 07.02.2002 / 07.02.2019	Geschäftsordnung vom 03.07.2003 / 06.02.2020			Geschäftsordnung vom 15.03.2006 / 01.01.2016

Neuaufnahmen im Jahr 2019

Als Mitglieder mit Stimmberechtigung, entsprechend § 2 (2) der Geschäftsordnung, wurden im Jahr 2019 folgende Organisationen aufgenommen:

- Ergotherapie-Praxis goErgo (Wunstorf) | Code-Nr. 110
- Kontakt-, Beratungs- und Informationsstelle im Selbsthilfebereich - KIBIS (Hannover) | Code-Nr. 111
- GfVT - Gesellschaft für Verhaltenstherapie und –medizin mbH (Dinklar / Hannover)

Als beratendes Mitglied, entsprechend § 2 (4) der Geschäftsordnung, wurde die NLS – Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hannover) aufgenommen.

Berichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes über ihre Arbeit im Jahr 2019

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

von Sabine Kirschnick-Tänzer (Vorsitzende des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie – Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover - tagt regelmäßig jeweils am ersten Donnerstag im Monat für anderthalb Stunden und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition, der höchsten Kontinuität und einer gleichbleibend hohen Beteiligung. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 104 stimmberechtigte Mitgliedsorganisationen (drei Neuaufnahmen) an. An den Sitzungen nehmen außerdem Mitglieder mit beratender Funktion teil. Die Sitzungen sind fach-öffentlich, so dass Bürgerinnen und Bürger, die keiner der Mitgliedsorganisationen angehören, teilnehmen können. Hinsichtlich der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung der Angebote in den Bereichen Therapie, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 87 Anbieter mit 7 Angebotsformen und ca. 220 Angeboten für psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten. Insgesamt gab es im letzten Jahr eine leichte Angebotser-

weiterung, die weitere Entwicklung wird wesentlich von der Umsetzung des BTHG beeinflusst werden.

Ein besonderes Merkmal des AKG sind die Mitgliedschaft und die aktive Beteiligung des Vereins Psychiatrie Erfahrener Hannover e.V. (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB). Damit ist der im Landespsychiatrieplan (2016) immer wieder angesprochene „triologische Prozess“ eine seit langem geübte Praxis. Erfahrene, EX-IN Genesungsbegleiter und Angehörige sind dadurch frühzeitig und nachhaltig im fachlichen Diskurs gefordert, beteiligt und beeinflussen die Entwicklung.

Die vom Sozialpsychiatrischen Verbund immer wieder unterstützte Planung zur Gründung von Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) ist nach wie vor noch nicht in der Region Hannover umgesetzt.

Das Schwerpunktthema des Sozialpsychiatrischen Plans 2019 „Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover“ zog die Fachtagung „AUGEN AUF UND DURCH – Was bringt das BTHG für Menschen mit voll- und teilstationärem Hilfebedarf“ nach sich und ermöglichte dadurch eine konstruktive Auseinandersetzung mit den anstehenden Veränderungen.

Auf Anregung aus dem AKG wurde eine Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der bestehenden Behandlungsvereinbarungen in der Region Hannover gebildet. Ziel ist die Entwicklung einer neuen und gemeinsam von allen Kliniken, dem Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. und dem Sozialpsychiatrischen Dienst getragenen Behandlungsvereinbarung. Angestrebt wird mittelfristig mehr Behandlungsvereinbarungen abzuschließen, um dadurch weitere Reduzierungen von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Region Hannover zu erreichen.

Durchschnittlich haben an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Berichtszeitraum rund ca. 80 Personen (davon ca. 25 – 30 stimmberechtigte Mitglieder) teilgenommen. Damit zeichnet sich kontinuierlich ein hohes Interesse an der Teilnah-

me ab. Dies ist insofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsbefugnis verfügt. Die hohe Teilnahme ist als Ausdruck für die besondere Qualität des regelmäßigen fachlichen Austausches zu werten.

Bewährt hat sich dabei weiterhin, in der Dezember AKG Sitzung die Teilnehmer*innen zu ihren Themenwünschen zu befragen und diese in die Planung der Sitzungen für das kommende Jahr einzubeziehen.

Bearbeitete Themen:

07.02.2019

- Regionale Psychiatrieberichterstattung (Berichtsjahr 2017/2018)
Herr Dr. Elgeti – Region Hannover
- Änderung der Geschäftsordnung des AKG §2 / Mitgliedschaft (4) Beratende Mitglieder §3 / Mitgliedschaft (5) Fachgruppen

07.03.2019

- Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Herr Dr. Hartwich – KRH Psychiatrie Wunstorf Klinik für KJPP)
- Das neue Förderinstrument "Teilhabe am Arbeitsmarkt" §16i – SGB II (Herr Greve und Frau Sommer – Jobcenter Region Hannover)

04.04.2019

- Sozialpsychiatrischer Plan 2019 mit dem Schwerpunktthema „Umsetzung des BTHG in der Region Hannover (Herr Blanke – Region Hannover)
- Sozialpsychiatrischer Plan 2020 – Themenauswahl (Herr Köster – STEP gGmbH)

02.05.2019

- Behandlungsvereinbarungen entwickeln und realisieren (Frau Dr. Radenbach – Universität Göttingen und Frau Klinge – Initiative Göttinger Psychose-Seminar)
- Vorstellung Projekt RE_StaRT2 – Ambulante Begleitung für Menschen in sozialen Notlagen – Umland der Region Hannover (Herr Gottschalk, Frau Haddenga, Frau Kind – RE_StaRT2, Herr Peyker – Region Hannover)

06.06.2019

- Psychotherapeutische Versorgung im Wandel: Von der Psychotherapierichtlinie bis zur Reform der psychotherapeutischen Ausbildung (Herr Rudyk – Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen)
- Entwicklungen im Psychosozialen / Psychiatrischen Krisendienst in der Region Hannover (Herr Blanke – Region Hannover)
- Fallzahlen und Entwicklungen der Arbeit der Ombudstelle für Psychiatrieerfahrene und deren Angehörige (Herr Blanke – Region Hannover)

04.07.2019

- Das neue Organisations- und Leitungsmodell für den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover (Herr Dr. Sueße – Region Hannover)
- "Between The Lines" die Informations- und Beratungs APP für Kinder und Jugendliche (Herr Kröger – Between The Lines, Solingen)

05.09.2019

- Sucht als Krankheit verstehen – Entwicklungen in der Suchthilfe: Vom Abstinenzdogma zu flexiblen, individuellen Konzepten (Herr Radamm – STEP gGmbH – Klinik am Kronsberg)
- Suchtmedizin und Suchthilfe in Niedersachsen: Eine Übersicht über die Zuständigkeit der Leistungsträger (Frau Loercher-Straßburg – Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen)

07.11.2019

- Ehrenamtspreis 2019 in der Kategorie Soziales / Herr Behringer – VPE e.V. (Herr Gundlach – Freiwilligenzentrum Hannover)
- Kinder Psychisch Kranker Eltern – das Projekt „Große Zwerge“ (Frau Sokolowski – Caritasverband Hannover e.V.)
- Wahl des Vorstandes für die Zeit vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2021
- Bericht zur Tagung am 19.08.2019 „Augen AUF UND DURCH“ – Was bringt das Bundesteilhabegesetz für Menschen mit teil- und vollstationärem Hilfebedarf? (Herr Erhardt – Haus am Seelberg, Frau Heß-Holscher – Gesellschaft für Integration mbH,

Frau Lüpke – Haus Mohmühle, Herr Niermann – Haus Mohmühle, Herr Schomakers – AWO Region Hannover)

- Das neue Vergütungsgesetz für Berufsbetreuer*innen (Herr Türk – ITB e.V.)

Die Übersicht der Themen lässt erkennen, dass der AKG regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt, aktuelle Themen des psychiatrischen / psychotherapeutischen/psychosozialen Alltags aufgreift und damit zugleich für alle Teilnehmenden eine wichtige Funktion in der gegenseitigen Qualifizierung erfüllt.

Bericht des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie (RFP) von Hermann Elgeti

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziale Infrastruktur (Frau Dr. Hanke), die den Vorsitz führt, in allen das NPsychKG betreffenden Fragen. Seine Arbeit ist in einer 2012 aktualisierten Geschäftsordnung geregelt. Vertreter der Dezernentin im RFP ist der Leiter des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst, Herr Dr. Sueße. Der RFP tritt in der Regel in dreimonatlichen Abständen zusammen. Wegen der vielen wichtigen Beratungsgegenstände wurde die Arbeit im Berichtsjahr allerdings intensiviert. Für die fünf regulären Sitzungen (25.01., 22.02., 25.04., 07.07., 17.10.2019) wurden im Vorhinein Schwerpunktthemen verabredet und dazu ggf. zusätzlich Experten eingeladen, die in das Thema einführten und mitdiskutierten. Außerdem besuchte der RFP im 3. und 4. Quartal 2019 die fünf Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie, die für das Regionsgebiet eine Versorgungszuständigkeit haben: Burghofklinik Rinteln und KRH Psychiatrie Wunstorf (10.09.), KRH Psychiatrie Langenhagen (11.09.), Klinikum Wahrenndorff (02.10.) und Psychiatrische Klinik der MHH (14.11.).

Die Mitglieder des RFP werden von der Dezernentin für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen, die gegenwärtige Berufungsperiode endet im August 2020. Mitglieder auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes, SpV) sind derzeit dessen Vorsitzende Frau Kirschnick-Tänzer, als Vertreterin der

Leistungserbringer Frau Lüpke sowie Herr von Seckendorff für die Nutzenden psychiatrischer Hilfen und Frau Kleeblatt für deren Angehörige. Weitere Mitglieder sind Herr Dr. Sueße der Leiter und Herr Blanke der Psychiatriekoordinator / Drogenbeauftragte des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie Herr Prof. Dr. Sieberer als leitender Klinikarzt und Herr Westermann als Experte aus der Suchthilfe. Als Geschäftsführer unterstützte Herr Dr. Elgeti den RFP organisatorisch und war für Einladungen und Protokolle zuständig. In seiner Nachfolge übernimmt ab Anfang 2020 Herr Blanke diese Funktion.

Schwerpunktthemen der regulären Sitzungen im Berichtsjahr waren vielfältige Problemstellungen im Rahmen der aktuellen Novellierung des NPsychKG, fachpsychiatrische (Notfall-)Hilfen für psychisch erkrankte wohnungslose Menschen, die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover und die Vor- und Nachbereitung der bereits erwähnten Klinikbesuche. Für das Jahr 2020 wurde bereits die Beratung einiger weiterer Schwerpunktthemen verabredet: Austausch über Maßnahmen der Region Hannover zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern, Alternativen zur Langzeit-hospitalisation in einer Klinik und zur geschlossenen Unterbringung in einem Heim, Möglichkeiten zur Prävention von Wohnungslosigkeit.

Außerdem lassen sich die Mitglieder des RFP in jeder Sitzung über aktuelle Entwicklungen zu den Themenfeldern unterrichten, die in früheren Sitzungen beraten wurden. Dazu gehörten im Berichtsjahr auch die Umsetzung des Landespsychiatrieplans, die psychosoziale Betreuung von Geflüchteten, Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke / Zuverdienst-Arbeitsplätze, sozialpsychiatrische Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung, fachärztliche Krisenintervention und Notfallversorgung in der Region sowie die angestrebte Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Zentren.

Berichte der Fachgruppen des AKG

Die Fachgruppen werden durch den AKG eingesetzt und beauftragt. Sie dienen der themenbezogenen, institutions- und berufsgruppenübergreifenden Vernetzung innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

Aktuell arbeiten 13 Fachgruppen.

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Oliver Weidner und Uffe Vajhøj
(Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe hat die Aufgabe, relevante Themen der Bereiche Arbeit und Rehabilitation unter Berücksichtigung der Interessen der vertretenen Einrichtungen und deren Klientel in Hinblick auf die aktuelle Situation und möglicher Neuerungen auf fachlicher wie gesetzgeberischer Seite aufzugreifen und zu bearbeiten. Zusätzlich bietet die Fachgruppe Raum für den fachlichen Austausch, der Bearbeitung von Fallbeispielen im interdisziplinären Expertenteam sowie der Bildung und Pflege von Netzwerken.

Sitzungstermine:

Unverändert seit 2001 arbeitet die Fachgruppe im Sozialpsychiatrischen Verbund und trifft sich vierteljährlich mit festem Tagungsort im Haus der Region.

Teilnehmende:

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 und konnte im vergangenen Jahr einen Zuwachs an neuen Teilnehmern verzeichnen.

Bearbeitete Themen:

Betätigungsangebote:

Sämtliche Anbieter von Betätigungsangeboten (früher: Zuverdienst) haben ihr Programm in der Fachgruppe ausführlich vorgestellt. Es kamen neben dem

aktuellen Stand und den weiteren Planungen auch die Probleme zur Sprache, die auf Grund der gesetzlichen Vorgaben die Etablierung eines entsprechenden Angebotes oder dessen Umsetzung erschweren. Zu nennen sind hier beispielhaft die Höhe der Over-Head-Kosten z.B. durch den Verwaltungsaufwand, die geänderte Zuständigkeit für die Gruppe der ALG-II Empfänger sowie die in den meisten Fällen nicht erstattungsfähigen Fahrtkosten der Teilnehmer. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die unterschiedlichen Anbieter mit ihren Angeboten und Zielgruppen (z.B. in Bezug auf die Leistungsfähigkeit) eher der Ergänzung des Gesamtangebotes dienen als zu einer unnötigen Konkurrenzsituation beizutragen. Ziel soll weiterhin sein, eine möglichst umfangreiche Angebotsstruktur zur bestmöglichen Versorgung zu schaffen, die auf unterschiedliche Träger verteilt sein wird.

Teilhabe am Arbeitsmarkt in der Region Hannover (JobCenter-Förderung über §16i):

Vertreter des Jobcenters der Region Hannover haben die Fachgruppe umfangreich über die Möglichkeiten der Fördermaßnahme „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ nach SGB II §16i informiert. Seit Beginn des Jahres 2019 hat das Jobcenter über die erfolgten Neuregelungen im SGB II die Möglichkeit, langzeitarbeitslose Menschen u.a. durch Lohnkostenerstattung bei der Integration auf den ersten Arbeitsmarkt zu unterstützen. Zusätzlich werden Kosten für erforderliche Weiterbildungen bis zu einem bestimmten Betrag getragen und ein begleitendes Coaching ist fester Bestandteil der Fördermaßnahme.

Inwieweit diese Maßnahme auch für arbeitssuchende Personen aus dem Kreis der psychisch erkrankten Menschen greift, wird sich die Fachgruppe im kommenden Jahr durch Vertreter des JobCenters berichten lassen.

REHA-SCOUT:

Die dritte Auflage des REHA-SCOUT war bereits kurze Zeit nach der Veröffentlichung vergriffen, sodass die Vorbereitung der vierten Auflage vorgezogen wurde. Um den im vergangenen Jahr angestellten Überlegungen bezüglich einer kompletten inhaltlichen Überarbeitung Rechnung zu tragen, wurde für die Vorbereitung dieser Auflagen eine Redaktionsgruppe gegründet, der Vertreter verschiedener Professionen

und Einrichtungen angehören. Die vierte Auflage des REHA-SCOUT soll in der zweiten Jahreshälfte 2020 veröffentlicht werden.

Ausblick:

Die Fachgruppe wird die Entwicklung der Betätigungsangebote sowie des Budgets für Arbeit weiter begleiten. Dazu wird die Neugestaltung des REHA-SCOUTS durch die Fachgruppe unterstützt.

Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ von Torsten Köster (Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe unterstützt den Sozialpsychiatrischen Dienst bei der Erstellung und laufenden Qualitätsverbesserung des jährlich erscheinenden Sozialpsychiatrischen Plans der Region Hannover. Hierzu werden mögliche Schwerpunktthemen diskutiert und eine Vorauswahl getroffen, aus der dann der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) seine Entscheidung trifft. Auch Fragen zur wirksameren Nutzung der regionalen Psychiatrieberichte für die Qualitätsentwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgung spielen eine große Rolle. Im Vergleich zu den übrigen Fachgruppen des SpV ist die Arbeit sehr pragmatisch entlang dieser Aufgaben ausgerichtet, daneben werden auch übergreifende Fragestellungen thematisiert und diskutiert.

Sitzungstermine:

Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 bis 10.30 Uhr im Haus der Region statt. Im Berichtsjahr gab es neun Sitzungstermine: 31. Januar, 28. Februar, 25. April, 02. Mai, 23. Juni, 25. Juli, 29. August, 26. September und 05. Dezember.

Teilnehmende:

An der Arbeit der Fachgruppe haben sich im Berichtsjahr regelmäßig beteiligt: Herr Dr. Sueße, Herr Blanke, Herr Dr. Elgeti, Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohmühle GmbH), Frau Cabrera Antoranz (beta89) sowie Herr Köster (STEP gGmbH) als Sprecher der Fachgruppe.

Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, so-

weit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen.

Bearbeitete Themen:

Schwerpunkt der Arbeit im Berichtsjahr war die Organisation des Sozialpsychiatrischen Plans 2020, die Vorauswahl möglicher Schwerpunktthemen und die inhaltliche Ausgestaltung des Schwerpunktthemas. Die drei intern priorisierten Vorschläge „Suizid und Suizidprävention“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und „Suchthilfe“ wurden dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie in seiner April Sitzung vorgestellt. Der AKG bestimmte in offener Wahl das Thema „Suchthilfe“ als Schwerpunktthema für den Sozialpsychiatrischen Plan 2020.

In den folgenden Sitzungen konkretisierten wir das Schwerpunktthema in Form von zehn Einzelartikeln, die verschiedene Aspekte des Themas beleuchten. Erneut gelang es, zahlreiche Autoren aus verschiedenen Institutionen dafür zu gewinnen, Beiträge zu verfassen.

Neben der Arbeit am Sozialpsychiatrischen Plan wurde der Informations- und Meinungsaustausch zu unterschiedlichen Themen im Kontext der Fachgruppenarbeit fortgesetzt. Das bot den Mitgliedern manche Anregung und trägt zur Motivation bei, sich an der Fachgruppenarbeit zu beteiligen.

Fachgruppe Forensische Psychiatrie von Andreas Tänzer (Sprecher der Fachgruppe)

Kernaufgabe der 2003 gegründeten Fachgruppe sind Vernetzung, Dialog und Stärkung der Kooperationsbeziehungen zwischen Forensischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Besonders häufig stehen chronisch psychisch Kranke bzw. Mehrfachkranke mit drohender Desintegration und Straffälligkeit im Fokus, bei denen forensische Patientenkarrieren präventiv vermieden werden können. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Förderung der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten aus Maßregelvollzug und Strafvollzug in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe trifft sich regelmäßig alle 2 Monate für 2 Stunden im Haus der Region in Hannover.

Teilnehmende:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus den regionalen psychiatrischen Fachkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen, den Justizvollzugsanstalten, den Forensischen Kliniken, sowie aus dem Kreis der Anbieter im Verbund (Wohnheime, Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, WfbM, Tagesstätten, RPK), aus der Gruppe der rechtlichen Betreuerinnen/Betreuer und der Bewährungshilfe. Durch einen Richter des Landgerichtes, eine Betreuungsrichterin und einen Rechtsanwalt wird auch juristische Expertise interdisziplinär bereichernd eingebracht. Die auch in der forensischen Psychiatrie erfreulicherweise mehr Einzug findende dialogische Ausrichtung wird durch einen Psychiatrie-Erfahrenen und eine Angehörigenvertreterin gefördert.

Insbesondere vor dem Hintergrund der überregionalen Vernetzung der forensischen Nachsorge, haben weiterhin Vertreterinnen/Vertreter aus den angrenzenden Landkreisen Schaumburg und Nienburg an den Fachgruppentreffen teilgenommen.

Bearbeitete Themen:

Im Mittelpunkt der Arbeitstreffen stehen wie in den Jahren zuvor intensive Einzelfallbesprechungen, die von den Teilnehmer*innen aus ihrer Alltagspraxis eingebracht und dann multidisziplinär diskutiert werden können. Das Verständnis für schwierige Biographien eröffnet oft einen konstruktiven Zugang zu den betroffenen Menschen.

Veränderungen in der Landschaft der Versorgungspsychiatrie und der forensischen Psychiatrie spiegeln sich auch in den Fachgruppendifkussionen wider. Von der Vermeidung und Reduktion von Zwang und der Stärkung von Patientenrechten haben sehr viele Patienten außerordentlich profitiert.

Einige Fallbesprechungen haben aber auch ungünstige Folgen der zunehmenden Verrechtlichung aufgezeigt. Durch lange Verfahrensdauern bleiben Patienten im stationären Akutsetting über längere

Zeit unbehandelt, seitdem die Verfahren zur Unterbringung und zur Behandlung getrennt geführt werden. Insbesondere in geschützten Stationskontexten nehmen Gewalt und Übergriffe (auf Mitpatient*innen und Mitarbeiter*innen) „gefühl“ vielerorts zu. Der verbesserte Datenschutz kann im Sinne einer unerwünschten Nebenwirkung dazu beitragen, dass wichtige Informationen im Transfer in das ambulante Feld nicht zur Verfügung stehen.

Die Datenlage zu der Frage, ob Gewalt gegen Mitarbeitende in der Psychiatrie zunimmt, ist uneinheitlich und mehr als lückenhaft. Eine systematische Erfassung auf allen Feldern des Versorgungssystems (stationär und ambulant) könnte sehr hilfreich sein.

Weil bauliche Sicherungen reduziert wurden, führte das in einem Einzelfall zu wiederkehrenden Entweichungen einer Patientin, bei der eine eigentlich erforderliche längere Behandlung auf diese Weise nicht mehr gelang. Wenn an solchen Stellen reflexartig nach der forensischen Psychiatrie gerufen wird, selbst wenn es noch gar nicht zu erheblichen Straftaten gekommen ist, darf schon die Frage gestellt werden, ob die Psychiatrie ihren ordnungspolitischen Aufgaben bei der Gruppe der schwer und chronisch Erkrankten, fast immer mit Doppeldiagnose, noch umfassend gerecht wird.

Die stationäre Versorgungspsychiatrie scheint immer noch nicht überall ausreichend mit der forensischen Psychiatrie vernetzt. Das dort verfügbare Risikomanagement im Umgang mit fremdaggresivem Verhalten wird häufiger nicht abgerufen. Das Angebot der Fachgruppe, in der Einzelfallvorstellung Hilfsangebote besser zu verzahnen, könnte noch intensiver genutzt werden.

Die sozialpsychiatrischen Dienste beteiligen sich mit hohem Engagement an der Fachgruppe und können in vielen Fällen deeskalierend intervenieren, so dass ihnen in der Präventionsarbeit zur Vermeidung forensischer Patientenkarrieren eine Schlüsselfunktion zukommt.

Eine kleinere Gruppe der aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten, deren Unterbringung aus ju-

ristischen Verhältnismäßigkeitsüberlegungen erledigt wird, belasten weiterhin das Versorgungssystem durch ein erhöhtes Risiko für Zwischenfälle, insbesondere Suchtmittelrückfälle, aber auch ein höheres Risiko der Redelinquenz. Im Einzelfall ist es oft nicht leicht, ein ausgewogenes Maß an Hilfsangeboten und Kontrolle darzustellen.

Aus dem fast ungebremsten Anstieg der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB resultieren zudem Kapazitätsprobleme in allen niedersächsischen forensischen Kliniken.

Ausblick:

Wie bereits 2018 festgestellt, stehen in der Region zu wenige Plätze insbesondere in Wohngemeinschaften und psychiatrischen Wohnheimen für psychisch Kranke bereit, die mit Sexualstraftaten oder Brandstiftungen vorbelastet sind. Der inzwischen dramatische Wohnraummangel bremst die Entlassungen aus der Forensik, die infolge einer vom Land intendierten restriktiveren Lockerungspraxis ohnehin geringer ausfallen.

Die Fachgruppe wird auch 2020 neben den hier zum Teil skizzierten Themenfeldern Einzelfallkasuistiken diskutieren.

Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“

von Uwe Blanke (Sprecher der Fachgruppe)

In der Region Hannover hatte es seit Jahren kein berufsgruppenübergreifendes langfristiges Qualifizierungsangebot für Fachkräfte in ambulanten und stationären psychischen Einrichtungen mehr gegeben. 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) 2014 empfohlen, eine „Sozialpsychiatrische Weiterbildung“ in diesem Bereich zu entwickeln. Nach der Vorstellung dieser Aufgabe im AKG im September 2014 konstituierte sich die Fachgruppe und erarbeitete Rahmenanforderungen für ein Curriculum. Ergebnis war der Vorschlag für eine Konzeption der Fachweiterbildung

Sozialpsychiatrie, die dem KRH-Ausbildungszentrum zur Verfügung gestellt wurde. Zum April und im Oktober 2017 konnten die ersten beiden Kurse der neu gegründeten und anfänglich von der Region Hannover geförderten Fachweiterbildung am KRH-Bildungszentrum ihre Arbeit aufnehmen. Diese Kurse konnten im Jahr 2019 mit sehr gutem Erfolg abgeschlossen werden. Die Fachgruppe hat jetzt die Funktion eines Beirates für diese Weiterbildung übernommen und arbeitet darüber hinaus trägerübergreifend an der Weiterentwicklung von Fortbildungsmodellen für die nächsten Jahre.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe tagt vierteljährlich für 2 Stunden im Haus der Region.

Teilnehmende:

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgender Einrichtungen: APS-Akademie für Pflege und Soziales, Caritas Forum Demenz, Hochschule Hannover – Fakultät V, KRH-Akademie, KRH-Psychiatrie Wunstorf, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover, STEP gGmbH

Bearbeitete Themen:

- Initiative zur Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Ausbildungsträger. Dazu hatte die Fachgruppe Anfang 2019 alle niedersächsischen Anbieter vergleichbarer Ausbildung zum Fachaustausch ins Haus der Region Hannover eingeladen.
- Austausch über die aktuellen Entwicklungen in den Weiterbildungseinrichtungen.

Ausblick:

Für das Jahr 2020 sollen insbesondere der fachliche Austausch zwischen den drei Anbietern in der Region Hannover intensiviert und eine gemeinsame Darstellung der Angebote im Sozialpsychiatrischen Verbund eingeführt werden.

Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“

von Günter Pöser

(Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe versteht ihre Aufgaben u.a. im Vertre-

ten der Interessen der Zielgruppe, im Aufzeigen von Handlungsbedarfen sowie im Hinwirken auf einen Ausbau des bestehenden Versorgungssystems durch einen kooperativen und institutionsübergreifenden Zusammenschluss multiprofessioneller Fachleute.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe tagt jeden letzten Mittwoch in den geraden Kalendermonaten; die Sitzungstermine waren am 27.02., 24.04., 26.06., 28.08., 30.10.2019.

Teilnehmende:

Anbieter ambulanter und stationärer Leistungen: Lebenshilfe Peine-Burgdorf, Lebenshilfe Seelze, GfL, Sozialpsychiatrischer Dienst, Team Teilhabeplanung und Sozialmedizin, Annastift Leben und Lernen, Klinikum Wahrenndorff, Hannoversche Werkstätten, GbA, Diakonie Himmelsthür, GiS, HTF, Haus Mohmühle, Mosaik – inklusiv Leben, Lebenshilfe Hannover, Sozialministerium, Perspektiven GmbH, Caritas, FAA, Lebenshilfe Wunstorf

Außerdem nahmen Mitarbeiter*innen der Leistungsträger, der Bedarfsermittlung und des Ministeriums für Soziales teil.

Bearbeitete Themen:

Die Verbesserung der ungenügenden Versorgungslage für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer seelischen Störung steht seit Jahren im Mittelpunkt der Aktivitäten dieser Fachgruppe. Wie auch im letzten Jahr sind die Änderungen, die die Einführung des Bundesteilhabegesetzes zum 01.01.2020 mit sich bringen werden, von besonderem Interesse.

27.02.2019: Frau Thiel, die neue Behindertenbeauftragte der Region Hannover, berichtete von den Unsicherheiten, die im Zusammenhang mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bei den Kostenträgern bestehen. Sie empfiehlt, auch über die Dachverbände der Leistungserbringer auf Klärung der Fragen zu den Themen Vergütungssystematik, Leistungsgruppen und Fachleistungsstunden zu drängen. Des Weiteren besteht die Befürchtung, dass die Ausführungsgesetze eher der weiteren Spezialisierung und Kategorisierung dienen und nicht dem Gedanken des BTHG gefolgt wird, die Personenzentrierung und Wahlmöglichkeiten zu stärken.

Frau Koch berichtet von einer Einladung des Landessozialamtes. Es wurde über die Bildung und Implementierung von einem Kompetenzteam gesprochen. Dieser Gedanke wurde schon vor Jahren von einer Expertengruppe vorgeschlagen. So könnte es z.B. ein Kompetenzteam geben, das die Leistungserbringer (besonders kleinere Anbieter) bei der Betreuung von Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf berät. Eine Realisierung wird allerdings kritisch bewertet.

24.04.2019: Der Sozialpsychiatrische Plan 2019 wird von Herrn Blanke vorgestellt und in der Gruppe diskutiert. Im Zusammenhang mit dem BTHG wird verdeutlicht, dass in der Stadt und Region Hannover ein gesondertes Angebot der EUTB für Menschen mit psychischen Störungen nicht vorhanden ist.

26.06.2019: Vorstellung des Forschungsprojektes Medikamentenmanagement & Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung (MGMB). Das Hamburger Projekt berät Menschen, die mehr als 5 verschiedene Medikamente bekommen. Die aufsuchende Beratung wird sehr wertschätzend sowohl von den Betroffenen als auch von den Betreuungseinrichtungen erlebt.

Überlegungen zur Umbenennung der Fachgruppe. Die Begriffe „Geistige Behinderung“ und psychische „Störung“ werden in Frage gestellt. Die Diskussion verdeutlicht die Schwierigkeit, Begrifflichkeiten zu finden, mit denen sich die Betroffenen identifizieren können. Das weitere Vorgehen erfolgt in Abstimmung mit der Geschäftsstelle des Verbundes.

28.08.2019: Austausch zu dem Thema der ICF-orientierten Bedarfsermittlung. Es ist als vorteilhaft festzuhalten, dass der Mensch ganzheitlich betrachtet wird und er nicht auf seine Defizite reduziert ist. Verschiedene Einrichtungen schulen schon ihre Mitarbeiter*innen oder überlegen, eine entsprechende Software zu installieren. Eine ICF-orientierte Dokumentation würde sich deutlich von der Betrachtungsweise bei der Einstufung nach „Schlichthorst“ und „Metzler“ abgrenzen. Bei der Bedarfsermittlung in Niedersachsen (B.E.N.I.) wird der ICF-Gedanke schon berücksichtigt.

30.10.2019: Das Thema „Gesundheitliche Versor-

„Kommunikation von Menschen mit komplexen Behinderungen“ wird von Herrn Dr. Hussy (Diakonie Himmelsthür) vorgestellt. Die Diskussion verdeutlicht, dass die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte nicht immer optimal ist. Besonders schwierig sind die Aspekte der Kommunikation, Zeit und Mobilität.

Ausblick:

Die Fachgruppe wird sich im Jahr 2020 mit den Auswirkungen des BTHG beschäftigen. Die Probleme mit der Aufspaltung von existenzsichernden Leistungen und Fachleistungsstunden werden erhebliche Auswirkungen auf die tägliche Arbeit der Leistungsanbieter haben.

Das Thema „Sucht“ wird ein Leitthema der Fachgruppe. Dazu werden praktische Ansätze in verschiedenen Einrichtungen vorgestellt. Es wird auch weiterhin Aufgabe der Fachgruppe sein, die schwierige Versorgungslage der Menschen mit geistiger Behinderung und seelischer Störung zu thematisieren.

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ von Markus Heller (Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie hat es sich zum Ziel gesetzt, einen differenzierten Blick auf die unterschiedlichen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter zu entwickeln und interdisziplinäre und kostenträgerübergreifende Hilfesysteme zu schaffen.

Teilnehmende:

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie tagte im Jahr 2019 insgesamt vier Mal. An den Sitzungen beteiligten sich durchschnittlich 25 Teilnehmer, welche teilstationäre und stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, ambulante Einrichtungen wie Pflegedienste, Ergotherapiepraxen oder Beratungsstellen und Pflegestützpunkte vertraten.

Bearbeitete Themen:

Die Vorstellungsrunden zu Beginn der Sitzungen stellen ein wichtiges Mittel dar, um einen Überblick über die vertretenen Institutionen sowie über aktuelle Themen und Fragestellungen zu erhalten.

Ein Schwerpunktthema im Jahre 2019 bildete die Veränderung des Unterstützungsbedarfs in gerontopsychiatrischen Einrichtungen. Es kristallisierte sich heraus, dass eine zunehmende Anzahl älterer schizophrener Menschen sowie BewohnerInnen mit Verhaltensauffälligkeiten oder Suchtproblematiken in stationären Einrichtungen untergebracht sind. Um ein besseres Verständnis für die Herausforderungen und veränderten Bedarfe zu entwickeln, wurde im Jahr 2019 damit begonnen, die Einrichtungen im Rahmen der Fachgruppentreffen vor Ort zu besuchen und deren Konzepte kennenzulernen.

Auch im ambulanten Bereich ließ sich eine deutliche Veränderung der Bedarfe feststellen. Besonders auffällig in diesem Bereich ist der steigende Bedarf an Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige.

Im Sinne der Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung wurde der Teilnehmerkreis der Fachgruppe erweitert. So wurden unter anderem eine Vertreterin eines Kostenträgers wie auch ein Vertreter des Vereins Psychiatrieerfahrener eingeladen.

Die Schnittstellenproblematik gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen im Allgemeinkrankenhaus war weiterhin ein wichtiges Thema. Es erfolgte erneut eine Bestands- und Bedarfsanalyse, woraus hervorging, dass sowohl Datenschutzbestimmungen wie auch verschiedene Dokumentationssysteme die Entwicklung eines einheitlichen Prozesses nahezu unmöglich machen. Es wurde im Rahmen der Fachgruppen beschlossen, den Überleitungsbogen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. zu verwenden und dessen Handhabbarkeit im kommenden Jahr zu evaluieren.

Auch im Jahre 2019 nahm die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen eine zentrale Stellung in den Sitzungen ein. Diese wurden anhand eines vorgegebenen Rasters durchgeführt und boten die Möglichkeit, über den interdisziplinären Austausch nicht nur zu einem gemeinsamen Fallverstehen zu gelangen, sondern darüber hinaus Ansätze und Leistungsangebote anderer Institutionen kennen zu lernen und Synergien zu schaffen.

Ausblick:

Die sehr gute Beteiligung und stetige Erweiterung des Teilnehmerkreises im Jahre 2019 zeigt das große Interesse an einem interdisziplinären Austausch. Zukünftige Schwerpunkte der Fachgruppe werden weiterhin darin bestehen, nach Vorgabe des Landespsychiatrieplans die interdisziplinäre Vernetzung zu fördern und zu systematisieren, um Betroffenen und Angehörigen den Zugang in das Hilfesystem zu erleichtern und im Sozialraum bedarfsgerechte Hilfen zu ermöglichen.

Fachgruppe „Sucht und Drogen“

von Frank Woike (Beauftragter Sucht und Suchtprävention der Landeshauptstadt Hannover)

Fachgruppe:

Der „Runde Tisch Sucht und Drogen“ hat die Aufgabe, die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich von Drogenhilfe und Drogenbekämpfung, neue Projektüberlegungen und aktuelle Situationen zu diskutieren. Hinsichtlich illegaler Suchtmittel hat der AKG in seiner Sitzung am 05.11.1998 beschlossen, den „Runden Tisch Sucht und Drogen“ der Landeshauptstadt Hannover in Fachfragen als Fachgruppe anzuerkennen. (Siehe Geschäftsordnung des AKG).

Sitzungstermine:

4 Sitzungen pro Jahr (einmal pro Quartal)

Teilnehmerkreis:

Knapp 50 Personen und Institutionen aus den Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe, Parteien, Polizei, Staatsanwaltschaft, Justiz, Ärzteschaft, Kostenträger, Jobcenter, Landesministerien, Verwaltung und Selbsthilfegruppen

Bearbeitete Themen:

ICD-11/Netzwerk Medienabhängigkeit: Im Rahmen der angekündigten Aufnahme der Computerspielsucht ab 2022 in die ICD-Systematik wurde eine Bestandsaufnahme gemacht, welche Angebote durch das Netzwerk Medienabhängigkeit bislang vorgehalten werden. Aufgabe für die nächsten Jahre ist es, das Suchthilfesystem auf diese zusätzliche Aufgabe vorzubereiten.

Kontrollierter Konsum: Herr Prof. Dr. Körkel stellte sein Konzept vor. Das Hilfesystem hat dadurch neben dem Abstinenzziel und dem Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit einen dritten Pfeiler. Bislang gibt es aber für den „Kontrollierten Konsum“ in den Kommunen der Region sehr wenig Angebote.

Sucht und Drogen im öffentlichen Raum: Bereits im letzten Bericht hat dieses Thema den Runden Tisch beschäftigt. Seitdem haben sich die Problemlagen und die öffentliche Wahrnehmung, besonders um den Hauptbahnhof und dem Raschplatz, deutlich verschärft. Einzelne Vorkommnisse und grundsätzliche Debatten führen zu der Frage, ob dieses Bild von Suchterkrankung, Obdachlosigkeit und Verwahrlosung an öffentlichen Orten hinzunehmen ist. Nach wie vor bleibt die Haltung, dass auch die suchtkranken und/oder obdachlosen Menschen einen geduldeten Bereich behalten sollen. Dies ist mit der Einhaltung von Regeln und dem Angebot von unterstützenden Maßnahmen verbunden. Die Beteiligten (Verwaltung, Träger, Polizei) sind dazu in einem kontinuierlichen Austausch und sprechen Maßnahmen ab. Eine kontrollierende Tätigkeit von Polizei und Ordnungsdienst sowie die aufsuchende Sozialarbeit gehören zu diesem Konzept.

Außerdem begann im Spätsommer ein erstes Angebot zum Thema Tagesstruktur. Im S.O.S. Bistro des Neuen Landes werden Themenfrühstücke, Möglichkeiten der Beschäftigung und weitere Aspekte angeboten, damit Suchtkranke etwas Struktur in ihren Tag bringen können und Chancen erhalten, eigene Potentiale (wieder) zu entdecken. Dieser grundsätzliche Ansatz soll 2020 auf weitere Standorte ausgedehnt werden.

Spritzenautomaten: In diesem Jahr wurden zwei Automaten mit Safer-Use-Artikeln im Stadtgebiet von Hannover und ein weiterer bei der DroBeL in Lehrte aufgestellt. Sämtliche Artikel werden zum Selbstkostenpreis angeboten.

Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“ von Marco Schomakers (Sprecher der Fachgruppe), Katrin Kuhn und Sabrina Böcker (Stellvertretende Sprecherinnen der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Inklusion beschäftigt sich mit der Umsetzung der Inklusion im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover. Sie will den aktuellen Stand der Inklusion in den Einrichtungen und Diensten des AKG erfassen und weitere Impulse auf dem Weg der Inklusion geben.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe tagt an jedem 3. Montag in ungeraden Monaten, 15.00 – 17:00 Uhr im Haus der Region.

Teilnehmende:

Das Feld der Teilnehmenden ist weit gestreut. Es sind neben interessierten Einzelpersonen Vertreterinnen und Vertreter des ambulant betreuten Wohnens, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, stationärem Wohnen, gesetzliche Betreuung, psychiatrischen Kliniken, Beschäftigungsangebote, der Region Hannover, psychosoziale Beratung und Begleitung, Pflege und Assistenz und der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung zu den Sitzungen anwesend.

Bearbeitete Themen:

Die Fachgruppe befand sich in einem Neuausrichtungsprozess. Die Januarsitzung ist aufgrund von Krankheit entfallen. Die Julisitzung hat aufgrund der Sommerpause ebenfalls nicht stattgefunden.

Im März wurde Herr Kimil vom Ethnomedizinischen Zentrum eingeladen, um die Befragung vorzustellen, die im Rahmen der Fachgruppe Migration durchgeführt wurde. Auf Grundlage seiner Ausführung fand in der Fachgruppe eine Diskussion statt, ob eine analoge Befragung eine zielführende Methode für die spezifischen Fragestellungen der Fachgruppe Inklusiver Sozialraum sein könnte. Das Ergebnis ist, dass die Methode grundsätzlich positiv bewertet wurde, aktuell aber finanzielle und zeitliche Ressourcen fehlen, um die Befragung durchzuführen. Die Teilnehmenden gaben die Rückmeldung, dass deren aktuelle Konzentration in der Umsetzung des BTHG liegt. Die Durch-

führung einer Befragung wurde nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber auf einen zukünftigen Zeitpunkt vertagt.

Im Mai waren die Beauftragten für Menschen mit Behinderungen der Landeshauptstadt Hannover, vertreten durch Frau Hammann und der Region Hannover vertreten durch Frau Thiel, zu Gast. Sie stellten ihre Arbeit vor und standen für Nachfragen und eine anschließende Diskussion zur Verfügung.

Im September haben Frau Bähr und Frau Hoffmann vom Jobcenter der Region Hannover ihre Arbeit vorgestellt. Dabei ging es um die unterschiedliche Arbeitsweise des Fallmanagements und des BIC sowie deren Zugänge und Übergänge in andere Leistungsbereiche.

Im November stellten Herr Milnikel von der AWO Region Hannover e.V. und Herr Baden von EX + JOB Arbeit und Freizeit GmbH das Modellprojekt Budget für Arbeit vor.

Die Fachgruppe hatte im letzten Jahr wechselnde Besucher und teilweise eine geringe Teilnahmezahl. Die Sprecher*innengruppe hat sich mit der Fortführung der Fachgruppe auseinandergesetzt. Wir halten nach wie vor die Fachgruppe für wichtig, da die Thematik Inklusion und psychische Beeinträchtigung unter dem Dach des AKG vertreten sein sollte.

Ausblick:

Wir hoffen, dass aufgrund der Neuausrichtung der Fachgruppe und nach der Umsetzung des BTHG eine stabile Teilnehmerzahl und weiterhin ein vielfältiger Austausch erreicht werden kann. Dazu laden wir alle Einrichtungen und Vertreter*innen herzlich ein.

Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ von Birgit Dietl (Sprecherin der Fachgruppe)

Die Fachgruppe hat die Aufgabe, relevante Themen der Bereiche „Kinder und Jugendliche im sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover“ unter Berücksichtigung der teilnehmenden Träger-, Einrichtungs- und InstitutionsvertreterInnen sowie deren Kli-

entel zu bearbeiten und den regelmäßigen Austausch der unterschiedlichen Akteure zu ermöglichen und zu fördern.

Sitzungstermine:

Die zweistündigen Fachgruppensitzungen finden vierteljährlich mit festem Tagungsort im Haus der Region statt.

Teilnehmende:

AfW- Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen e.V. Hannover, Heilpädagogische-therapeutische Wohngruppe Lichtblick, BAF e.V.- Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, FaB – Fachanbieter für Betreuungen, Gesellschaft für pädagogisch-psychologische Beratung e.V., GIS, HKA Auf der Bult (Kinder- und Jugendkrankenhaus, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), HKA, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), KRH - Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Wunstorf, LH Hannover Fachbereich Jugend und Familie, Heimverbund, Fachbereich Jugend und Familie, Jugend- und Familienberatung, Niedersächsische Landesschulbehörde, Regionalabteilung Hannover, Pestalozzi-Stiftung, Schulen (IGS Kronsberg, Peter-Ustinov-Schule), Stadt Langenhagen - Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe, Stephansstift- Evangelische Jugendhilfe, Region Hannover - Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Psychiatriekoordination des Sozialpsychiatrischen Verbundes und beta 89

Bearbeitete Themen:

06.03.2019:

- Vorstellung des Beratungs- und Unterstützungsangebots der Niedersächsischen Landesschulbehörde (Frau MacIntyre, schulpsychologische Dezernentin, NLSchB),
- Stand der AG (der Fachgruppe) „Unbegleitete minderjährige AusländerInnen“ (UMA),
- Sozialpsychiatrischer Plan 2019 / Kinder- und Jugendpsychiatrie (Herr Blanke, Region Hannover)

05.06.2019:

Bericht der Arbeitsgruppe des Fachbereichs Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover. Herr

Seiser und Frau Kurtz stellen Daten und Fakten zur Situation der UMF in der LHH und zu Ergebnissen der AG UMF im Rahmen der Fach-AG nach §78 SGB VIII vor. Es zeigt sich ein Verbesserungspotential bei der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie. Prof. Fegert soll in die FG eingeladen werden, um über best practice - Beispiele aus Ulm zu berichten. Des Weiteren wurde eine Liste kultur- und sprachsensibler Diagnoseinstrumente durch die AG UMF erstellt.

- Einbringen des Vorschlags (in Zusammenfassung der Auseinandersetzung mit den Inhalten des Landespsychiatrieplans für das Gebiet der Region Hannover), Informationsmaterial in einem „Wegweiser zu allen Fragen und Themen in Bezug auf psychisch belastete Kinder, Jugendliche und deren Familien“ zu entwickeln Die Resonanz auf diesen Vorschlag war sehr positiv. (Herr Blanke)
- Herr Eller (Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche) stellt sich zur Wahl als 3. Sprecher der Fachgruppe und wird als Nachfolger von Frau Dehmlow (Stephansstift Hannover) gewählt.

04.09.2019

Die Teilnehmenden stellen sich, ihre Organisation sowie ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte ausführlich vor. Insgesamt zeigt sich eine große Vielfalt an Arbeitsschwerpunkten.

04.12.2019

Themenschwerpunkt: „Unterstützungsmöglichkeiten für ‚SystemsprengerInnen/Drop Out‘. Herr Adamski (Inobhutnahmeeinrichtung „bed by night“ des Heimverbundes der LH Hannover) und Herr Gehrdes (Stationäre Jugendhilfe der STEP) berichten zu diesem Thema aus der Praxis und zu den Konzepten der Einrichtungen mit anschließender Diskussion.

Ausblick:

Die Fachgruppe wird das Thema „Unterstützungsmöglichkeiten für ‚SystemsprengerInnen/Drop Out‘ “ und das Thema „Wegweiser zu allen Fragen und Themen in Bezug auf psychisch belastete Kinder, Jugendliche und deren Familien “ im kommenden Jahr fortführend auf die Tagesordnung bringen. Weiterhin sollen u.a. die Themen „Umgang mit Inklusion in der

Kinder- und Jugendhilfe (KJH)“, „Zusammenarbeit von KJH- KJP- Schule“ sowie „Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder von psychisch kranken Eltern bearbeitet werden.

Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ von Thorsten Sueße (Sprecher der Fachgruppe)

Sitzungstermine:

Zweimal im Jahr jeweils mittwochs (am 25.09.2019; der für den 13.03.2019 geplante Termin ist ausgefallen) im Haus der Region, Hildesheimer Str. 20.

Teilnehmende:

Sozialpsychiatrischer Dienst (Leitung, Psychiatriekoordination), Ordnungsbehörde (Team Fachaufsicht Sozialhilfe der Region Hannover), Feuerwehr Hannover, Amtsgericht Hannover, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf.

Bearbeitete Themen:

- Bei medizinischen Notfalleinsätzen werden – orientiert am Patientenzuweisungscode (PZC) – Erstversorgungskliniken mit Notfallambulanz angefahren. Die psychiatrischen Kliniken sind bei diesem Zuweisungssystem bisher nicht vertreten. Die KRH Psychiatrie Wunstorf wird sich ggf. versuchsweise um eine Aufnahme in das Zuweisungssystem bemühen. Es geht um die angestrebte Direktaufnahme von in der KRH Psychiatrie Wunstorf bereits bekannten psychisch kranken Patienten.
- Die Region Hannover prüft, ob sich die Qualität der Durchschreibformulare gemäß § 18 NPsychKG (Durchschläge momentan zum Teil schlecht lesbar) verbessern lässt und ob digital ausfüllbare PDF-Versionen für Kliniken erstellt werden können.
- Auf dem Formular sollte auch – neben der Unterschrift – nach dem Namen des B-Dienst-Beamten der Feuerwehr Hannover gefragt werden.
- Bestehen dringende Anhaltspunkte dafür, dass die Voraussetzungen einer Unterbringung gemäß NPsychKG vorliegen, so kann der Sozialpsychiatrische Dienst die betroffene Person auch ohne deren Einwilligung ärztlich untersuchen, soweit dies für die Entscheidung über die Beantragung einer Unterbringung erforderlich ist. Falls ein Hausbesuch nicht

möglich ist, kann die betroffene Person dem Sozialpsychiatrischen Dienst gemäß § 13 Abs. 2 NPsychKG vorgeführt werden.

- Ein zusätzlicher richterlicher Beschluss zur Genehmigung der Zuführung ist nicht notwendig. Die Polizei leistet auf ein schriftliches Ersuchen (mit fachlicher Begründung) des Sozialpsychiatrischen Dienstes entsprechende Vollzugshilfe.
- Der bisherige Name des „Krisenpasses“ soll vermutlich in „Alles Wichtige für den Notfall“ oder in „Notfallausweis“ geändert werden.
- Der alte Krisenpass ist sehr defizitorientiert – stattdessen lautet jetzt die Leitfrage: „Was ist in Krisen hilfreich?“
- Der Regions-Flyer mit der Verfahrensbeschreibung zum öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren liegt noch nicht in einer aktualisierten Fassung vor, wird aber immer noch als angemessen aussagekräftig eingestuft (ein inhaltlicher Fehler: der Arzt, der vor Ort das ärztliche Zeugnis gemäß § 18 NPsychKG erstellt hat, wendet sich nicht direkt an den B-Dienst der Feuerwehr Hannover, sondern an die bei der Region für NPsychKG-Unterbringungen zuständige Stelle).

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

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie arbeitet seit ihrer Gründung im Jahr 2006 sehr kontinuierlich zur Frage „Wie können Migrant*innen in das sozialpsychiatrische Versorgungssystem der Region Hannover integriert werden?“. Hierzu hat sich die Fachgruppe folgende Ziele gesetzt: Sensibilisierung, Vernetzung, Bedarfserhebung, Konzeptentwicklung und Aufklärung/Information zur Thematik Migration und Psychiatrie im Kontext des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

Im Jahr 2017 lebten ca. 311 Tsd. (26%) Personen mit einem Migrationshintergrund in der Region Hannover (Statistikstellen Stadt und Region, 2018).

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund (Ausländer, Aussiedler/Spätaussiedler, Asylbewer-

ber/Flüchtlinge etc.) an der Bevölkerung in Hannover hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Diese Bevölkerungsgruppe ist damit eine sehr wichtige Zielgruppe für die sozialpsychiatrischen Angebote und Träger in Hannover geworden.

Sitzungstermine:

Im Jahr 2019 haben insgesamt 4 Sitzungstermine stattgefunden. Diese fanden wechselnd bei unterschiedlichen teilnehmenden Institutionen der Fachgruppenmitglieder statt. Jede Sitzung hatte einen Umfang von 1,5 Stunden.

Teilnehmende:

Insgesamt 21 Mitarbeiter*innen der folgenden Einrichtungen haben im Jahr 2019 an den Sitzungen der Fachgruppe Migration und Psychiatrie teilgenommen:

Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V., beta 89, Caritasverband Hannover e.V., Deutsches Rotes Kreuz, Wohnheim Tresckowstraße, Deutsches Rotes Kreuz, Wohnheim Kopernikusstraße, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Institut für transkulturelle Betreuung e.V., Klinikum der Region Hannover Psychiatrie Wunstorf - PIA am Schwarzen Bär, Klinikum der Region Hannover -Psychiatrie Wunstorf, Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V., Perspektiven GbR, Psychiatriekoordinator der Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, die Vorsitzende des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Stellwerk (STEP)

Bearbeitete Themen:

Förderung der Vernetzung und des fachlichen Austausches den zwischen Mitgliedsorganisationen der Fachgruppe: Die Verbesserung der Vernetzung zwischen den Fachkräften, Institutionen und Angeboten zum Themenfeld Migration und Sozialpsychiatrie war auch im Jahr 2019 ein wichtiger Schwerpunkt der Fachgruppe. Die Treffen der FG wurden hierzu wechselnd bei unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen der Fachgruppe durchgeführt. Die gastgebende Einrichtung hat dabei jedes Mal ihr Konzept, ihre Angebote (mit Schwerpunkt Migration) sowie die Mitarbeiterstruktur vorgestellt.

Im Jahr 2019 haben sich gemäß diesem Konzept die folgenden Einrichtungen vorgestellt: Perspektiven GbR, Institut für transkulturelle Betreuung e.V., Ethno-Me-

dizinisches Zentrum e.V., Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V.

Dieses Konzept wird von den Teilnehmer*innen der Fachgruppe weiterhin sehr positiv bewertet, da viele Mitglieder dadurch nun ein differenzierteres Bild von den Angeboten und den Einrichtungen, die schwerpunktmäßig psychiatrisch Migrant*innen versorgen gewinnen können. Deswegen wird diese Vorgehensweise im Jahr 2020 fortgeführt.

Versorgungssituation von Migrant*innen in der Region Hannover:

Dadurch, dass das Thema Flüchtlinge/Asylbewerber seit ca. 2014 die Versorgung dominiert haben, ist die Versorgungssituation der anderen Migrantengruppen in den Hintergrund gerückt. Konkret geht es dabei um folgende Zielgruppen: Frauen, Ältere, Kinder und Jugendliche, Behinderte, Alleinerziehende, UMF (Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) etc..

Deswegen hat die Fachgruppe 2019 sich verstärkt mit dieser Fragestellung auseinandergesetzt. Es wurde festgestellt, dass es derzeit keine belastbaren Daten zum Anteil der Anteil der Migrant*innen und Flüchtlinge/Asylbewerber*innen im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem für die Region Hannover existieren. Die letzte Studie stammt aus dem Jahr 2012. Hier wurde auch diskutiert, ob das EMZ nicht erneut eine Bestandsanalyse bzw. Studie hierzu durchführen kann. Dazu möchten wir als Fachgruppe 2020 mit der Region Hannover ins Gespräch gehen.

Sonstige Themen die 2019 auf der Agenda der Fachgruppe gestanden haben und diskutiert wurden:

Es gibt weiterhin zahlreiche Zugangsbarrieren bei der sozialpsychiatrischen Versorgung der Migrant*innen in Hannover. Wie sollte man damit umgehen?

- Auch zunehmende „Ökonomisierung von psychiatrischen Angeboten und Leistungen“, stelle eine Herausforderung für die Versorgung dieser Zielgruppen dar.
- In vielen stationären psychiatrischen und somatischen Kliniken würden nur wenige oder keine Dolmetscher*innen eingesetzt. Das habe große Konsequenzen für die betroffenen Migranten*innen, da Diagnosen, Therapieempfehlungen etc. nur man-

gelhaft oder nicht verstanden werden. Dies könne sich in Einzelfällen krisenhaft zuspitzen. Hierzu wird der Frage formuliert, wie wir dieses Thema auf die Ebene des AKG tragen und in 2020 auf die Agenda nehmen können.

- Zur Frage der „Motivation von Fachkräften in der Arbeit mit Migrant*innen“ wurden folgende Fragen formuliert und diskutiert: „Was ist die Win-Win-Situation, wie kann ich Spaß entwickeln in der Arbeit mit Patient*innen mit Migrationshintergrund“.
- Wichtig sei auch herauszubekommen, was das Anliegen der Migrant*innen sei bzw. was deren Interessen seien.
- Auch das Thema Kultur und Kultursensibilität wurden diskutiert.
- Ferner wurde auch auf die Ambivalenz zwischen der „Förderung eines selbstbestimmten Lebens“ versus „Helfen“ hingewiesen.
- Auch das Erkennen und der Umgang mit „Überforderungssituationen“ in der Behandlung dieser Zielgruppen wurde für relevant erklärt.
- Die Diskrepanz zwischen der Förderung der „Regelversorgung versus Sonderversorgung“ wurde benannt und problematisiert.
- Auch der gesamte rechtliche Bereich im Kontext des Ausländer- und Asylrechts stelle eine Herausforderung für die Versorgung dar, insbesondere die sog. „befristeten Aufenthalte“ würden ein Problem darstellen.

Ausblick:

Zusammenfassung der wichtigsten Themen, die sich die Fachgruppe im Jahr 2020 auf die Agenda nehmen wird und dafür auch verstärkt die Unterstützung des Psychiatriekoordinators, des AKG und der Region Hannover benötigt:

- Datenerhebung zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrant*innen, Flüchtlingen/Asylbewerbern
- Einsatz von Dolmetschern in Kliniken und im sozialpsychiatrischen Verbund
- Fortbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte in sozialpsychiatrischen Kontexten
- Die Fachgruppe wird 2020 auch das Thema Migration und Sucht stärker in ihren Fokus nehmen.
- Wir benötigen als Fachgruppe eine konkrete Unterstützung, wie wir diese Fragestellungen in die

entsprechenden Gremien transportieren und entsprechende sozialpolitische Unterstützung für die Umsetzung gewinnen können. Hierzu möchten wir in 2020 bspw. den Psychiatriekoordinator wieder häufiger in die Sitzungen der Fachgruppe einladen.

Bericht der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

von Frauke Gossé und Henning Kurth
(Sprecherin und Sprecher der Fachgruppe)

Seit mehr als 25 Jahren stellt sich die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit die Aufgabe, die psychiatrische Versorgung für obdachlose und wohnungslose Menschen mit psychischen Auffälligkeiten zu ermöglichen bzw. positiv zu entwickeln. Die vorhandenen Hilfestrukturen können durch unsere Klienten nicht im vollen Umfang genutzt werden. Sowohl in der Wohnungslosenhilfe als auch in der psychiatrischen Versorgung können die in dem jeweiligen anderen Hilfesystem auftretenden Bedarfe nicht umfassend befriedigt werden. Der Zugang zu Hilfen ist für unsere Klientel mit seinen besonderen Problemlagen nur schwer zu erschließen. Dies liegt sowohl an den Besonderheiten der Klientel als auch an den Hilfen, die nicht niederschwellig genug auf diesen Personenkreis abgestimmt sind. Es fehlt weiterhin an klaren Absprachen und nachhaltigen Kooperationsverträgen in der Region Hannover.

Wir können jedoch hoffen: Die Eingabe der Fachgruppe in den AK Gemeindepsychiatrie vom Dezember 2018 (Einrichtung eines Kriseninterventionsteams und ein permanentes fachpsychiatrisches Angebot zur Betreuung psychisch kranker wohnungsloser Menschen) wurde im Regionalen Fachbeirat in diesem Jahr erörtert, ein Förderungsbedarf für Psychiatrie unserer Klientel wurde anerkannt.

Als erste konkrete Ergänzung im Hilfesystem ist der „Arbeitskreis Krisenintervention für Obdachlose (AK KfO)“, angeregt durch unsere Fachgruppe, in diesem Jahr aktiv geworden. Eingeladen hierzu hat die Koordinatorin für Wohnungslosenhilfe im FB Soziales 50.2. der LHH, Frau Rösch. Vertreten sind die Feuerwehr Hannover, die Polizei Hannover, die Region Hannover (Leiter des SpDi, Psychiatriekoordinator), das Betreuungsgericht, die Landeshauptstadt Han-

nover - FB Soziales, Sachgebietsleitung 50.24, FB Öffentliche Ordnung - Städtischer Ordnungsdienst, Koordinatorin Wohnungslosenhilfe Fachberatung und Streetworker*innen), sowie Streetworker*innen aus verschiedenen Trägereinrichtungen. Der AK trifft sich alle acht Wochen. Es finden Fall-Erörterungen zu Personen statt, die sich in einem desolaten, kranken, verwirrten und hilfsbedürftigen Zustand befinden und das Hilfesystem ohne Kooperation überfordern. Bisher wurden 12 Fälle besprochen. Dies ist ein erster Schritt hin zu vertraglich vereinbarten Kooperationen, spezifisch für unsere Klientel, damit Hilfe nicht beliebig, sondern verlässlich abrufbar ist.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe trifft sich alle 2 Monate am jeweils dritten Mittwoch im Monat.

Alle Termine finden in den Räumen des Werkheimes Hannover e.V. statt. Die Sitzungen sind jeweils von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr angesetzt.

Teilnehmende:

In der Fachgruppe haben sich aus der Region ca. 15 Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zusammengefunden sowie jeweils eine Vertreterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und der Psychiatrischen Institutsambulanz Deisterstraße der KRH-Psychiatrie Wunstorf. Wir alle arbeiten sehr konstruktiv und mit viel Beharrlichkeit weiterhin daran, für diese Personengruppe hilfreiche Veränderungsprozesse in Gang zu setzen oder in Gang zu halten.

Neu in der FG ist der „Kompass“, ein Ruhe- und Begegnungsraum für Obdachlose im Bereich des Hauptbahnhofs als Projekt der Zentralen Beratungsstelle. Es ist ein spezielles Angebot für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, um Schwellenängste abzubauen. Die Kollegen des Kompasses berichten von einem hohen Anteil ihrer Besucher mit psychischen Auffälligkeiten.

In unserer November Sitzung hat sich „La Strada“, eine niedrigschwellige Anlauf- und Fachberatungsstelle für drogengebrauchende Frauen, vorgestellt. Die Kolleginnen berichteten, dass bei den 150 Frauen, die Kontakt zur Beratungsstelle haben, bei allen

von einer „psychischen Beeinträchtigung“ auszugehen ist.

Die Berichte dieser beiden neuen Teilnehmer machen abermals deutlich, dass es in Hannover keinen Raum für ein selbstbestimmtes Leben für wohnungslose Menschen mit psychiatrischen Problemen analog dem Hotel Plus in Köln gibt. Dieser Bedarf wird nicht durch die bestehenden Unterkünfte und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufgefangen. Ein geplantes „Housing First“ Projekt wird vermutlich nicht den Bedarf an bedingungslosen Unterkünften für unser Klientel genügen können. Ohne eine bedingungslose Unterkunftsmöglichkeit ist von einer Verstärkung der Problemlagen von Wohnungslosen mit psychischen Auffälligkeiten auszugehen!

Bearbeitete Themen:

- Schnittstellenprobleme wohnungslos / psychisch krank – allgemeiner Austausch bzgl. Klientel und Hilfefeld
- Das Bundesteilhabegesetz wurde ausführlich durch Frau Jamroszczyk vom SpDi erläutert
- Im Bereich Tagestreff „Mecki“ gibt es eine zunehmende Anzahl „stark auffälliger Personen“, bei einer festgestellten Zurückhaltung bei Einweisungen in eine psychiatrische Klinik – dies wird als Widerspruch gesehen.
- Unterbringungsverfahren nach PsychKG und BGB
- Neue Frauenunterkunft in der Langensalzastraße
- Erhebung in den Einrichtungen der ZBS, der ambulanten Wohnungslosenhilfe, bzgl. „Personen mit psychischen Auffälligkeiten“. Als erstes Ergebnis ist festzustellen, dass bei ca. 75% der Klienten von einer Abhängigkeitserkrankung oder / und psychischen Störung auszugehen ist.
- Konstituierung des „AK Krisenintervention für psychisch kranke Obdachlose“

Ausblick:

Der Zugang zur psychiatrischen Versorgung von Wohnungslosen wird die FG weiter beschäftigen. Wer an den genannten Inhalten mitarbeiten und auch an kontinuierlichen Fallbesprechungen und Informationsveranstaltungen teilnehmen möchte, ist hierzu herzlich eingeladen und willkommen.

Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“

von Birgitt Theye-Hoffmann und Sabine Kopps
(Sprecherinnen der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung stellt eine regelmäßige Plattform für alle Angebotsformen und Akteure dar, die sich im Rahmen von Eingliederungshilfe mit Themen, Angeboten und neuesten Entwicklungen der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auseinandersetzen. Die Themen der Sitzungen werden aus unterschiedlichen Perspektiven und anhand multiprofessioneller Sichtweisen und Fachkompetenzen bearbeitet und diskutiert.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppensitzungen finden in den ungeraden Monaten am 3. Mittwoch von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr im Haus der Region statt.

Teilnehmende:

An der Fachgruppe nehmen Leistungserbringer ambulanter, teilstationärer und stationärer (besondere Wohnformen) Angebote aus der gesamten Region Hannover teil. Eine aktive Teilnahme der Leistungserbringer aus dem Bereich der besonderen Wohnformen mit den sich aktuell ergebenden spezifischen Themen stellt eine Bereicherung der Fachgruppenarbeit dar. Weiterhin sind Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Anbieter psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, der Sozialpsychiatrische Dienst, Vertreter der Leistungsträger, Betroffene und Angehörige von Betroffenen in den Sitzungen vertreten. Die Expertisen durch externe Referenten ergänzen die Termine. An den Sitzungen nehmen durchschnittlich ca. 25 – 30 Personen teil. Anfang des Jahres 2019 verabschiedete sich Herr Willems aus der Funktion des stellvertretenden Sprechers, Frau Kopps wurde als seine Nachfolgerin gewählt. Herr Willems gestaltete als langjähriger Teilnehmer, Sprecher und stellvertretender Sprecher der Fachgruppe die verschiedenen Themen maßgeblich und stets engagiert mit.

Bearbeitete Themen:

Die Themen am Anfang des Jahres waren durch die Veränderungen in der Heimpersonalverordnung und in der psychiatrischen Krankenpflege geprägt. Hierzu konnten kompetente Referenten gewonnen und so offene Fragen geklärt werden. Informativ und gut besucht war, wie bereits in den vergangenen Jahren, die Veranstaltung zur regionalen Psychiatrieberichtserstattung mit der Auswertung des „Datenblatts C“. Insgesamt wurde die Arbeit der Fachgruppe in diesem Jahr durch die Themen rund um das BTHG, das Gesamtplanverfahren, die Trennung von Fachleistung und existenzsichernden Leistungen, die Umstellung in den Verwaltungsabläufen und die sich daraus ergebenden Veränderungen und Verunsicherungen dominiert.

Die Themen zu den unterschiedlichen Herausforderungen und den entsprechenden Perspektiven konnten hierbei konstruktiv erörtert und diskutiert werden. Bereichernd war der Vortrag zum stationären und teilstationären Blickwinkel im Mai dieses Jahres, die von den Kolleg*innen der entwickelten Unterarbeitsgruppe zu den besonderen Wohnformen initiierte Tagung „AUGEN AUF UND DURCH“ sowie der Beitrag zum Thema B.E.Ni. und Gesamtplanverfahren.

Die Ergebnisse einer Ende 2018 gegründeten Unterarbeitsgruppe zur Debatte um die Profilschärfung der sozialen Teilhabeleistung in der Eingliederungshilfe wurden mit dem Schwerpunkt des ambulant betreuten Wohnens im Plenum der Fachgruppe vorgestellt und diskutiert. Die Präsentation beschreibt die Soziale Arbeit in der qualifizierten Assistenz (Profil – Qualität – Soziale Teilhabe).

Es erfolgte ein erster Bericht der Vertreterin Leistungserbringer im regionalen Fachbeirat über Klinikbesichtigungen mit der Sozialdezernentin Frau Hanke.

Was war noch wichtig: Die AG Qualitätsstandards im ambulant betreuten Wohnen, die die Möglichkeit eines engen Austausches mit der Fachgruppe bietet, hat ihren Turnus verändert und damit eine zeitlich günstigere Struktur für den In- und Output mit der Fachgruppe, für Rückfragen und aktuelle Themen geschaffen.

Ausblick:

In der Fachgruppe werden uns auch im Jahr 2020 die Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz beschäftigen, so dass weiterhin ein gemeinsames Forum mit unterschiedlichen Perspektiven besteht, durch das alle Teilnehmenden profitieren und die Veränderungsprozesse begleitet und debattiert werden können, um die Arbeit in der Sozialen Teilhabe positiv weiter zu entwickeln. Weitere aktuelle Themen, auch über die Umsetzung des BTHG und die sich daraus ergebenden Diskussionen hinaus, werden zum Beginn des neuen Jahres in der Fachgruppe abgestimmt (Schnittstellen, Wirksamkeit, Sozialraumorientierung, Budget für Arbeit, Round Table Klinikleitungen etc.)

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) dienen der sozialräumlichen Vernetzung der ambulanten, teilstationären und vollstationären Angebote für psychisch kranke Menschen. Sie orientieren sich an den Einzugsgebieten (Sektoren) der 11 dezentral und bürgernah arbeitenden Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover. Die Beratungsstellen sind für die Organisation und Durchführung der Sektor-Arbeitsgemeinschaften verantwortlich

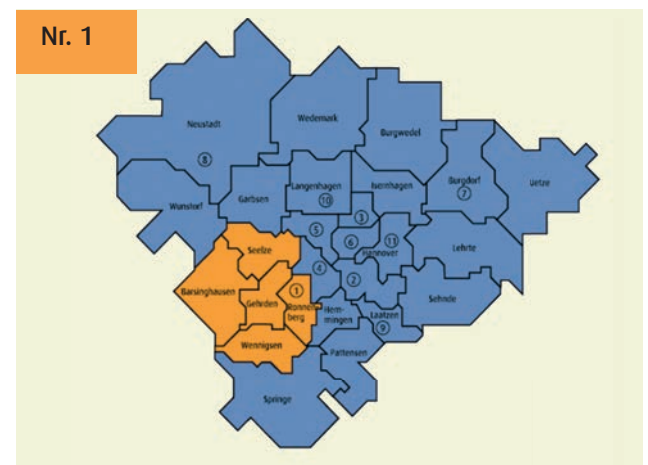
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde

von Erika Bödeker

(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Städte, Gemeinden und Stadtteile: Barsinghausen, Gehrden, Ronnenberg, Seelze, Wennigsen und der Stadtteil Badenstedt der LHH

**Sitzungstermine:**

Die SAG tagte – jeweils von 14:00 bis 16:00 Uhr – am 23.01.2019 in Barsinghausen, im Familienzentrum der Petrushofgemeinde, am 22.05.2019 in den Räumen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Empelde und am 25.09.2019 in der e.V. – luth. Kirchenkreisamt Ronnenberg.

Teilnehmende:

Besucht wird die SAG von unterschiedlichen Institutionsvertreter*innen und Berufsgruppen, mit denen wir in der täglichen Arbeit vernetzt sind, wie z. B. Berufsbetreuer*innen, Mitarbeiter*innen aus Eingliederungshilfeeinrichtungen und -diensten; Sozialarbeiter*innen der Städte und Gemeinden; Kranken- und Gesundheitspfleger*innen eines psychiatrischen Pflegedienstes; Fallmanager*innen der Jobcenter; Ergotherapeut*innen; Kolleg*innen der Beratungsstelle der Region Hannover; ehrenamtliche Laienhelfer*innen vom Steg e. V. sowie vom Lichtblick der Petrusgemeinde in Barsinghausen, Kolleg*innen anderer Beratungsstellen, wie z. B. Sucht- und Lebensberatungsstellen, Kolleginnen aus dem Senioren- und Pflegestützpunkt der Region Hannover.

An den Sitzungen nehmen im Durchschnitt ca. 25 Personen teil.

Bearbeitete Themen:

Der „Lichtblick“, eine Begegnungsstätte für psychisch Gesunde, wurden von Frau Morschek und Frau Kandelhardt vorgestellt. Im Mai wurde von Herrn Gottschalk das Projekt RE_Start 2 und von Herrn Moormeister das Projekt Rose vorgestellt.

Im e.V. – luth. Kirchenkreisamt Ronnenberg wurde von Frau Taufmann, Diakonie, die Arbeit der Schuldnerberatung und das Schuldenpräventionsprogramm vorgestellt.

Jede SAG hat zusätzlich einen TOP: Neues aus den Institutionen/Verschiedenes, welcher den Austausch der Kolleg*innen ermöglicht.

fand die SAG gemeinsam mit der Beratungsstelle Königstraße statt.

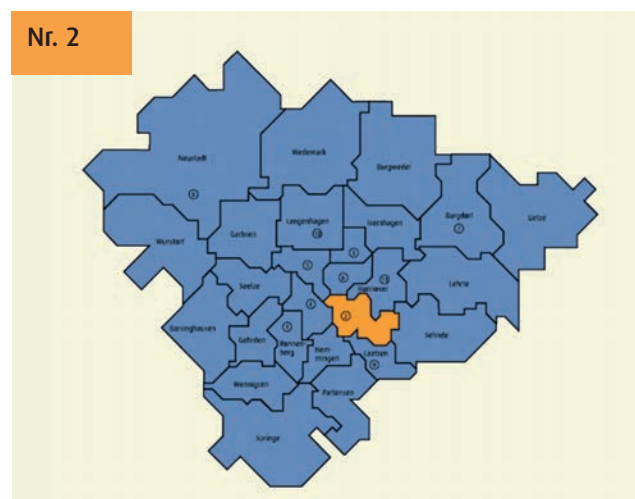
Teilnehmende:

- Vertreter der Altenheime
- Pflegedienste, auch APP/ pHKP
- kommunaler Seniorenservice
- vollstationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche
- Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen
- Team Betreuungsangelegenheiten
- Kontaktbeamte der Polizei
- kommunaler Sozialdienst
- Jobcenter
- Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße von Ulrike Johanning-Schönfeldt (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Stadtteile Bemerode, Bult, Calenberger Neustadt, Döhren, Mitte, Mittelfeld, Seelhorst, Südstadt, Waldheim, Waldhausen, Wülfel und Wülferode der LHH



Sitzungstermine:

- Jeden 1. Mittwoch im Quartal, vormittags und nachmittags im Wechsel, insgesamt fanden vier Sitzungen 2019 statt
- Die Sitzungen waren mit jeweils 12 - 20 Teilnehmer*Innen gut besucht.
- Am 03.04.2019, 03.07.2019 sowie am 02.10.2019

Bearbeitete Themen:

Die Themen ergaben sich aus den Bedarfen und Vorschlägen der Teilnehmer*innen:

Neben der Vorstellung neuer Teilnehmer*Innen und den Berichten aus den einzelnen Einrichtungen wurden Referenten zu folgenden Themen eingeladen:

- Vorstellung und Besichtigung der Johann Jobst Wagnerschen Stiftung. Die SAG fand in den Räumlichkeiten der Theodor-Krüger-Straße 3 statt.
- Ambulante psychiatrische Pflege und Ambulant Betreutes Wohnen: Wo grenzen sich beide Formen voneinander ab?
- Die Arbeit des Beratungs- und Integrationscenters für Menschen mit Schwerbehinderung sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (BIC) wie auch die Arbeit des Familien Coaching Centers (FCC).
- Das Thema „Betätigungsangebot (BBA)“ wurde behandelt wie auch Möglichkeiten und Grenzen der Beratung der Fallmanager des Jobcenters.

Die Sektorarbeitsgemeinschaft in der Freytagstraße dient neben dem Information über Angebote im Sektor auch dem informellen Austausch und der Förderung einer kooperativen Zusammenarbeit.

Das Team der Beratungsstelle in der Freytagstraße bedankt sich bei den Teilnehmer*Innen der SAG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weiterhin interessierte Teilnahme im Jahr 2020.

Bericht zur Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

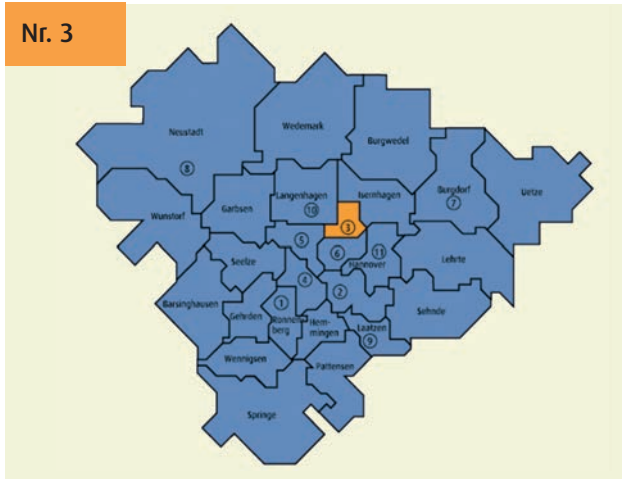
von Sabine Tomaske

(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Stadtteile Bothfeld, Isernhagen-Süd, Sahlkamp, Vahrenheide und Vahrenwald der LHH

Nr. 3



Sitzungstermine:

Die Sektor-AG trifft sich alle 2 Monate, jeweils am 2. Dienstag des Monats von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr trifft. Insgesamt fanden bis einschließlich November 2019 fünf Sitzungen statt.

Teilnehmende:

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren:

Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle, des Kommunalen Sozialdienstes und des Kommunalen Seniorenservices, des ambulant betreuten Wohnens von Beta 89, Pro Casa, die Hannoversche WohnAssistenz, Werte e. V., die Gesellschaft für Integration, Möwe und EA Wilkening Pflegeheime (ambulant betreutes Wohnen), FIPS gGmbH, Balance, AHMB, der Diakoniestation Vahrenheide / Sozialberatung, des VPEs, der Institutsambulanz und der Ergotherapie des KRH Psychiatrie Langenhagen, des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter sowie Mitarbeiter des Werkheim e. V., des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V., eine der gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH (Tagesstätte Vielfältig) und der Mosaik gGmbH inklusiv Leben und des AWO-Betätigungsangebotes sowie Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft

der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V..

Als neue Teilnehmer konnten wir Mitarbeiter*innen der Sozial- und Migrationsberatungsstelle Vahrenheide, von beta-Tab, der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche und eine freiberuflich arbeitende gesetzliche Betreuerin bei ausgewählten Themen begrüßen.

Bearbeitete Themen:

Thematisch befassten wir uns in den Treffen mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Eine Fallmanagerin des Job Centers Mengendamm stellt ihren Tätigkeitsbereich vor.
- Eine Mitarbeiterin von beta-Tab stellt das Betätigungsangebot vor.
- Zwei Mitarbeiter der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes stellen die Arbeit der Fachstelle vor.
- Eine Mitarbeiterin von Sina stellt die Einrichtung und Arbeitsinhalte vor.
- Außerdem stellt sich die Tagesstätte Balance in Badendstedt vor Ort vor.

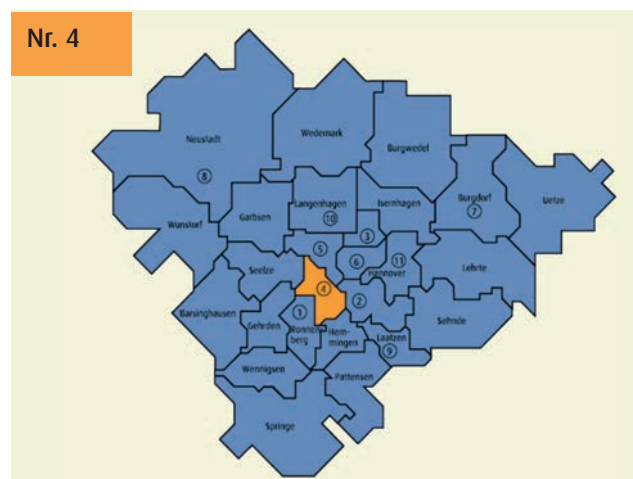
Im nächsten Berichtszeitraum wird es um die Versorgung innerhalb der Region Hannover von geistig behinderten Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung und um die Nachsorge von forensischen Patienten gehen.

Das Team der Beratungsstelle Plauener Straße bedankt sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Sektor-AG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weitere interessierte und rege Teilnahme im Jahr 2020.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße von Doris Rolfes Neumann (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Stadtteile Ricklingen, Oberricklingen, Wettbergen, Mühlenberg, Ahlem, Limmer und Linden der LHH



bote der Drobs Hannover sowie die Betätigungsprojekte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen der AWO vorgestellt.

Darüber hinaus wurden in jeder Sitzung Neuigkeiten aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie berichtet und diskutiert. Auch die Veränderungen durch das BTHG waren ein durchgängiges und wichtiges Thema. Ziel der einzelnen Sitzungen war erneut, neben der Information durch die Referenten, eine möglichst rege Diskussion zu den einzelnen Themen sowie ggf. Berichte aus den verschiedenen Einrichtungen anzuregen.

Ausblick:

Im kommenden Jahr werden sicherlich die Veränderungen durch das BTHG das bestimmende Thema der SAG sein. Stand heute werden auch die Überarbeitung des NPsychKG und neue Behandlungsansätze sowie Zugänge zum Hilfesystem für traumatisierte Menschen Themen sein.

Sitzungstermine:

Die Sektor AG traf sich wie auch in den vergangenen Jahren jeweils am zweiten Mittwoch des zweiten Monats im Quartal in der Zeit von 13:30 Uhr bis 15:00 Uhr in den Räumlichkeiten der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in der Deisterstraße 85a in Linden-Süd. Insgesamt fanden 4 Sitzungen statt.

Teilnehmende:

Im Jahr 2019 nahmen erneut Mitarbeiter verschiedenster Einrichtungen an den Treffen der Sektor AG teil. Vertreter ambulanter psychiatrischer Pflegedienste, des ambulant betreuten Wohnens, von Ergotherapiepraxen, psychiatrischer Tagesstätten, Betätigungsprojekten, dem Fallmanagement des JobCenters sowie des Jugend JobCenters, Senioreneinrichtungen, KSD, Polizei, Berufsbetreuer sowie aus psychiatrischen Institutsambulanzen und Tageskliniken.

Bearbeitete Themen:

Durch externe Referenten wurden gezielt die Angebote der Tageswohnung/Treffpunkt Kötnerholzweg für Obdachlose oder von Obdachlosigkeit bedrohten Menschen, der Praxis für psychosoziale Beratung e.V. Hannover-Südstadt, die Tagesstätte der STEP, Ange-

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße

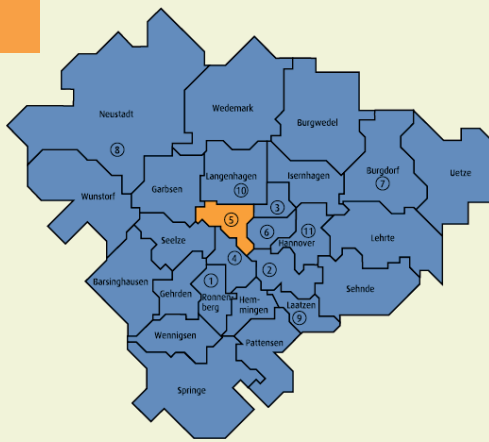
von Andreas Roempler

(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Stadtteile Brink-Hafen, Burg, Hainholz, Herrenhausen, Ledeburg, Leinhausen, Marienwerder, Hannover-Mitte, Nordhafen, Nordstadt, OststadtStöcken, Vahrenwald und Vinnhorst der LHH

Nr. 5



Sitzungstermine:

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 14:00 Uhr –15:30 Uhr statt.

Teilnehmende:

Die Teilnehmer der Sektor- Arbeitsgemeinschaft setzen sich zusammen aus Vertretern von: AHMB e.V., AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. -, Balance (betreutes Wohnen), beta – TaB, beta Tagesstätte, Betreuungsstelle - Region Hannover, ErA Ergotherapeutische Ambulanz – Königstraße, FaBel, GfI mbH, Hannoversche Werkstätten GmbH (Autismus AlltagsAssistenz), Hannoversche Werkstätten, JobCenter, Künstlerhaus Aue, Bunthus, KSD - Fachbereich Jugend und Familie - Landeshauptstadt Hannover, Kommunaler Seniorenservice- Landeshauptstadt Hannover, Mosaik gem. GmbH, MöWe ABW, Polizei Hannover (Kontaktbeamte), FIPS ev., Verein Psychiatrie-Erfahrene Hannover e.V. (VPE), WERTE e.V.

Bearbeitete Themen:

Bundesteilhabegesetz (BTHG) und Bedarfsermittlungsgespräche (BEG) Information über aktuelle Neuerungen.

Vorstellungen:

Ambulant betreutes Wohnen (ABW) und psychiatrische Häusliche Krankenpflege (pHKP) (Abgrenzungen von ABW und pHKP: ABW ist eine Leistung der Eingliederungshilfe. pHKP ist eine Leistung der Krankenversicherung. ABW ist eine Leistung zur Förderung von Teilhabe in der Gesellschaft. pHKP ist eine Leistung für die Stabilisierung des Genesungsprozesses bei einer psychischen Erkrankung. ABW arbeitet mit pädagogischen Fachkräften (Sozialarbeit). pHKP arbeitet mit Krankenpflegekräften die zusätzlich eine Zusatzausbildung im Bereich der Psychiatrie vorweisen).

Das BIC = Beratungs- und Integrationscenter für Menschen mit Schwerbehinderung (JobCenter, Region Hannover) Das BIC unterstützt Menschen mit Schwerbehinderung, d.h., einem GdB von 50 und mehr mit Behinderung, d.h. einem GdB ab 30, die gleichgestellt wurden in einem laufenden beruflichen Reha-Verfahren bei denen ein beruflicher Reha-Bedarf festgestellt wurde (Reha-Neufälle)

FamilienCoachingCenter

„Das Besondere hierbei ist, dass nicht die oder der Einzelne im Mittelpunkt steht, sondern die gesamte Bedarfsgemeinschaft mit Kindern.“

Neue Tagesstätte beta89, Spichernstraße 11, 30161 Hannover

Information:

Der „WEGWEISER SOZIALPSYCHIATRIE“ wurde vorgestellt.

- FIPS: Flyer über „Förderung und Integration psychisch kranker Menschen“.
- Der Sozialpsychiatrische Dienst ist seit dem 01.07.2019 ein Fachdienst mit neuer Organisationsstruktur und neuen Organisationseinheiten (OEs).
- neues Betätigungsangebot (Anbieter: Pestalozzi-Stiftung).
- Krisendienst (Flyer und Visitenkarten wurden verteilt).
- Betätigungsangebot (BBa) Balance

Zielgruppe: psychisch erkrankte Personen im SGB XII Bezug oder Empfänger*innen von Erwerbsunfähigkeitrente.

Sitzungsorte:

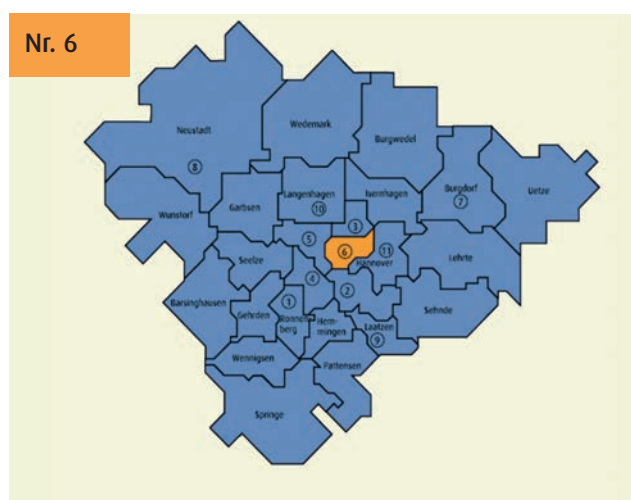
- Königstraße 6, 30175 Hannover
- Freytagstraße 12a, 30169 Hannover
- Spichernstraße 11, 30161 Hannover

Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

Von Yuanyuan Zhang und Christoph Dietrich
(Region Hannover -Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Stadtteile Groß-Buchholz, List, Zoo und Oststadt der LHH



Sitzungstermine:

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle List fanden die Treffen der SAG regelmäßig alle drei Monate, jeweils am dritten Montag des ersten Monats im Quartal in der Zeit von 12:00 Uhr –13:00 Uhr statt.

Teilnehmende:

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

Betreuungsstelle - Region Hannover, Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, KSD - Fachbereich Jugend und Familie, AHMB e.V., Gemeinschaft für Integration (GFI, GmbH), AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. - Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und

Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta89 e.V., Hannoversche Werkstätten GmbH, Autismus AlltagsAssistenz (AAA), Vahrenheider Werkstatt, ITB e.V., Künstlerhaus Aue, Mosaik GmbH, WERTE e.V., FIPS e.V., Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße, GmbH, CarePool, Pflegedienst, rechtliche Betreuer, MHH Tagesklinik.

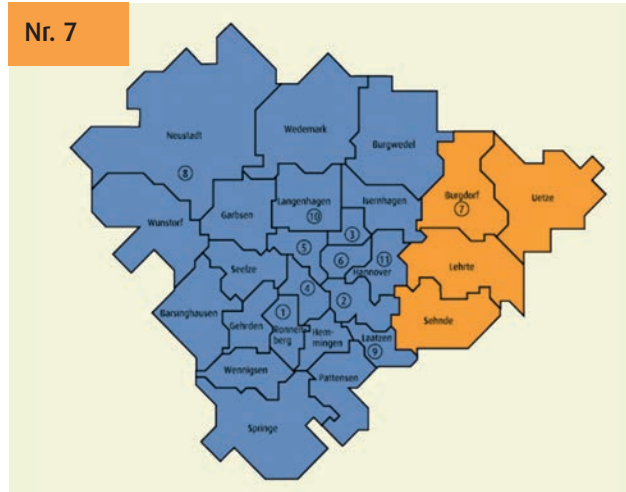
Bearbeitete Themen:

- Erfahrungsaustausch über die aktuelle ambulante Versorgungsstruktur
- Die neue Richtlinie zur häuslichen Psychiatrischen Krankenpflege pHKP – früher APP
- Zuverdienst- Stellen (beta-TaB und AWO BeA)
- Diskussion und Auswirkung der neuen Regelungen (u.a. Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen, B.E.Ni.) zum Teilhabe- und Gesamtplanverfahren im Rahmen des BTHG.
- Neues Verfahren mit Schweigepflichtsentbindung bei B.E.N.i
- Verschiedenen Fallvorstellungen mit dem Schwerpunkt „Hilfsangebote für Betroffene mit somatische und psychische Problemen“.
- Die neue Leitungsstruktur im Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf

Sektor der Beratungsstelle:

Die Städte und Gemeinden Burgdorf, Uetze, Lehrte und Sehnde



Sitzungstermine:

Keine

Teilnehmende:

Keine

Bearbeitete Themen:

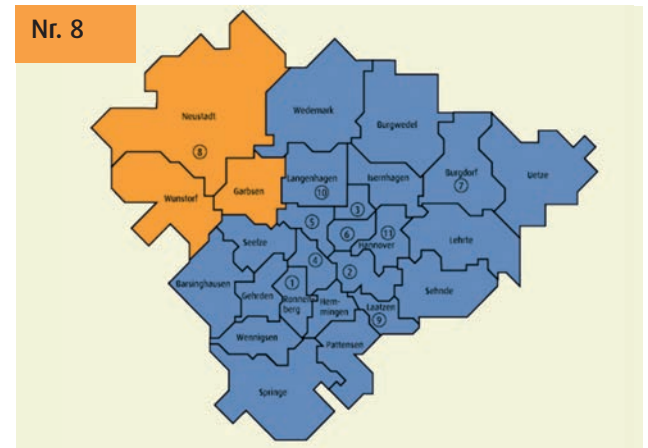
Keine

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt

Von Alexandra Schubert und Frederik Müller
(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Städte und Neustadt, Wunstorf und Garbsen sowie die dazugehörigen Gemeinden



Sitzungstermine:

In der KRH Psychiatrie Wunstorf findet seit Jahren das „Gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch“ im Quartalsabstand statt.

Darüber hinaus führt unsere Beratungsstelle Koordinierungsgespräche mit einzelnen Behörden wie dem Amtsgericht Neustadt, dem Jugendamt Garbsen und Neustadt, der Familien- und Erziehungsberatungsstelle und den Polizeidienststellen Neustadt, Wunstorf und Garbsen durch. Diese Treffen finden ein- bis zweimal jährlich statt. Bei Bedarf erfolgen zusätzlich Termine mit Pflegestützpunkten, Anbietern von Leistungen der Eingliederungshilfe, Kirchengemeinden und anderen Diensten und Behörden in unserem Zuständigkeitsgebiet. Hospitationen von regionsinternen als auch regionsfremden Fachkräften erfolgen nach Absprache.

Teilnehmende:

Zu „Gemeindepsychiatrischen Koordinierungsgespräch“ werden Akteure und Anbieter des stationären, teilstationären und ambulanten Hilfe- und Versorgungssystems rund um psychische Erkrankungen durch die KRH-Psychiatrie Wunstorf eingeladen.

Bearbeitete Themen:

Es erfolgt dabei ein reger Austausch zwischen den benannten Institutionen zu wechselnden aktuellen Tagesordnungspunkten, wie z.B. Berichte aus den Institutsambulanzen und Tageskliniken oder Berichte aus den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, Veränderungen der Bestimmungen für psychiatrische häusliche Krankenpflege, Novellierung des NPsych-KG, Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf den Ablauf der Bedarfsermittlungen, Bildung neuer Arbeitsgruppen, die Vorstellung neuer Anbieter und Angebote sowie der Bekanntgabe von Terminen und Veranstaltungen für das nächste Quartal. Im gemeinsamen Dialog werden neue Strukturen, Entwicklungen und Abstimmungen des psychiatrischen Versorgungssystems besprochen und erarbeitet, sodass auf etwaige Veränderungen und Entwicklungen zeitnah reagiert werden kann, mit dem Ziel, die Qualität der Zusammenarbeit zu optimieren. Wir, als Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover, nehmen diese Termine regelmäßig wahr und bringen uns aktiv mit ein. Das Gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch ist daher von seiner Ausrichtung und seinen Inhalten wie eine Sektorarbeitsgemeinschaft zu werten und wird von uns auch als vergleichbares Angebot gesehen und genutzt.

Sektor-Arbeitsgemeinschaften Laatzen

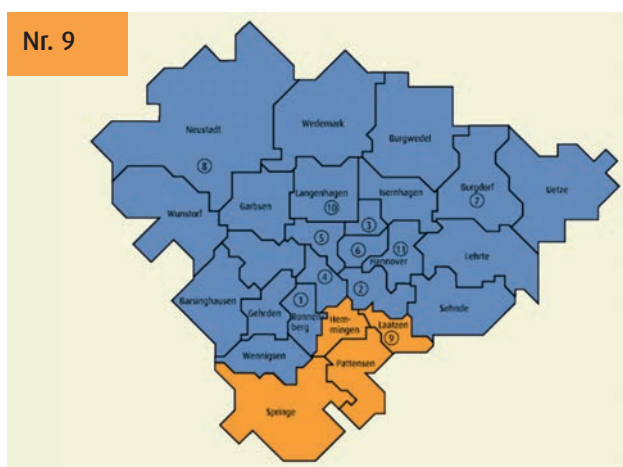
von Dr. Horst-Peter Michel

(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Städte Hemmingen, Laatzen, Pattensen und Springe

Wir bieten jeweils eine Sektor-Arbeitsgemeinschaft für die Teilgebiete Laatzen / Hemmingen und Springe/ Pattensen an.



Sitzungstermine:

Die Treffen wurden alternierend zu bereits bestehenden Arbeitskreisen geplant und jeweils zweimal jährlich im Frühjahr und Herbst durchgeführt.

Teilnehmende:

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften waren gut besucht. Es fand ein reger Austausch statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen u.a. aus der ambulanten psychiatrischen Pflege, der Suchtberatung, von der Polizei und aus der Betreuungsstelle, aus der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe, den Lebensberatungsstellen und dem Treffpunkt des Diakonieverbands, dem Jobcenter und den Fachdiensten Jugend und Soziales der beteiligten Städte. Auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer nahmen teil.

Bearbeitete Themen:

Neben den regelmäßigen Berichten aus den teilnehmenden Institutionen und dem intensiven Austausch über aktuelle Veränderungen wurden im Berichtszeit-

raum schwerpunktmäßig folgende Themenbereiche bearbeitet:

Springe/Pattensen: Die Sitzungen finden im DRK-Gebäude in Springe statt. Dort werden von uns unverändert seit vielen Jahren auch eine Sprechstunde und eine Gesprächs- und Aktivitätsgruppe angeboten. In der Sitzung im Frühjahr berichtete Herr Roddau vom Pflegedienst Caspar & Dase von den geänderten Richtlinien zur Verordnung von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege (PHKP). Außerdem wurde die Situation der Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuer im Hinblick auf die zu diesem Zeitpunkt noch bevorstehende Anpassung der Vergütung thematisiert. Im Herbst wurden vorrangig die Auswirkungen der Änderungen im BTHG (Bundesteilhabegesetz) diskutiert. Dazu wurden u.a. auch die Erfassungsbögen der Bedarfsermittlung der Teilhabe, B.E.Ni, vorgestellt. Die Neustrukturierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover als Fachdienst war ein weiteres Thema.

Laatzen/Hemmingen: Im Frühjahr stellte Herr Peyker, Region Hannover, die Leistungsangebote der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten vor.

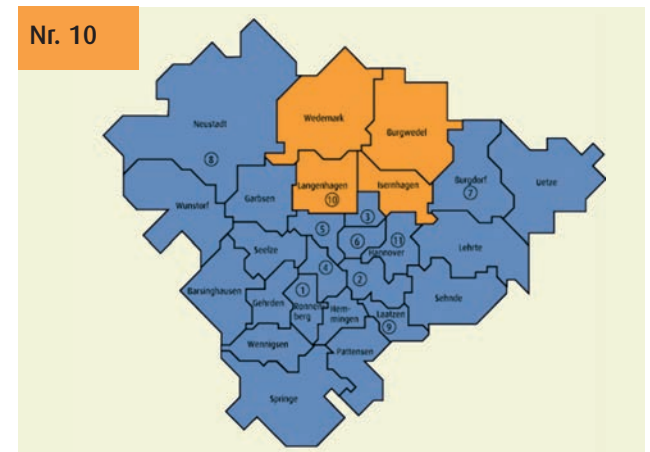
In unserer Herbstsitzung waren wir mit den Auswirkungen der zur Jahreswende anstehenden Änderungen des BTHG beschäftigt. Dazu wurden u.a. auch die Erfassungsbögen der Bedarfsermittlung der Teilhabe, B.E.Ni vorgestellt. Die Neustrukturierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover als Fachdienst war ein weiteres Thema.

Allen Beteiligten sei an dieser Stelle noch einmal herzlich für die engagierte Mitarbeit in den Sektor-Arbeitsgemeinschaften gedankt.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen von Ulrike Jamroszczyk (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Städte und Gemeinden Langenhagen, Isernhagen, Burgwedel und Wedemark



Sitzungstermine:

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft in Langenhagen tagt viermal jährlich jeweils mittwochs in der Zeit von 15:00 bis 17:00 Uhr.

Teilnehmende:

Seit vielen Jahren besteht ein großes Interesse an der Teilnahme der Sektor-AG in Langenhagen mit einer Durchschnittsbesucherzahl von 20 bis 30 Teilnehmer*innen. Es nehmen an ihr überwiegend regelmäßig Vertreter*innen von Behörden und beratenden Institutionen der Städte Langenhagen und Burgwedel, den Gemeinden Isernhagen und Wedemark sowie Vertreter des Amtsgerichts Hannover, Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Job-Center, Krankenhaussozialdienste, Berufsbetreuer*innen, Mitarbeiter*innen von Anbietern für Eingliederungshilfemaßnahmen (ambulant, stationär, teilstationär), Mitarbeiter*innen des KRH Psychiatrie Langenhagen, Psychiatrische Pflegedienste, Vertreter*innen von Suchtberatungsstellen, Kontaktbeamte der Polizei Langenhagen u. a. teil. Das Interesse an regelmäßiger Teilnahme in der Sektor-Arbeitsgemeinschaft nimmt weiterhin zu.

Bearbeitete Themen:

- Ganzheitliche Versorgungsstrukturen auf dem Weg zu einer demenzsensiblen Kommune am Beispiel Burgwedel „Netzwerk Burgwedel - Die demenzsensible Kommune“
- Angebote der Senioren- und Pflegestützpunkte der Region Hannover
- Praxisrelevante Veränderungen im Rahmen psychiatrischer Versorgung durch das Bundesteilhabegesetz
- Tagesstätte Hannover – Angebote für chronisch suchtkranke Menschen.
- Vorstellung des Projekts Restart2
- Vorstellung der Arbeit des SLH (Selbstbestimmt leben e. V.) als Anbieter der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung/BTHG
- Betätigungsangebote der Pestalozzistiftung und des Vereins Balance

Die Themenvorstellungen erfolgten durch Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Sektor-AG sowie durch externe Referentinnen und Referenten.

Über die Inhalte der besprochenen Themen werden regelmäßig Protokolle mit Anhängen erstellt. Im Rahmen des Rückblicks unserer letzten Veranstaltung wurde deutlich, dass ein großes Interesse an der Fortführung in der bestehenden Struktur der Sektor-Arbeitsgemeinschaft besteht. Wir möchten an dieser Stelle allen Teilnehmer*innen für die ausgesprochen kooperative und engagierte Mitwirkung danken und freuen uns auf eine Fortführung der guten Vernetzung im neuen Jahr.

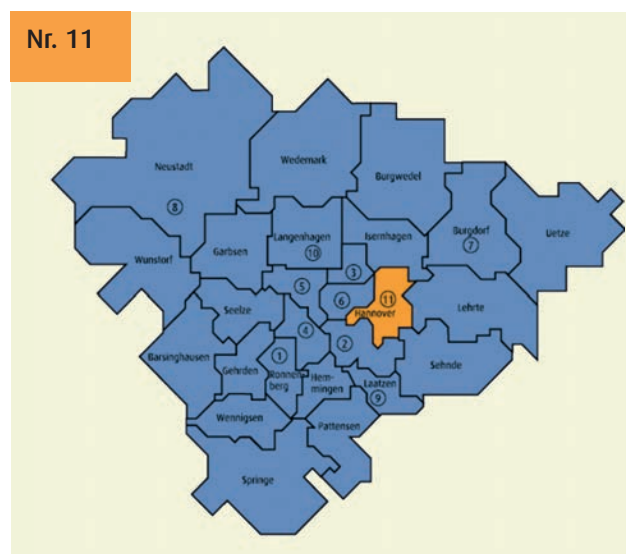
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz

von Richard Plank

(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Die Stadtteile Kleefeld, Heideviertel, Kirchrode, Anderten, Misburg, Teile von Lahe und Groß-Buchholz der LHH



Nr. 11

Sitzungstermine:

- Jeweils am 3. Donnerstag im mittleren Monats des Quartals von 12:30 – 14:30 Uhr
- 21.02.2019 in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Groß-Buchholz
 - 23.05.2019 im Birkenhof Ambulant Psychiatrische Pflege, Bethel im Norden
 - 22.08.2019 im Rathaus Misburg (KSD Misburg und AfW e.V.)
 - 21.11.2019 in der MHH Psychiatrie

Teilnehmende:

Eingliederungshilfeeinrichtungen (ambulant, teilstationär, stationär), Pflegedienste (APP/hpKp), Kommunaler Seniorenservice LHH, Kontaktbereichsbeamte Polizei, KSD LHH, HZE Träger Misburg, Wohnrichtung §67 SGB XII, Krankenwohnung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MHH, Region Hannover Team Betreuungsangelegenheiten, JobCenter, Betätigungsangebote, Kontaktstellen, Inklusionseinrichtung, Quartierseinrichtung

Bearbeitete Themen:

- Der weiterhin angespannte Wohnungsmarkt stellt eine Barriere für in Einrichtung lebende Betroffene dar, die kaum Möglichkeiten haben, eine eigene Wohnung zu beziehen. Aufgrund dessen sind Neuaufnahmen (z.B. nach Klinikbehandlung oder Räumungsklage) in Wohneinrichtungen mit zunehmend längeren Wartezeiten verbunden. In der Folge steigt die Gefahr von Wohnungslosigkeit Betroffener
- Zusammenarbeit mit Wohnungsbaununternehmen auf Quartiersebene wird ausgebaut
- Jugendwerksiedlung Bollnäserstr. (SGB XII, § 67, Wohnheim für Erwachsene) hat ein neues Haus mit 11 Wohnungen im Sektor gebaut
- Diakonie Krankenwohnung „die Kurve 2“ hat eine Krankenwohnung mit 6 Plätzen im Sektor eröffnet
- Betreuungskette Am Seelberg hat 2 ambulant betreute WGs im Sektor eröffnet
- Zunehmend jüngere Betroffene und junge betroffene Mütter
- Intensivierung der bestehenden Kooperation im Sektor zwischen KSD, SpDi und Jugendhilfeträgern durch weitere Vernetzung und Nutzung bestehender Formate für Fallbesprechungen
- Die neuen Betätigungsangebote werden gut angenommen und wirken stabilisierend
- Unkomplizierte und kooperative Zusammenarbeit im Sektor hinsichtlich Empfehlung und Vermittlung
- Lange Bearbeitungszeiten bei Eingliederungshilfeverfahren
- Intensivierung der Zusammenarbeit im Sektor

Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle

von Jürgen Gundlach
(Mitglied der Ombudsstelle)

Die Ombudsstelle im Überblick

- Arbeitsaufnahme: 15. Februar 2005.
- Trialogische Arbeitsweise.
- Die Mitglieder der Ombudsstelle engagieren sich ehrenamtlich bei gleichberechtigtem Status.
- Unterstützung erfolgt durch die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes und bei Bedarf durch MitarbeiterInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Arbeitsgrundlage: Unabhängig, vertraulich, kostenlos. Verbindliche Regelungen sind in der Geschäftsordnung verankert
- Öffentlichkeitsarbeit erfolgt primär durch Auslagen von Flyern in allen Diensten und Einrichtungen der Mitgliedsorganisationen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.
- Seit 2005 hat die Ombudsstelle ca. 440 Beschwerden bearbeitet. Im Jahr 2019 wurden 33 Beschwerden bearbeitet. Damit wiederholt sich die leicht steigende Tendenz aus dem Vorjahr.
- Die Beschwerden sind grundsätzlich schriftlich an die Ombudsstelle zu richten. Anonyme Beschwerden werden nicht bearbeitet.
- Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt zeitnah nach Vorlage einer Entbindung von der Schweigepflicht, die mit der Erteilung einer Vollmacht gekoppelt ist.
- Neue Eingaben werden von 2 Personen bearbeitet.
- Das Schaubild am Ende dieses Artikels vermittelt weitergehende Informationen über die Aufgaben und die Vorgehensweise der Ombudsstelle.

Mitglieder der Ombudsstelle:

- Die Mitglieder der Ombudsstelle werden jeweils für den Zeitraum von 2 Jahren durch die Dezernentin für Soziale Infrastruktur berufen.
- Klaus Behringer, Vertreter des Vereins Psychiatrie Erfahrene e.V. (VPE)
- Gisela Kuhlmann, Vertreterin der Arbeitsgemein-

schaft der Angehörigen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB)

- Elisabeth Beinert und Rudolf Breske, BürgerIn mit rechtskundigem Hintergrund
- Jürgen Gundlach, Bürger in der Region Hannover mit sozialem Engagement
- Sabine Tomaske, Vertreterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
- Therese Schäfer, Fachärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst (beratendes Mitglied)
- Uwe Blanke, Psychiatriekoordinator der Region Hannover / Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes für die Organisation der Ombudsstelle

BESCHWERDEANNAHME & VERMITTLUNGSSTELLE / OMBUDSSTELLE

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Wir unterstützen psychisch Erkrankte und deren Angehörige bei

- **Beschwerden**
über die Unterbringung oder Behandlung
- **Problemen**
im Umgang mit z.B. Heimen, Behörden, Praxen
- **Schwierigkeiten**
mit gesetzlichen oder anderen Betreuern

... und das selbstverständlich

✓ unabhängig ✓ vertraulich ✓ kostenlos

Sie erreichen uns:

- **Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE)**
Tel.: 05 11 | 131 88 52
- **Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB)**
Tel.: 05 11 | 62 26 76
- **Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**
Tel.: 05 11 | 616 -447 63
Peiner Str. 4 | 30519 Hannover
E-Mail: Ombudsstelle.Psychiatrie@region-hannover.de

Gefördert durch die
Region Hannover

OMBUDSSTELLE: BESCHWERDEANNAHME- UND VERMITTLUNGSSTELLE DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERBUNDES

In der Ombudsstelle arbeiten engagierte Bürger/-innen aus der Region Hannover ehrenamtlich, um die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vertreten. Sie werden dabei durch die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes und Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes unterstützt.

Wer kann die Ombudsstelle in Anspruch nehmen?

Betroffene und Angehörige aus der Region Hannover können sich mit Eingaben an die Ombudsstelle wenden, um eine Klärung herbeizuführen ... z.B. bei

- **Beschwerden** über die Unterbringung oder Behandlung
- **Problemen** im Umgang mit z.B. Heimen, Behörden, Praxen
- **Schwierigkeiten** mit gesetzlichen oder anderen Betreuern

Nicht möglich ist die Bearbeitung von Eingaben, wenn der Wohnsitz der Betroffenen außerhalb der Region Hannover liegt, von Eingaben die sich auf weiter zurückliegende Ereignisse beziehen und von Eingaben, bei denen bereits eine anwaltliche Vertretung besteht.

Wie kann der Kontakt zur Ombudsstelle aufgenommen werden?

Ansprechpartner sind:

VPE - Verein Psychiatrie- Erfahrener e.V.	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.	Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover
0511 - 131 88 52	0511 - 62 26 76	0511 - 616 447 63

oder über eMail: Ombudsstelle.Psychiatrie@region-hannover.de

Was ist für die Bearbeitung erforderlich?

Nach der ersten Kontaktaufnahme sind für die weitere Bearbeitung erforderlich:

- Eine kurze schriftliche Schilderung des Sachverhaltes. Diese kann auch durch die Mitglieder der Ombudsstelle als Gesprächsprotokoll aufgenommen werden
- Eine Entbindung von der Schweigepflicht
- Eine Vollmacht, die die Mitglieder der Ombudsstelle berechtigt die Interessen der Betroffenen vertreten können

Wie arbeitet die Ombudsstelle?

Die Eingaben werden in den monatlich stattfindenden Sitzungen der Ombudsstelle besprochen.

Jeweils 2 der ehrenamtlichen Mitglieder der Ombudsstelle übernehmen die Bearbeitung eines Falles. Betroffene Einrichtungen erhalten vorab ein Schreiben der Geschäftsstelle.

Abhängig vom konkreten Anliegen wird Kontakt zu den Beteiligten aufgenommen:

- zur / zum Betroffenen/en
- zu den Angehörigen
- zu ggfs. weiteren wichtigen Bezugspersonen
- zur / zum rechtlichen Betreuer/in
- zur Einrichtung (Klinik, Heim, Ambulant betreutes Wohnen ...)

Ziel ist es ein oder mehrere gemeinsame Gespräche mit den Beteiligten herbeizuführen, in denen durch die Vermittlung der Ombudsstelle eine konstruktive Veränderung der Situation erarbeitet wird. Idealerweise werden konkrete Veränderungen vereinbart, so dass in der Folge eine Zusammenarbeit wieder möglich ist.

Wann ist die Arbeit der Ombudsstelle beendet?

Die Arbeit der Ombudsstelle ist beendet, wenn eine Klärung erfolgt ist. Die Beteiligten erhalten dazu eine schriftliche Information durch die Geschäftsstelle.

Stand: November - 2019



SONDERTEIL: HILFEN FÜR PSYCHISCH KRANKE KINDER, JUGENDLICHE UND DEREN ELTERN

EINLEITUNG

In diesem Jahr stehen anstatt einer Einleitung zwei Beiträge, die das Schwerpunktthema „Suchtmedizin und Suchthilfe“ in Bezug auf die besonderen Anforderungen der Beratung, Diagnostik und Behandlung im Kindes- und Jugendalter bearbeiten.

Zu früh behauptet oder zu spät erkannt? Abhängigkeitserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus ambulanter Perspektive

Heidi Schröder (prisma gGmbH), Christian Krüger (Drobs Hannover - STEP gGmbH), Matthias Eller und Stefan Pohl (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Ein Thema – Vier Stellungnahmen

Für den ambulanten Bereich haben sich vier Fachleute aus drei verschiedenen Einrichtungen an zwei Tagen für je zwei Stunden in den neuen Räumlichkeiten der DROBS Hannover zu einem interessanten Austausch getroffen und daraus sind folgende Artikel entstanden:

Zum Umgang mit Suchtphänomenen in der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche

(Stefan Pohl)

In unserer Arbeit haben wir es in ersten Linie mit seelischen Krisensituationen bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien zu tun. Wenn die Abhängigkeitserkrankung eines Jugendlichen im Vordergrund zu stehen scheint, verweisen wir gerne an die entsprechenden Angebote aus der Suchtkrankenhilfe. Das erfolgt allerdings selten. Meistens besteht bei unserer Klientel eine vielschichtige Problematik. Alkohol- und Drogengebrauch spielt bei den Jugendlichen fast immer eine Rolle genauso wie regelmäßiger Medienkonsum. Die Übergänge zwischen Konsum, Missbrauch und ersten Suchttendenzen sind dabei oft fließend.

Wir möchten an dieser Stelle zudem darauf aufmerksam machen, dass die Tätigkeit mit Jugendlichen eine besondere Dynamik mit sich bringt. Denn im Alter zwischen 13 und 18 Jahren steht ein umfangreicher entwicklungspsychologischer Umbruchprozess auf allen Ebenen an. Nicht nur körperlich verändern sich grundlegende Selbstverständlichkeiten. Auch in sozialer und seelischer Hinsicht findet eine Neuorientie-

rung statt. Die Pubertät wird in der Fachwelt auch als normative Reifungskrise beschrieben, da sie mit einer erhöhten Empfindsamkeit und gleichzeitig mit einer intensiven und wechselhaften Emotionalität einhergeht. Jugendliche schwanken oftmals zwischen Selbstzweifeln und Größenideen sowie zwischen Antriebsmangel und erhöhter Aktivität. Das Streben nach Selbstverwirklichung bei noch erlebter Abhängigkeit von den Eltern ist ebenso Thema wie die wachsende Bedeutung der Beziehungen zu Gleichaltrigen. Eine erhöhte Risikobereitschaft und eine ausgeprägte Neugierde können wir in unserer Arbeit mit Jugendlichen oft erleben.

Als Kriseneinrichtung haben wir vor allem mit jungen Menschen zu tun, die ausgeprägte seelische, soziale und persönliche Schwierigkeiten haben. Ihre Eltern haben oft selbst große Probleme und wenig Unterstützung bei der Erziehung des Nachwuchses. Die Jugendlichen haben mit Traumatisierungen, Kränkungen, Enttäuschungen und / oder Verlusten zu kämpfen. Unsere Klientel ist deswegen besonders belastet und dabei gefährdet, an den ohnehin anstehenden Herausforderungen in der Jugendzeit zu scheitern. In diesem Zeitfenster ist beispielsweise die Gefahr der Schulvermeidung mit sozialem Rückzug und hohem Medienkonsum als Flucht vor den Schwierigkeiten im Alltag besonders hoch. Andere Jugendliche versuchen ihre Schwierigkeiten mit erhöhtem Cannabis- oder Alkoholkonsum zu betäuben. In jedem Fall erscheint es sehr bedeutungsvoll, dass sie genau in dieser Zeit bedarfsgerechte Unterstützung brauchen können und erhalten sollten.

Wie wir mit den jungen Menschen arbeiten, soll ein kurzes Fallbeispiel veranschaulichen.

Fallbeispiel: (Matthias Eller)

Anmeldegrund und Vorgeschichte: 2018 wurde ein männlicher Jugendlicher im Alter von 15 Jahren über eine Erziehungsberatungsstelle angemeldet. Im Anamnesegespräch wurde eine exzessive PC Nutzung (Onlinespiel) und eine Schulabstinenz sowie eine mögliche Suizidalität deutlich. Weiter zeigte N. gewalttätiges Verhalten gegenüber seiner Mutter. Dabei ging es häufig um den Entzug des PC und des

Internetzugangs. Die Mutter wirkte erschöpft, verzweifelt und einem Zusammenbruch nahe. N. wurde in der KJP auf der Bult vorgestellt. Es kam zu keiner Aufnahme. Stattdessen wurde eine stationäre Behandlung durch „Teen Spirit Island“, einer Station zur Behandlung von Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen empfohlen. Zusätzlich war die Mutter in einer Erziehungsberatungsstelle zur Beratung, N. verweigerte jedoch die Mitarbeit. Die vorläufigen Diagnose lautete „Computer-Online-Abhängigkeit / Onlinemissbrauch“ und eine „Depression“.

Die alleinerziehende Mutter stammte aus einem Land der ehem. UDSSR und war mit einem deutschen Mann verheiratet, der vor ca. 4 Jahren an Krebs verstarb. Sie arbeitete auf mehreren Arbeitsstellen parallel, um ein gekauftes Haus abzahlen zu können. Sie berichtete von einer schweren Viruserkrankung bei N., die zur Schulabstinenz und zum exzessiven Medienkonsum beigetragen hätte.

Interventionen und Verlauf: Es wurden mehrere Hausbesuche durchgeführt. Diese hatten Elternberatung und den Versuch, mit N. in Kontakt zu kommen, sowie Kriseninterventionen zum Inhalt. Unter anderem wurde die Begrenzung des Medienkonsums in einem festgelegten Zeitraum mit Beteiligung von N. und einer schriftlichen Protokollierung der Absprachen entwickelt.

Da N. nicht bereit war, mit der Mutter in die Beratungsstelle zu kommen, wurde die Mutter über einen längeren Zeitraum intensiv beraten. Die Diagnostik mit der Fragestellung eines möglichen Medienmissbrauchs oder einer Medienabhängigkeit sowie einer zusätzlichen Störung konnte nicht beendet werden. Im Laufe der Betreuung verfestigte sich jedoch der Verdacht einer Medienabhängigkeit sowie einer mittelgradigen depressiven Episode. Der Versuch durch „Beziehungsarbeit“ N. kennenzulernen und seine Ressourcen und Interessen zu stärken, gelang nur teilweise. Die Mutter holte sich zusätzlich Rat in einer speziellen Beratungsstelle für Medienabhängigkeit.

Nach längerer Wartezeit konnte eine von uns angelegte sozialpädagogische Familienhilfe beginnen.

Es kam durch eine heftige Eskalation zwischen Mutter und Sohn zu mehreren Polizeieinsätzen und einer geschützten stationären Unterbringung nach § 1631 BGB in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim. Die Erarbeitung eines Stufenplans zur Wiedereingliederung in die Schule konnte umgesetzt werden, sodass N. mit Unterbrechungen wieder zur Schule gehen konnte.

Suchtberatung als Erziehungsberatung?! Mediensuchtproblematik bei Kindern und Jugendlichen (Christian Krüger)

Forschung und Statistik bestätigen den Anstieg der exzessiven Nutzung digitaler Medien. Der Grat zwischen einem gewinnbringenden Gebrauch und der anstehende Pflichten aufschiebenden, dysfunktionalen Nutzung bis hin zur süchtigen Flucht aus der Realität ist schmal. Dies ist auch in den örtlichen Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention zu spüren. Wurden vor mehreren Jahren noch die klassischen Suchtberatungsstellen bei dem Thema Computerspielsucht gemieden, besuchen mittlerweile immer häufiger Betroffene und Angehörige diese Einrichtungen.

Interessanterweise steht hierbei die Angehörigenberatung stark im Vordergrund. Viele Ratsuchende sind Eltern, deren Kinder meist zwischen 12 und 17 Jahre alt sind. Ein Alter, in dem der Erziehungsauftrag der Eltern noch von großer Bedeutung ist und i.d.R. von den ratsuchenden Eltern auch ernst genommen wird. Bemerkenswert ist, dass diese Eltern häufig meinen, ihr Kind sei süchtig. Diese Sichtweise wird jedoch glücklicherweise oft nicht erfüllt. In fast allen Fällen verschiebt sich der Fokus schon in der ersten, vertrauensbildenden Gesprächssequenz in Richtung Erziehungsberatung. Das vermeintlich süchtige Verhalten des Kindes tritt in den Hintergrund und ein systemischer Blick auf das individuelle „Konstrukt Familie“ wird geöffnet. Die Berücksichtigung von typisch pubertären Verhaltensweisen findet nun Einzug in die Sichtweise der Eltern. Zum Beispiel sind solche prokrastinative Phasen, d.h. Zeiten in denen alles aufgeschoben und nichts erledigt wird, bei Jugendlichen häufig der Adoleszenz geschuldet. Auch wird die „Umbauphase im Kopf“, die oft einen großen

Mangel an Empathie mit sich bringt, im Blickfeld der Eltern zum Teil fehlgedeutet. Lebens- und Lösungsbeiwältigungsstrategien, die in der Erziehung des Kindes Thema sind, werden im Gespräch mit den Eltern aufgerufen. Fokussierung auf die Ressourcen des Kindes findet genauso Einzug in die Gespräche wie das Thema Regeln und Rituale im „Lebensfeld Familie“. Auch Vorbildfunktionen und eigene Haltungen zu digitalen Medien werden in den Gesprächen als wichtige Faktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes thematisiert. Der Wechsel hin zu der Perspektive „raus aus der traditionellen Realität, hin in eine digitale Zukunft“ fordert die Eltern zur notwendigen Auseinandersetzung mit sich und ihren Kindern.

Resümee:

Alle diese Faktoren und Themen bedürfen einer individuellen und – mit Fachwissen aus der digitalen Welt angereicherten – Beratungskompetenz. In einer einzelnen Beratungsstunde ist dies nicht zu bewältigen. Unterstützung und Stärkung der Eltern auf ihrem Weg der reflektierten Weiterführung ihres individuellen Erziehungsstils ist hier notwendig und setzt eine verantwortungsvolle und mit genügend Zeit ausgestattete Begleitung durch die beratende Person voraus. Immer knapper werdende Ressourcen und eine Verschiebung des Themenfeldes hin zu geschultem Fachwissen im Bereich Computersucht in Verbindung mit erzieherischen Beratungskompetenzen machen eine Neuaufstellung von Suchtberater*innen nötig. Dieses Arbeitsfeld muss weiter in die Suchtberatungsstellen integriert werden und sollte entsprechend stärker gefördert werden. Das „Netzwerk Medienabhängigkeit“ – eine AG bestehend aus Einrichtungen verschiedener Träger und der Selbsthilfe, die sich alle mit diesem Themenbereich beschäftigen – dient zur Unterstützung der Arbeit und des informellen Austausches.

Cannabisproblematik und Mediensuchtgefahr?! (Heidi Schröder)

Cannabiskonsum und Pubertät ist ein vielbesprochenes Thema. Der Wirkstoff THC (Tetrahydrocannabinol) ist die psychoaktive Wirksubstanz der Pflanze. Während es vor 20-30 Jahren in der Pflanze noch einen

THC-Wirkstoffgehalt von 3-5% gab, steigt dieser in den darauffolgenden Jahren erst langsam und zuletzt merklich an. Von einem regulären THC-Gehalt von 10-16% kann ausgegangen werden. Höhere THC-Anteile in Cannabis führen hierbei nicht nur zu einer intensiveren erwünschten Wirkung, sondern auch zu einer schnelleren Gewöhnung sowie des Anstiegs von Risiken.

Nachdem in den Jahren seit 2008 der Cannabiskonsum (bezogen auf jemals im Leben konsumiert) zurückgegangen ist, steigt sie nun wieder seit 2016 und ist aktuell ähnlich hoch wie 2008. In 2018 haben so viele junge Erwachsene Cannabis konsumiert wie noch nie. Bei den Jugendlichen steigen diese Zahlen seit 2011 wieder kontinuierlich. Die Gründe für den Cannabiskonsum liegen bei den erwünschten Effekten wie der Entspannung, dem Wunsch nach euphorischen Gefühlen, aber auch der gezielten Provokation, der Vorwegnahme von Erwachsensein, dem sozialen Protest oder auch in der Nachahmung von bestimmten Personen und deren Verhalten.

Neben den erwünschten Effekten können aber auch Panikattacken, Brechreiz sowie Störungen im Bewusstsein, Verhalten und Wahrnehmung auftreten. Cannabis verstärkt die vorhandene Stimmung. Der Konsum kann auch zu gesundheitlichen Risiken (Abhängigkeit, Lunge, psychische Folgen) sowie sozialen Folgen führen. Diese werden immer öfter unterschätzt oder verharmlost. Dazu gehören die kurzzeitigen Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit und der Psychomotorik. Bei längerem Konsum können sich Schwächen in der Lern- und Erinnerungsleistung sowie negative Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Problemlösefähigkeit, Denkleistung) zeigen. Die sozialen Folgen bei Jugendlichen sind Schulabbruch bzw. negative Schulkarrieren (sitzen bleiben, Schulwechsel etc.), soziale Auffälligkeiten sowie Straffälligkeiten.

In der Arbeit mit Jugendlichen aber auch Erwachsenen wird deutlich, dass der Konsum und Umgang von und mit Cannabis häufig verharmlost wird. Die Notwendigkeit von neuen präventiven Maßnahmen wird deutlich. Dazu gehören neben der klassischen Aufklärung vor allem Kompetenzvermittlung sowie

die Stärkung von Problemlösefähigkeiten und Risikokompetenz. Zur Verringerung der vorher genannten Folgen und Risiken gehört neben einer Verhinderung des Konsums auch die Verschiebung des Einstiegsalters. Die Gründe für den Erstkonsum sowie den weiteren Konsum sind dabei nicht nur Neugierde und Spaß, denn Jugendliche berichten auch von Problemen beim Nein-Sagen, Stress, dass sie Probleme damit lösen oder zu seiner Subkultur gehören wollen. Das Wissen über die Substanz und das Risiko ist dabei oftmals nicht vorhanden. Viele Schulen erkennen das Thema und nehmen es in ihre Präventionskonzepte auf, können diese aber nicht immer abdecken. Hier wünschen wir uns zum einen mehr Kapazitäten für entsprechende Multiplikatorenfortbildungen, zum anderen die Möglichkeiten des Ausbaus von Peer-Schulungen.

Präventionsarbeit zur Verhinderung von Computerspielsucht

Mit der Einführung des ICD-11 (voraussichtlich Jan. 2022) und der Anerkennung von Computerspielsucht (gamingdisorder) kann dann offiziell auf ein diagnostizierbares Störungsbild und somit auf eine Erkrankung Bezug genommen werden. Die Diagnose bietet für Betroffene eine Handlungssicherheit und eröffnet gleichzeitig den Blick für weitere Aspekte, die noch keine Berücksichtigung erhalten haben.

Seitens der strukturellen Prävention und einer intensivierten Verzahnung mit dem Jugendmedienschutz gilt es zukünftig, Suchtpotenziale im Prüfungsverfahren zur Alterseinstufung der USK (Unterhaltungssoftware Selbstkontrolle) zu berücksichtigen. Ein weiterer Aspekt, der seitens der Prävention berücksichtigt werden sollte, ist der Bereich der Monetarisierung, beruhend auf neuen Gamingdesignansätzen, nicht nur bei Free-to-Play Spielen, sondern auch bei Vollpreistiteln im Computerspielsegment. Free-to-Play-Games sind häufig so konzipiert, dass Spieler, welche im Spiel hohe Geldeinsätze investieren, die breite Masse an Spielern ökonomisch mittragen und das Spiel somit trotz Kostenfreiheit rentabel wird. Insbesondere bei Kindern sind diese Spielmodelle beliebt, aber gleichzeitig auch kritisch zu betrachten. Da Nutzungsmotive durch negative Stimmungen induziert sind, besteht hier ein Zusammenhang und ein Gefährdungspotenzial für riskante

Nutzer, die sich in ihrer psychischen Symptombelastung, Selbstwirksamkeitserwartung und ihren Persönlichkeitseigenschaften signifikant von unauffälligen Nutzern unterscheiden.

Auch Social Media hat auf heranwachsende Menschen eine extrem hohe Bindungswirkung. So ist dieser Aspekt zukünftig zwar nicht im ICD-11 berücksichtigt, hat aber ein Abhängigkeitspotenzial und trägt zur Entstehung von Entwicklungsbeeinträchtigungen bei. Durch eine frühe exzessive Nutzung von Medien kann es dazu kommen, dass sich Bindungserfahrungen und Beziehungserleben von Erfahrungen in ihrer realen sozialen Umwelt ablösen und neue präventive Ansätze erfordern.

Resümee

Der Austausch hat uns in der gemeinsamen Betrachtung des Themas nähergebracht. Wir haben unsere Ansätze und Tätigkeiten gegenseitig besser kennen und schätzen gelernt. Dabei ist uns einmal mehr deutlich geworden, dass eine gute institutionelle Vernetzung und eine systemische Betrachtung der Familien sehr hilfreich sind.

Sucht, Trauma und Bindung - Diagnosen und Notwendigkeiten für stationäre Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen

von Frank M. Fischer
(Kinder- und Jugendkrankenhaus - Auf der Bult)

Im Folgenden möchte ich zwei wesentliche Aspekte beschreiben, die entscheidend sind für die Frage, ob ein Jugendlicher mit einer Suchtproblematik ambulant behandelt und betreut werden kann oder ob nur noch eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eine Aussicht auf Gesundung bietet.

Diagnostik: Die 6 Kriterien der Abhängigkeit

Zunächst ist es aus medizinischer Sicht wichtig zu klären, ob tatsächlich eine Drogen- und/oder Medienabhängigkeit vorliegt, d.h., es sollte eine Diagnostik erfolgen, die sich am ICD (International Classification of Diseases) orientiert. Zumeist bestehen an

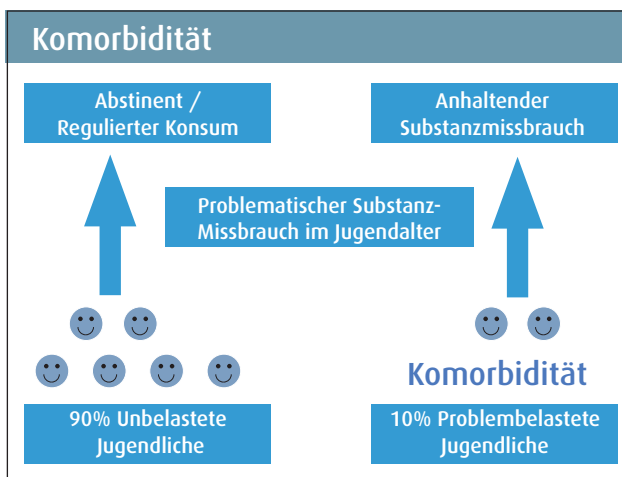
dieser Stelle Unklarheiten. Besonders groß sind die Unsicherheiten bei ausgeprägtem Medienkonsum. Die typische Frage in der Suchtsprechstunde lautet meist: „Mein Sohn spielt 4 Stunden am Tag Fortnite. Ist er süchtig?“ Die Dauer oder Häufigkeit des Konsums ist aber als Kriterium irreführend. Dies gilt für Substanz- wie auch für Medienkonsum, auch wenn sich erahnen lässt, dass das Problem gravierend ist. Ebenso fehlgeleitet ist aus medizinischer Sicht die Vorstellung, ein Jugendlicher konsumiere „nur gelegentlich Cannabis“ und habe daher „noch kein echtes Suchtproblem“, es handle sich nur um „eine Jugendsünde“. Für die medizinische Klärung der Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gibt es 6 Kriterien der Abhängigkeit (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10, 2017), die eindeutig erfüllt sind oder eben nicht. Anhand dieser Kriterien lässt sich auch zumeist gut abschätzen, wie sehr ein Jugendlicher bereits gefährdet ist abhängig zu werden.

1. **Kontrollverlust:** Ein Vorsatz lässt sich nicht mehr einhalten. Zum Beispiel nimmt sich ein Jugendlicher vor, nur eine Flasche Bier zu trinken und trinkt am Ende doch das ganze Sixpack. Ein Jugendlicher verspricht, nur eine Stunde am PC zu spielen und am Ende sind es sechs Stunden. Immer wieder wird Selbstbegrenzung beteuert, aber schließlich nicht umgesetzt. Die Selbststeuerung versagt an dieser Stelle völlig.
2. **Entzugssymptome:** Bei Nichtkonsum setzen psychische und somatisch-vegetative (körperliche) Symptome ein wie Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Schwitzen, Herzklopfen, Schmerzen und Zittern. Medien-Entzug führt meist zu aggressiven Erregungszuständen.
3. **Craving:** Es kommt zu einem Verlangen nach der Droge oder nach Spielen. Der Bewusstseinsfokus engt sich ein auf den Wunsch nach Konsum und treibt das Verhalten an.
4. **Toleranzentwicklung:** Eine Dosissteigerung wird im Laufe der Konsumzeit notwendig, um die gleiche Rauschwirkung zu erzielen. Es muss mehr Alkohol getrunken werden, um eine Rauschwirkung

zu erreichen, d.h., der Jugendliche „erarbeitet“ sich im Laufe der Zeit eine Toleranz, die es ihm ermöglicht, trotz 2,0 Promille Blutalkohol ein geordnetes Gespräch zu führen, ohne dass Betreuer einer Jugendhilfeeinrichtung den Konsum bemerken. PC-Spieler können irgendwann problemlos zehn Stunden ohne Pause „zocken“, ohne Ermüdung zu zeigen. Sie vergessen daher auch zu trinken und erleiden in der Folge gesundheitliche Probleme.

5. **Konsum wider besseren Wissens um Schädlichkeit:** Die von der Sucht Betroffenen wissen, dass ihnen der Konsum schadet. Dennoch konsumieren und bagatellisieren sie die Gefahr. Auf jeder Zigarettenschachtel sind die negativen Folgen mehr als deutlich abgebildet. Das hindert den Raucher jedoch nicht am Kauf, statt dessen verbirgt später eine passende Hülle den warnenden Aufdruck.
6. **Verlust des globalen Funktionsniveaus durch Einengung auf Konsum:** Der jugendliche Internet-PC-Abhängige wird irgendwann nicht mehr in die Schule gehen, weil er online für seine Mitspieler erreichbar sein möchte. Alles konzentriert sich auf den Konsum, Hobbies und andere Interessen werden aufgegeben. Soziale Kontakte werden nur noch nach Konsum ausgerichtet.

Die ersten großen Studien nach 2001 konnten nachweisen, dass diese Kriterien auch für die Medienabhängigkeit (Internet-PC-Sucht) gelten (Jerusalem & Hahn 2001). Empirisch können wir diesen Zusammenhang ebenfalls eindrücklich bestätigt sehen (Fischer FM, Möller C 2018).



Komorbidität – weitere psychiatrische Erkrankungen

Der zweite wichtige Aspekt, der für die Indikation einer stationären Suchttherapie eine Rolle spielt, ist die Komorbidität. Neben dem Befund der oben aufgeführten Suchtkriterien sind zumeist Symptome erkennbar, die auf eine psychische Störung hinweisen. Häufige komorbide Störungen sind Depression, Angststörungen, soziale Phobie, ADHS, Bindungsstörungen, Traumafolgestörungen oder Essstörungen. Die Jugendlichen litten meist bereits vor der Entwicklung einer Abhängigkeit unter Symptomen wie Angst, Hyperaktivität, Aggression, Traurigkeit, Zwängen, Auffälligkeiten im Sozialverhalten und Bindungsunsicherheiten. Das Abdriften in das Drogenmilieu führt meist zu weiteren traumatischen Belastungen, die wiederum Teil eines Teufelskreises sind.

Bindungsstörungen und traumatische Erinnerungen

Als Ergebnis einer extremen Belastung in früher Kindheit sind bei schwer abhängigen Jugendlichen Bindungsstörungen und traumatische Erinnerungen sehr oft vorhanden (Fischer 2018). Bindungsstörungen sind erworbene Störungen im Bindungsverhalten, die dazu führen, dass sich das Kind nicht auf vertrauensvolle und als sicher erlebte Beziehungen einlassen kann. Die reaktive Bindungsstörung ist geprägt von einer widersprüchlichen Bindungssuche mit gleichzeitiger aggressiver und destruktiver Abwehr von Bindungsangeboten. Die kindliche Bindungsstörung mit Enthemmung ist promiskuitiv und unselektiv, d.h., das Kind bindet sich an alle Menschen ohne Unterschied und grenzenlos. Diese Kinder neigen zu wahllosem Drogenkonsum und zu einem promiskuitiven Sexualverhalten mit Prostitution.

Die Symptome verstecken sich hinter einem dissozialen und emotional instabilen Verhalten, also hinter Störungsbildern, die sich erst sekundär aus einer frühen Bindungstraumatisierung entwickelt und sich bereits tief in die Biographie eingeschrieben haben. Die Sucht spielt dabei die Rolle der „Selbstmedikation“ (Khantzian 1985) oder auch der „chemischen Dissoziation“ (Fischer 2018), d.h. der Kontrollverlust durch getriggerte traumatische Flashbacks (plötzlich wiederauftauchende Erinnerungen an das schreck-

liche Erlebnis) und dissoziative Zustände werden durch dissoziative Rauschzustände bekämpft, die den Schrecken betäuben und die Illusion der Selbstwirksamkeit erhalten. Die Selbstbetäubung verringert die traumatische Belastung, somit auch die Scham und Schuld. Die Bagatellisierung des Suchtverhaltens meint also nicht nur die Verleugnung der Abhängigkeit, sondern die Leugnung stellt zumeist einen Versuch dar, über die vor der Sucht bereits bestehende psychische Belastung und Instabilität hinweg zu täuschen. In diesem Teufelskreis des Lösungsversuchs durch Selbstbetäubung sind die abhängig gewordenen Jugendlichen gefangen.

Es ist nach einer diagnostischen Analyse dieser Situation bald klar, dass es ohne therapeutische Hilfe kein Entkommen aus der Sucht mehr geben kann. Denn sobald der Entzug einsetzt, kommen die verdrängten Symptome (Trauer, Angst, Flashbacks, negative Gedanken, Dissoziation, Aggression, Bindungsunsicherheit etc.) umso heftiger zurück. Das Problem ist, dass die Jugendlichen alles daransetzen, dass dieser Teufelskreis nicht sichtbar wird. Ein Erreichen der Einsicht in die eigene psychische Störung als Ursache der Sucht ist bei Jugendlichen das entscheidende Mittel der Motivation. Ist diese Einsicht erst einmal erzeugt, lässt sich ehrlicher über die Sucht reden.

Hilfreiche Techniken und Erklärungsmodelle

Für die stationäre Therapie ergibt sich daraus zudem die wichtige Erkenntnis, dass bereits vor dem Entzug Techniken und Erklärungsmodelle angeboten werden müssen, die es den Jugendlichen erleichtern, die belastenden Symptome zu akzeptieren und sie mit erlernten „Skills“ (Selbsthilfetechniken) zu beantworten. Es geht dabei besonders um die Erfahrung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit belastenden Erinnerungen, um das Erlernen einer besseren Gefühlsregulation und um den Verzicht der Bewertung von sozialen Situationen (Najavits 2008, Fischer 2018). Es haben sich Methoden aus der Traumatherapie als wirksam und als in die Suchttherapie übertragbar erwiesen.

Bindungsverhalten beachten und verändern

Ebenso ist es notwendig das Bindungsverhalten der Jugendlichen von Anfang an genau zu beobachten

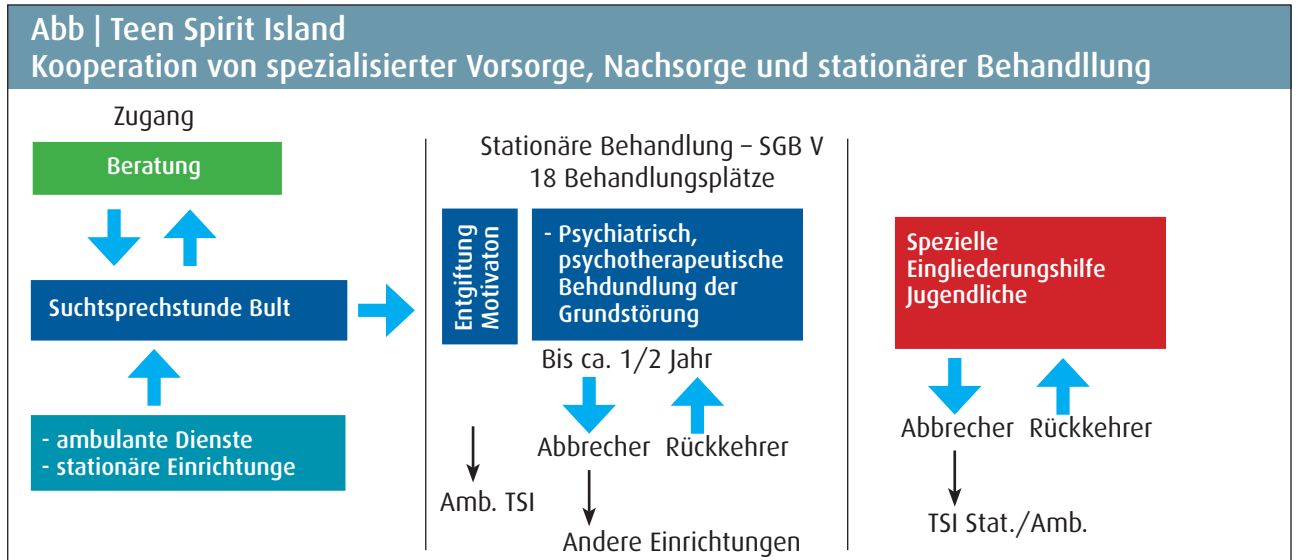
und konzeptionell entsprechend zu beantworten. Die Droge hat die Funktion einer „Bindungsfigur“, d.h., über die Droge, das Suchtmittel, den PC werden die Bindungen reguliert oder ganz durch sie ersetzt. Eliminiert man die Droge symbolisch aus der Kommunikation, verbietet man z.B. „Drogengespräche“ auf der Station völlig und sanktioniert sie, wird eine katastrophale Sprachlosigkeit sichtbar und spürbar: Die Jugendlichen wissen nicht, worüber sie sonst sprechen sollen. Die Drogen haben jede Leere gefüllt, jeden Sinn ersetzt. Im Verlust der Droge als Bindungsfigur wird die innere Leere schmerzvoll deutlich. Es geht im Laufe der Therapie darum, eine korrigierende Bindungserfahrung zu ermöglichen, d.h. das Vertrauen in eine haltgebende und stabile Bindung zu üben.

Zusammenfassung

Fasst man beide Aspekte zusammen, die Diagnostik der Abhängigkeit und die Bedeutung der Komorbidität, ergibt sich ein klares Bild für den Weg der Indikationsstellung einer stationären Therapie. Beide Aspekte geben ebenso vor, wie ein ambulanter Kontakt zu den womöglich abhängigen Jugendlichen zu gestalten ist. In unserer Suchtsprechstunde in der KJP des Kinderkrankenhauses auf der Bult entwickeln sich die Kontakte entsprechend von einer Beratung hin zu einer diagnostischen und therapeutischen Zuwendung. Der Moment des Erkennens und des Eingestehens der eigenen Abhängigkeit fällt optimaler Weise zusammen mit dem Sich-Öffnen gegenüber der seit langem bestehenden psychischen Belastung bzw. Störung. Dieser Moment wird koordiniert und systematisch bindend initiiert bzw. provoziert. Dies ist der Moment absoluter Wertschätzung, der die Jugendlichen für eine langfristige Therapie motiviert, d.h., die vermittelte Erkenntnis, dass das Süchtigsein einen tieferen Sinn hat, einen Grund, für den man nichts kann, für den man trotzdem verantwortlich ist, weil man sich entscheiden kann, ob man Hilfe annimmt oder nicht.

Empfehlungen

An der oben dargestellten Grafik lässt sich erkennen, dass zu der suchttherapeutischen Arbeit ein erheblicher Aufwand an Motivationsbildung gehört, die sich im ambulanten Setting der Suchtsprechstunde der KJP auf der Bult abspielt in Kooperation mit anderen



Einrichtungen wie PRISMA, DROBS, Step Kids, return Hannover, diversen WGs verschiedener Einrichtungen, dem Jugendamt/KSD regional und überregional, anderen überregionalen KJP-Kliniken, dem Amtsgericht (Antrag auf § 1631b BGB) und dem SPD und SPZ verschiedener Regionen. Es wird somit deutlich, dass ein systemischer Ansatz unerlässlich ist, wenn ein abhängiger Jugendlicher für die stationäre Suchttherapie gewonnen werden soll (Fischer 2017). Der Vorteil bei noch Minderjährigen ist, dass Eltern als Sorgeberechtigte in Kooperation mit den genannten Institutionen einen gewissen erzieherischen und rechtlichen Druck auf ihre Kinder ausüben können. Insofern ist es von zentraler Bedeutung, im ambulanten Kontakt (wie z.B. in der Suchtsprechstunde der Bult, die jeden Donnerstag ab 14:00 stattfindet) die Eltern in ihrer erzieherischen Haltung zu stärken und ein consequentes Handeln zu unterstützen. Es empfiehlt sich daher unbedingt, in der Arbeit mit womöglich abhängigen Kindern und Jugendlichen schnell ein Helfersystem zu etablieren, in dem die Indikationsstellung für eine eventuelle stationäre Therapie Teil der Motivationsbildung bezüglich einer Verhaltensänderung ist. Die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte also früh einbezogen werden, auch wenn die Diagnose noch unklar ist.

Quellen:

Fischer F.M, Möller C (2018): Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen; Kohlhammer, Stuttgart
 Fischer FM (2017): Systemische Therapie bei abhängigen Jugendlichen; PID (Psychiatrie im Dialog), Heft 03/2017
 Hahn A, Jerusalem M (2001): Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz; erschienen im Raithel, J. (2001), Risikoverhalten Jugendlicher, Erklärungen, Formen und Prävention

Najavits LM (2002): Seeking Safety. A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse NY: Guilford Press
 Khantzian EJ (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders. Am J Psychiatry 142(11), 1259-64
 Poustka F, Schmidt MH, Remschmidt H (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10; Hogrefe, Ber

AMBULANTE VERSORGUNG

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover

von Stefan Pohl

(Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien besteht seit 16 Jahren und ist Teil des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst im Fachbereich Teilhabe (52) der Region Hannover. Als kommunal finanzierte Kriseneinrichtung für Minderjährige mit seelischen Problemen haben wir in Niedersachsen ein einzigartiges Angebot, das für viele belastete Familien aus der Region bedarfsgerechte Hilfen jenseits der Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen vorhält. Unsere Beratungstätigkeit ist vielschichtig und ich möchte Ihnen diese, bezogen auf das Jahr 2018, hier vorstellen.

Neuanmeldungen und laufende Betreuungen

Im Jahr 2018 kam es zu einer durchschnittlichen Inanspruchnahme unseres Angebotes. Wir haben jährlich

500 bis 600 Neuanmeldungen und betreuten 2018 davon 387 Klientinnen und Klienten sowie deren Eltern und das weitere Helfer- und Bezugssystem intensiv. Dazu gehören Einzelgespräche, Elterngespräche, Helferrunden, Familiengespräche, Testdiagnostik, Gruppenaktivitäten (Kunstgruppe), Hospitationen in Einrichtungen und Hausbesuche. Es fanden ein bis zwei Hausbesuche durchschnittlich pro Woche statt.

Schwer belastete Kinder- und Jugendliche

Wir sind in erster Linie eine Einrichtung für schwer belastete Jugendliche. 80% der Klientel sind 2018 wie im Vergleich zu den Vorjahren zwischen 13 und 19 Jahre alt. Junge Erwachsene werden in Absprache mit dem SpDi dann bei uns in der Jugendabteilung betreut, wenn es fachlich passender erscheint als im Erwachsenenendienst. Die jüngeren Kinder können in der Regel noch im bestehenden allgemeinen Helfersystem der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Praxen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Beratungsstellen usw.) aufgefangen werden. Viele unserer Klientinnen und Klienten haben bereits Erfahrungen mit dem KJP-Hilfesystem gemacht, bevor sie sich bei uns anmelden. Das soziale Gefüge und die gesellschaftliche Teilhabe sind bei den meisten von uns betreuten Minderjährigen sehr stark beeinträchtigt. Es findet oftmals lediglich ein sporadischer oder kein Schulbesuch statt und es kommt nicht selten zum ausgeprägten sozialen Rückzug (hoher sozialer Risikoscore).

Wir fühlen uns für alle psychiatrischen Auffälligkeiten zuständig. Häufige Hauptdiagnosen sind auch im Jahr 2018 wieder "schwere Depressionen", "schwere Angststörungen", "schwere Belastungsstörungen", "schwere Sozialstörungen" sowie "Traumafolgestörungen" gewesen. Die Entwicklung von suchtartigen Verhaltensweisen mit unterschiedlichem Schweregrad spielt bei unserer jungen Klientel fast immer eine Rolle (s. Schwerpunktthema). Der Themenbereich Suizidalität in seinen verschiedenen Ausdrucksformen (akut, konkret, latent oder schleichend) steht in unserer Beratungstätigkeit oft im Fokus. Es fand 2018 durchschnittlich eine Krisenintervention bzw. ein Notfall fast immer im Zusammenhang mit einer Selbstgefährdung pro Woche statt.

Die Geschlechterverteilung der Klientel hat sich angenähert und ist nun fast ausgeglichen. Die Familien kommen zu etwa je 50 % aus dem Umland der Region Hannover sowie aus der LHH. Familien mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund sind bei uns stark vertreten, ebenso wie alleinerziehende Mütter mit geringer familiärer Unterstützung.

Wir betreuen zu über 50 % Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil.

Der Anteil an Personen mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund ist seit 2015 deutlich gestiegen – darunter viele unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. In den Jahren 2017 und 2018 sind die Zahlen diesbezüglich wieder rückgängig.

Kooperation und Netzwerkarbeit

Unsere häufigsten Kooperationspartner sind die Jugendämter, die Schulsozialarbeiter, unterschiedliche Jugendhilfeträger sowie die KJPP-Kliniken und die KJPP-Praxen. Wir führen nahezu täglich ausführliche "anonyme Fallberatungen" für andere professionelle Helferinnen und Helfer im Rahmen des Innendienstes durch. Hierbei kommt es nicht immer zu einer tatsächlichen Anmeldung der Familien bei uns.

Neben den klientenbezogenen Tätigkeiten engagiert sich unser Team für verschiedene kinder- und jugendrelevante Themen mit regionalem Bezug. Dazu gehört das Mitwirken in diversen Fachgremien sowie das Organisieren und Durchführen von Fachveranstaltungen. 2018 haben wir beispielsweise bei einer zweitägigen Fachveranstaltung mit dem Thema „Total vernetzt – Chancen und Risiken digitaler Medien“ mitgewirkt.

Datenschutz

Die neuen EU-Datenschutzbestimmungen haben den gesamten Sozialpsychiatrischen Dienst 2018 und 2019 beschäftigt und führen zu neuen Formularen sowie Bestimmungen. Es wird sinnvollerweise verstärkt auf einen sensiblen Umgang mit persönlichen Daten geachtet. Manchmal führen die aktuellen Diskussionen über Schweigepflicht und Datenschutz leider auch zu Verunsicherungen der professionellen Helfer. Hier brauchen wir noch mehr Rechtssicherheit und Routine

Sozialpädiatrisches Zentrum, Auf der Bult, Hannover

von Nina König

Beschreibung der Versorgungssituation – Wartezeiten:

Das Zeitfenster für die durchschnittlichen Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich blieb im Vergleich zum Vorjahr relativ konstant. Für einige spezifische Fragestellungen, wie z.B. Diagnostik im Bereich von Autismusspektrumstörungen, stieg die Nachfrage weiterhin. Die Wartezeiten für junge Kinder und / oder spezifische Anmeldegründe konnten weiterhin auf angemessenem Niveau gehalten werden.

Trends bzw. Entwicklungen im Kinder- und Jugendbereich:

Dr. Hendrik Langen ist seit Anfang August neuer Einrichtungsleiter. Er löst Dr. Michael Schulz als Chefarzt ab, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat. Dr. Langen ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den Schwerpunkten Neuropädiatrie und Psychotherapie. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen zudem in

der Entwicklungsneurologie sowie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Cerebralparese. Auch Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen einschließlich AD(H)S und Autismus sind für den gebürtigen Hannoveraner zentrale Themen.

Zudem konnte 2018 die Regulationsprechstunde für Kinder, die bereits im SPZ in Betreuung sind, etabliert werden.

Die Rahmenbedingungen der Inklusion beschäftigen uns in der Beratung der Eltern und in der Interaktion mit Behördeneinrichtungen weiter sehr. Auch die Anmeldezahlen von Flüchtlingskindern sind weiter hoch. Die diagnostischen Aufgaben sind hier durch die Sprachbarrieren häufig sehr erschwert.

Perspektiven und Empfehlungen:

Ein enger Austausch zwischen diagnostischen Einrichtungen, Schulen, Kostenträgern und Leistungserbringern im Sinne der Kinder und Jugendlichen hat unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Inklusion weiterhin eine sehr hohe Priorität. Für uns ist auch die Frage der Organisation von professionellen Dolmetscherdiensten für die Qualität unserer diagnostischen Arbeit sehr wichtig.

STATIONÄRE VERSORGUNG

Die regionale Zuständigkeit der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für die Region Hannover.



<p>KRH-Psychiatrie Wunstorf</p> <p>Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</p>	<p>Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover</p> <p>Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und -psychosomatik</p>	<p>AMEOS Klinikum Hildesheim</p> <p>Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</p>
--	--	---

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, KRH-Psychiatrie Wunstorf

von Anette Redslob-Hein (Chefärztin)

Regionale Zuständigkeit:

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf versorgt die Landkreise Nienburg und Schaumburg sowie die (nord-)westliche Region Hannover.

Beschreibung der Klinik:

Die Klinik kann bis zu 30 Patienten vollstationär versorgen. Sie gliedert sich in drei Stationen, die am Alter orientiert und gemischtgeschlechtlich belegt werden. Es finden Kinder und Jugendliche zur Krisenintervention, Diagnostik und Therapie aus dem gesamten Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder Aufnahme. Die Stationen werden offen geführt, die Jugendlichenstation kann als fakultativ zu schließende Station bei Bedarf auch vorübergehend einen sichernden Rahmen gewähren.

Zusätzlich gibt es eine Tagesklinik mit 18 Plätzen, aufgeteilt in jeweils eine Station mit 9 Plätzen für Kinder und eine Station mit 9 Plätzen für Jugendliche sowie eine große Institutsambulanz mit eigenem Personalstamm.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf ist akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover und bildet Studierende der Medizin im Rahmen von Famulaturen und PJ sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen in Ausbildung im Rahmen der klinischen Tätigkeit, mit deren Ausbildungsinstituten Kooperationsverträge bestehen, aus.

Zur Versorgungssituation und Veränderungen:

Die Belegung im stationären Bereich war in der KJPP Wunstorf auch in 2019 weiterhin sehr hoch. Die Fallzahlen haben sich auf dem hohen Niveau von 2017 gehalten bei weiterer deutlicher Zunahme der Notaufnahmen im Kinderbereich. Dadurch ist es für die Kinderstation zu einer Verlängerung der Wartezeiten

auf einen Therapieplatz auf bis zu 7 Monate gekommen, während die Wartezeiten auf eine (teil-)stationäre Aufnahme auf den anderen Stationen sehr unterschiedlich sind. Im tagesklinischen Kinderbereich konnten Aufnahmen in den meisten Fällen innerhalb von 1-2, maximal 4 Monaten erfolgen, im Jugendlichentherapiebereich gab es eher lange Wartezeiten bis zu 7 Monaten.

Ein in 2015 gestellter Antrag auf Fördermittel zur Realisierung eines Neubaus mit zusätzlichen 8 Betten für eine besonders geschützte Akutstation sowie einer weiteren Therapiestation wurde in 2017 bewilligt, der für 2018 angestrebte Beginn der Baumaßnahme konnte jedoch aufgrund einer Anwohnerklage noch nicht erfolgen. Die aufgrund der sehr hohen Belegung geplante vorläufige Inbetriebnahme der zusätzlichen 8 Betten in einem Ersatzbau (Umbau der zentralisierten Küche) konnte im Februar 2019 realisiert werden.

Entwicklungen / Trends / Neue Projekte:

Es erfolgt eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe des Sektors mit Kooperationsgesprächen und niederschwelliger Vorstellungsmöglichkeit in der Institutsambulanz, auch poststationär, zur Abwendung von Krisen und stationären Aufnahmen.

Das Thema Transition / Adoleszentenpsychiatrie soll im Rahmen einer Arbeitsgruppe in den Fokus genommen werden mit dem Ziel, neue Angebote zu entwickeln.

Die Einrichtung von regelmäßigen Gruppentherapie-terminen für PatientInnen, die auf ihre Aufnahme warten, zur Vorbereitung auf die (teil-)stationäre Behandlung, zum Motivationsaufbau, Angstabbau, Abbau von Vermeidungsmustern bei Schulvermeidung, therapeutischer Interventionen, teils mit Möglichkeit, individuell bereits Kontakt zu der Stationsgruppe aufzunehmen, zeigt sich als sehr erfolgreich und soll weiter ausgebaut werden.

Die in der Institutsambulanz eingerichteten Sprechstunden für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störungen sowie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit Schlaf-

Schrei- oder Fütterstörungen werden weiterhin gut angenommen. Das Gleiche gilt für ein Angebot, das in der Erwachsenenpsychiatrie behandelten Eltern, die sich Sorgen um ihre Kinder machen, unkompliziert und niedrigschwellig ermöglicht, sich zur Beratung in der KJPP vorzustellen.

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses AUF DER BULT, Hannover

von Burckhard Neuhaus (Chefarzt)

Regionale Zuständigkeit:

Die Abteilung am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung der Gemeinden Hannover, Langenhagen, Isernhagen und Burgwedel sicher. Darüber hinaus gibt es eine Inanspruchnahme der Behandlungsschwerpunkte auch über die Region Hannover hinaus.

Beschreibung der Klinik:

Wir unterhalten drei Jugendlichenstationen, eine Kinderstation, eine Tagesklinik in Hannover, eine Therapiestation für drogenabhängige Jugendliche, eine beschützende Station und eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz. Das Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT liegt unmittelbar am Naherholungsgebiet „Alte Bult“. Alle Stationen verfügen über einen großzügigen Außenbereich, der altersgemäße Aktivitäten ermöglicht.

In Celle unterhält die Abteilung eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz im Innenstadtbereich (Fritzenwiese 12).

Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderärzten und vielen weiteren für die Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wesentlichen Fachleuten.

Das Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT ist Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH. Zudem be-

stehen intensive Kooperationen mit den Ausbildungsinstituten für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik engagiert sich erheblich und über den eigenen Bedarf hinaus bei der Ausbildung von Medizinstudenten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Erziehern. Wir fördern dadurch nachhaltig die Versorgung mit Fachkräften für die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Niedersachsen.

Neben der Pflichtversorgung bestehen besondere Behandlungsschwerpunkte für Essstörungen, insbesondere Anorexia nervosa, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (Therapiestation „Teen Spirit Island“), Psychotraumathe- rapie und Schulvermeidung.

Entwicklungen / Trends / Neue Projekte:

Eine besondere Versorgungsqualität wird bezüglich psychosomatischer Erkrankungen durch die intensive Zusammenarbeit mit der kinderheilkundlichen Abteilung im Hause sichergestellt. Bereits vor einigen Jahren hat die Therapiestation für drogenkonsumierende und abhängigkeitserkrankte Jugendliche „Teen Spirit Island“ ihr Behandlungsspektrum um Angebote für medienabhängige Jugendliche eröffnet, die gut in Anspruch genommen werden.

Die „offene Sprechstunde“ ohne Anmeldung für drogenabhängige Jugendliche jeden Donnerstag ab 15.00 Uhr in unserer Institutsambulanz in Hannover hat eine hohe Nachfrage.

Wir verzeichnen eine unverändert volle Auslastung bei rückläufigen stationären Behandlungstagen, was zu verkürzten Wartezeiten führt. Die Wartezeiten sind saisonal unterschiedlich, um die Sommerferien konnte auch 2019 zeitweilig zeitnah aufgenommen werden.

Eine besondere Herausforderung stellt weiterhin die poststationäre Versorgung von Patienten dar, die im Anschluss an den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Unterbringung in der Jugendhilfe benötigen. Obwohl die Erforderlichkeit einer

außerfamiliären Unterbringung meist länger mit den Jugendämtern kommuniziert ist, kommt es zu Situationen, in denen die Patienten in suboptimale oder provisorische Jugendhilfemaßnahmen kommen. Dies beeinträchtigt häufig den Behandlungserfolg. Seitens der Leitungen der Jugendämter ist das Problem erkannt. Grund ist ein Mangel an geeigneten Jugendhilfeanbietern, besonders für Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung. Insbesondere im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und bei geistig Behinderten besteht ein erheblicher zusätzlicher Bedarf an geeigneten Jugendhilfe- bzw. Rehabilitationsplätzen.

**Niedersächsische Fachklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie,
AMEOS-Klinikum Hildesheim**
Eva-Maria Franck (Chefärztin)

Regionale Zuständigkeit:

Das AMEOS Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Krankenhaus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Vollversorgung mit Aufnahmeverpflichtung für die Landkreise Hildesheim, Hameln/Pyrmont, Celle, Salzgitter, Goslar, Northeim sowie Teilen der Region Hannover. Bereitgestellt wird zusätzlich eine überregionale Versorgung für Patienten unter 14 Jahren, die eine geschützte Unterbringung benötigen. Neben dem Hauptstandort in Hildesheim, mit 84 stationären und 16 tagesklinischen Plätzen, werden in den Außenstellen Alfeld, Goslar und Hameln wohnortnah die Patienten ambulant und auf 38 teilstationären Behandlungsplätzen versorgt.

Somit stellt die Hildesheimer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem komplexen und anspruchsvollen Angebot und Plan die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in einem der größten Sektoren Niedersachsens sicher.

Beschreibung der Klinik:

Das Behandlungskonzept ist bislang vorwiegend verhaltenstherapeutisch und systemisch sowie traumatherapeutisch ausgerichtet und wird nun durch die analytisch tiefenpsychologische Perspektive ergänzt.

Zudem gibt es ein umfangreiches Angebot von Spezialtherapien wie Ergotherapie, Logopädie, Kunst- und Musiktherapie. Es stehen vielfältige sport- und lerntherapeutische Angebote, Psychomotorik, Heilpädagogik und auch tiergestützte Therapie zur Verfügung. Das großzügige Außen- und Sportgelände mit einem Hallenbad wird rege genutzt und lädt zu alterssprechenden Aktivitäten ein. Die Lage der Klinik direkt am Wald, einem der Naherholungsgebiete der Stadt, bietet einen guten Erholungsraum, der von besuchenden Familien gerne genutzt wird.

Wir pflegen eine regelmäßige Zusammenarbeit mit allen wesentlichen Fachleuten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslandschaft wie niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten, Allgemein- und Kinderärzten sowie auch ambulant vor Ort mit Jugendhilfeeinrichtungen und Jugendhilfeträgern.

Studierenden der Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik und Sozialarbeit bieten wir Hospitationen und berufsspezifische Praktika an. Weiterhin besteht ein spezialisiertes Ausbildungsprogramm für Medizinstudierende.

Überregionale Behandlungsschwerpunkte bestehen für Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren mit Emotionsregulationsstörungen, Depressionen, Impulsivität, Traumafolgestörungen auf der DBT-A Station LEUCHTURM und einer Station für SCHULVERMEIDER ab einem Alter von 11 Jahren mit jeweils 10 Behandlungsplätzen. In beiden Bereichen erfolgt die Aufnahme elektiv und nach Vorgesprächen, da das strukturierte aktivierende psychotherapeutische Setting mit einer zugrundeliegenden entwicklungsfördernden erzieherischen Haltung, auf die Bereitschaft und Motivation des Patienten und der Eltern baut.

Hinzukommen als Besonderheit ambulante Sprechstunden für Patienten mit sexuell auffälligem Verhalten, psychotischen Störungen und hyperkinetischen Störungen, z.T. bis zum 21. Lebensjahr. Ergänzt werden diese Spezialsprechstunden durch Gruppenangebote, bei denen das erzieherische Verhalten im Kontakt im Fokus steht, wie interaktive Gruppen und spezialisiertes Training, beispielsweise STEP®.

Entwicklungen / Trends / Neue Projekte:

Die Auslastung der Klinik ist, wie in allen Kinder- und Jugendpsychiatrien, gut, aber auch saisonal abhängig, was bedeutet, dass die Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme in den Sommermonaten zumeist etwas geringer sind.

Als durchaus problematisch können insbesondere die Behandlungsfälle betrachtet werden, die wiederholt aus Jugendhilfeeinrichtungen im Rahmen von Kriseninterventionen in der Klinik betreut werden müssen. Um Drehtüreffekte und Chronifizierungen sowie Fehlentwicklungen zu vermeiden, ist besonders bei diesen Patienten eine enge Vernetzung und eine am Wohl des Kindes orientierte Zusammenarbeit und Kooperation der beteiligten Akteure mit regelmäßigem fachübergreifendem Austausch erforderlich.

- Fachspezifische/sozialpädagogische Beratung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, deren Eltern sowie junger Volljähriger gem. § 35a SGB VIII;
- Antragsbearbeitung, Teilhabepflicht und Gewährung von Hilfen gem. § 35a SGB VIII für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie junge Volljährige inkl. Hilfeplanung gem. § 36 SGB VIII;
- Kooperation mit ASD, Kinder- und Jugendpsychiatrien, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, Sozialpsychiatrischem Dienst, Gesundheitsamt, Fachbereich Soziales, Jobcenter, Schulen, Lerntherapeuten, etc.
- Diagnostikangebot durch geeignete Fachkräfte im Zusammenhang mit Teilleistungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

Zu Beginn des Jahres 2018 erfolgte eine organisatorische Veränderung im Team: Die Fachkräfte vom Team „Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche“, welche die Diagnostik von Teilleistungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie / Dyskalkulie) durchführen, wurden zum 01.01.2018 dem Team „Eingliederungshilfe § 35a“ zugeordnet.

Außerdem konnten insgesamt fünf neue Stellen im Bereich der Sozialarbeit und eine neue Stelle im Bereich der Teamassistenten besetzt werden. Durch die Nachbesetzung von Vakanzen und die Besetzung der neuen Stellen war das Jahr 2018 von der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geprägt.

Die Arbeit der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII stand 2018 vor allem unter dem Eindruck deut-

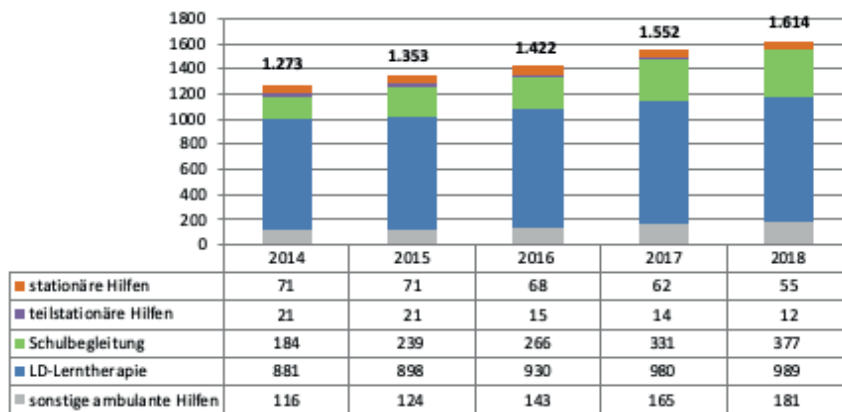
EINGLIEDERUNGSHILFE

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Region Hannover

von Ramona Heuer und Katrin Deiters-Winkler (Region Hannover – Fachbereich Jugend)

Im Team Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII werden im Wesentlichen folgende Aufgaben wahrgenommen:

Abb | Geleistete Eingliederungshilfen gem. § 35a SGB VIII für Minderjährige Hilfearten



(aus Themenfeldbericht 2019 – Erziehungs- und Eingliederungshilfe vom Fachbereich Jugend der Region Hannover: geleistete „Eingliederungshilfen“ gem. § 35a SGB VIII, 2014-2018 im Fachbereich Jugend Region Hannover)

lich steigender Fallzahlen im Bereich der Schulbegleitungen sowie von zunehmenden Schwierigkeiten für Kinder, die durch verschiedene, extreme Verhaltensweisen auffallen, geeignete stationäre Settings zu finden. Außerdem gibt es einen Trend zu länger andauernden und intensiveren ambulanten Eingliederungshilfen.

Die Anzahl der Eingliederungshilfen nach dem § 35a SGB VIII stieg in den letzten fünf Jahren kontinuierlich. Diese Entwicklung spiegelt einen bundesweiten Trend wider, da im Zuge der Umsetzung der „inkluisiven Beschulung“ insbesondere die „Schulbegleitungen“ kontinuierlich steigen. Mit Einführung der Inklusion im Schuljahr 2013/2014 sind die Antragszahlen im Bereich von Schulbegleitungen dementsprechend auch im Zuständigkeitsbereich des Fachbereichs Jugend der Region Hannover massiv gestiegen und haben sich vom Jahr 2014 bis zum Jahr 2018 mehr als verdoppelt. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 377 Schulbegleitungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII gewährt.

Die Fallzahl von teilstationären Hilfen ist insgesamt im Vergleich zu den Vorjahren gesunken, da Tagesgruppen infolge des Angebots von Ganztagschulen weniger in Anspruch genommen werden.

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Landeshauptstadt Hannover von Wolfgang Sievers (Landeshauptstadt Hannover – Fachbereich Jugend)

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. Anspruchsberechtigt ist das Kind, der / die Jugendliche, der / die junge Erwachsene selbst und 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. Einsatz einer Schulassistentin, autismspezifische 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.

Im Bereich der Eingliederungshilfen gem. § 35 a SGB VIII waren von 2013 bis 2017 stetig steigende Fallzahlen in der Hilfeform „Schulassistenz“ zu verzeichnen. Zu einem großen Teil ließ sich der Anstieg bei den geleisteten Schulassistenzen auf die Einführung der inklusiven Beschulung ab 2013 zurückführen. Auffällig dabei war, dass einige Schülerinnen / Schüler, die bis 2013 eine Förderschule ohne eine zusätzliche Schulassistenz besucht haben, mit dem Wechsel auf die Regelschule nun doch eine Schulassistenz benötigen. Seit dem Schuljahr 2017/ 2018 stagnieren die Fallzahlen.

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. Es ist Aufgabe der Schule für alle Kinder, also auch für behinderte Kinder, eine geeignete öffentliche (kostenfreie) Beschulung anzubieten, z. B. durch Einsatz von zusätzlichen Förderschulkräften und/ oder pädagogischen Mitarbeiter*innen im Regelschulbereich, ggf. verbunden mit der Erarbeitung zieldifferenter Lehrpläne für einzelne (behinderte) Kinder. Tritt Jugendhilfe hier für seelisch behinderte Kinder in die Hilfe ein, handelt sie als sogenannter „Ausfallbürge“, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen sonst keine Unterstützung bekämen.

ANHANG

Autorinnen und Autoren:	
Blanke, Uwe	Region Hannover Sozialpsychiatrischer Dienst Psychiatriekoordinator Drogenbeauftragter Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Peiner Str. 4, 30519 Hannover E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.de
Blessmann, Frank	Psychologischer Psychotherapeut Caritasverband Hannover e.V. Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Gruppenstr. 8, 30159 Hannover E-Mail: f.blessmann@caritas-hannover.de
Bödeker, Erika	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg-Empelde E-Mail: Erika.Boedeker@region-hannover.de
Böcker, Sabrina	BA Soziale Arbeit, Geschäftsführung Mosaik - inklusiv Leben Sprecherin Fachgruppe Inklusiver Sozialraum Bleekstraße 26, 30559 Hannover E-Mail: sabrina.boecker@mosaik-inklusive-leben.de
Cuypers, Michael	Geschäftsführer NLS – Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen Gruppenstr. 4, 30159 Hannover E-Mail: cuypers@nls-online.de
Deiters-Winkler, Katrin	Region Hannover Fachbereich Teilhabe - Team zentrale Fachbereichsangelegenheiten Hildesheimer Str. 265, 30519 Hannover E-Mail: Katrin.Deiters-Winkler@region-hannover.de
Dietl, Birgit	Dipl.-Soz.Päd. / Soz.Arb Leiterin des Krankenhaussozialdienstes Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus Janusz-Korzak-Allee 12, 30173 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Kinder- und Jugendliche“ im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover E-Mail: Dietl @hka.de
Elgeti, Dr. Hermann	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung (II.3), Region Hannover E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de
Eller, Matthias	Dipl.-Sozialpädagoge Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de
Fischer, Dr. Frank M	Oberarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Kinder- und Jugendkrankenhaus - Auf der Bult Janusz-Korzak-Allee 12, 30173 Hannover E-Mail: fischer@hka.de
Franck, Dr. Eva-Maria	Chefärztin, Fachklinik KJP Hildesheim AMEOS Klinikum Hildesheim Goslarsche Landstr. 60, 31135 Hildesheim E-Mail: efra.kjp@hildesheim.ameos.de
Gossé, Frauke	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin – Suchtmedizin, KRH-Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: frauke.gosse@krh.eu
Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover Peiner Str. 30519 Hannover E-Mail: juergengundlach@yahoo.de
Grube-Thielker, Astrid	Dipl.-Psychologin Sozial- und Suchttherapeutin VDR Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Burgdorf, Diakonieverband Hannover Land Schillerslager Straße 9, 31303 Burgdorf E-Mail: astrid.grube-thielker@evlka.de
Hagemann, Rita	Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Referentin für Gesundheitsförderung und Supervisorin Leitung der KIBIS Gartenstraße 18, 30161 Hannover, 0511-66 65 67 E-Mail: R.Hagemann@ggpps-hannover.de

Hanke, Dr. Andrea	Region Hannover, Regionsrätin Dezernentin für Soziale Infrastruktur Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Hauschild, Franck	Diplom-Verwaltungswirt (FH) Region Hannover Leitung des Teams 50.08 Zentrale Fachbereichsangelegenheiten und Wohnraumförderung sowie stellvertretende Fachbereichsleitung Hildesheimer Str. 20,30169 Hannover E-Mail: Franck.Hauschild@region-hannover.de
Heller, Markus	Geschäftsführer, Ambulantes Zentrum Hannover Ricklinger Str. 5c, 30449 Hannover Sprecher Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ E-Mail: m.heller@ambulantes-zentrum-hannover.de
Heuer, Ramona	Region Hannover Fachbereich Teilhabe - Team Teilhabeplanung junge Menschen Süd und Südwest, Eingliederungshilfe § 35 a SGBVIII – Leitung Hildesheimer Str. 265, 30519 Hannover E-Mail: Ramona.Heuer@region-hannover.de
Henß-Jürgens, Henning	Diplom Sozialpädagogin / Sozialarbeiter, Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Straße 4, 30519 Hannover E-Mail: Henning.Henss-Juergens@region-hannover.de
Johanning-Schönfeld, Ulrike	Fachkrankenschwester für Psychiatrie Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover E-Mail: Ulrike.Johanning-Schoenfeld@region-hannover.de
Karow, Bettina	Polizeidirektion Hannover Polizeikommissarin und Sachbearbeiterin Prävention Dezernent 11.1 - Prävention Waterloostraße 9, 30169 Hannover E-Mail: praevention@pd-h.polizei.niedersachsen.de
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologin, Psychologischer Psychotherapeut (VT) Ethno-Medizinisches Zentrum Sprecher der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ Königstr. 6, 30175 Hannover E-Mail: akimil@ethnomed.com
Kirschnick-Tänzer, Sabine	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie Vorsitzende des „Arbeitskreises Gemeinde- psychiatrie“ Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu
Koch, Jana	Diplom Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin Hannoversche Werkstätten gem. GmbH Leitung Ambulante Angebote Hildesheimer Str. 29, 30169 Hannover E-Mail: jana.koch@hw-hannover.de
König, Nina	Diplom-Psychologin Kommissarische Leitung Psychologie Sozialpädiatrisches Zentrum Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover E-Mail: nina.koenig@hka.de
Köster, Torsten	Dipl. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Suchttherapeut Fachabteilungsleiter Beratung STEP gGmbH, Odeonstr. 14, 30159 Hannover E-Mail:torsten.koester@step-niedersachsen.de
Kopps, Sabine	Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Einrichtungsleitung, Ambulant Betreutes Wohnen, stellvertretende Sprecherin der „Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung“ Pro Casa, Liebigstr. 6, 30851 Langenhagen E-Mail: kopps@lh-lw.de
Kuhn, Katrin	Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Casemanagerin DGCC, Leitung Ambulant Betreutes Wohnen, GiS Sprecherin Fachgruppe Inklusiver Sozialraum, Vordere Schöneworth 14, 30167 Hannover E-Mail: katrin.kuhn@gis-service.de
Kuhnt, Martina	Dipl.-Pädagogin Referentin und Landeskoordinatorin für Glücksspielsucht Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) Gruppenstr. 4, 30159 Hannover E-Mail: kuhnt@nls-online.de
Kurth, Henning	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter Werkheim e.V. Sprecher der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ Büttnerstr. 9, 30165 Hannover E-Mail: Kurth@werkheim.de

Krüger, Christian	Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagogin Prävention und Beratung Drobs Hannover - STEP gGmbH Calenberger Esplanade 6, 30169 Hannover E-Mail: christian.krueger@step-niedersachsen.de
Lagerbauer, Catrin	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Straße 4, 30519 Hannover E-Mail: Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de
Loercher-Straßburg, Bärbel	Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Gustav-Bratke-Allee 6, 30169 Hannover Postfach 141, 30001 Hannover E-Mail: Baerbel.loercher-strassburg@ms.niedersachsen.de
Michel, Dr. Horst-Peter	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen E-Mail: Horst-Peter.Michel@region-hannover.de
Müller, Frederik	B. A. Soziale Arbeit, Region Hannover Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ernst-Abbe-Ring 8, 31535 Neustadt E-Mail: Frederik.Müller@region-hannover.de
Neuhaus, Dr. Burghard	Chefarzt Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult - Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Neveling, Monika	Dipl.- Pädagogin, VPE Hannover e.V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover E-Mail: vpehannover@arcor.de
Niemann, Dr. Nicole	VPE Hannover e. V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover E-Mail: vpehannover@arcor.de
Plank, Richard	Diplom. Sozialpädagogin / Sozialarbeiter Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover E-Mail: Richard.Plank@region-hannover.de
Pleske, Randolph	Diplom-Sozialarbeiter/-pädagogin, Sozialtherapeut Abteilungsleiter Fachstellen für Sucht und Suchtprävention Diakonisches Werk Hannover gGmbH, Berliner Allee 8, 30175 Hannover E-Mail: Randolph.pleske@dw-h.de
Poeser, Günter	Ergotherapeut, sozial Betriebswirt Klinikum Wahrenndorff Leitung der Heiminternen Tagesstruktur / Tagesförderstätte und Tagesstätte Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störung“ Wara Gasse 4a, 31319 Sehnde E-Mail: poeser@wahrenndorff.de
Pohl, Stefan	Dipl.-Psychologe Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover E-Mail: Stefan.Pohl@region-hannover.de
Radamm, Moritz	Klinikleiter - Fachabteilungsleiter Behandlung Klinik am Kronsberg – STEP gGmbH Debberoder Str. 61, 30539 Hannover E-Mail: Moritz.Radamm@step-hannover.de
Redslob-Hein, Anette	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefärztin Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf - Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu
Rehbein, PD Dr. Florian	Dipl. Psych., Leiter der Forschungseinheit Ursachen und Prävention Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. Lützerodestraße 9, 30161 Hannover E-Mail: Florian.Rehbein@kfn.de
Roempler, Andreas	Sozialarbeiter, Region Hannover Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Königstraße 6, 30175 Hannover E-Mail: Andreas.Roempler@region-hannover.de
Rolfes-Neumann, Doris	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover E-Mail: sozialpsychiatrie-bs04@region-hannover.de
Schäfer, Therese	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Str. 4, 30519 Hannover E-Mail: Therese.Schaefer@region-hannover.de

Sander, Dr. Greif	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis Bödekerstr. 73 30161 Hannover E-Mail: dr.sander@posteo.de
Schroeder, Heidi	Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin Einrichtungsleiterin und Geschäftsführerin prisma gGmbH, Ihmeplatz4, 30449 Hannover E-Mail: heidi.schroeder@prismahannover.de
Schomakers, Marco	Diplom. Sozialpädagogin / Sozialarbeiter Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V. Wohnheim „Nordfelder Reihe“ - Einrichtungsleitung Sprecher „Fachgruppe Inklusion“ Nordfelder Reihe 25, 30159 Hannover E-Mail: marco.schomakers@awo-hannover.de
Schubert, Dr. med. Alexandra	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ernst-Abbe-Ring 8, 31535 Neustadt E-Mail: Alexandra.Schubert@region-hannover.de
Sievers, Wolfgang	Landeshauptstadt Hannover Fachbereich Jugend und Familie, Kommunalen Sozialdienst Fachleitung für Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII, Blumenauer Str. 5-7, 30449 Hannover E-Mail: Wolfgang.Sievers@Hannover-Stadt.de
Simon, Daniela Y.	Diplom-Verwaltungsbetriebswirtin (FH) Region Hannover Sachbearbeiterin Zuwendungen und Förderungen, Team 50.08 Zentrale Fachbereichsangelegenheiten und Wohnraumförderung Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover E-Mail: DanielaYvonne.Simon@region-hannover.de
Sueße, Dr. Thorsten	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG) Leiter des Fachdienstes Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ Peiner Str. 4, 30519 Hannover, Thorsten.Suesse@region-hannover.de
Tänzer, Andreas	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Wunstorf Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Andreas.Taenzer@krh.eu
Theye-Hoffmann, Birgit	beta89 Betreutes Wohnen Abteilungsleiterin Sprecherin Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ Rotermundstraße 27, 30165 Hannover E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de
Tomaske, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Str. 12A, 30179 Hannover E-Mail: Sabine.Tomaske@Region-Hannover.de
Trillmich, Tobias	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter Referent für Suchthilfe Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) Gruppenstr. 4, 30159 Hannover E-Mail: trillmich@nls-online.de
Tschirner, Thomas	Sozialarbeiter, Einrichtungsleitung Drogenberatung Lehrte e. V. Bahnhofstr. 12, 31275 Lehrte E-Mail: tschirner@drobel.de
Vajhøj, Uffe	Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogin beta-REHA Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover E-Mail: vajhøj@beta89.de
Weber, Jan	M.Sc. Public Health Wissenschaftlicher Mitarbeiter Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. Lützerodestraße 9, 30161 Hannover E-Mail: Jan.Weber@kfn.de
Weidner, Oliver	Dipl.-Ergotherapeut, Leitung Ergotherapie Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis, Klinikum Region Hannover GmbH KRH Psychiatrie Langenhagen Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ Rohdehof 3, 30853 Langenhagen E-Mail: oliver.weidner@krh.eu

Woike, Frank	Landeshauptstadt Hannover Dez.III/Beauftragter Sucht und Suchtprävention Sprecher der Fachgruppe „Sucht und Drogen“ Hamburger Allee 25, 30161 Hannover E-Mail: frank.woike@hannover-stadt.de
Wilhelm-Göbbling, Dr. Claudia	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Chefärztin der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie KRH Psychiatrie Wunstorf Südstraße 25, 31501 Wunstorf E-Mail: Claudia.Wilhelm-Goessling@krh.eu
Zhang, PD Dr. med. Yuanyuan	Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover E-Mail: YuanPDDr.med.Zhang@Region-Hannover.de

Fachbegriffe

Abstinenz, Abstinenzparadigma	In der Suchthilfe, die Anforderung grundsätzlich und vollständig auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten.
Adaption	Auch „Anpassung“ genannte Phase nach der Entwöhnungsbehandlung/Rehabilitation. Dient der Wiedereingliederung in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt. Die Patientin / der Patient lebt in einer sogenannten Adaptionseinrichtung. Die Adaption wird wie die vorangehende Entwöhnungsbehandlung von der Rentenversicherung, der Krankenkasse oder dem Sozialhilfeträger finanziert.
Besuchskommission	Die Besuchskommissionen werden vom niedersächsischen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung berufen. Bei den Besuchen der Krankenhäuser und Einrichtungen prüfen die Besuchskommissionen, ob bei allen Maßnahmen gegenüber den Kranken oder Behinderten auf deren Zustand besondere Rücksicht genommen wird. Sie berichten dem Ausschuss mindestens einmal jährlich.
Crack	Eine Konsumform von Kokain.
Entwöhnungsbehandlung	Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, mit der stoffgebundene Suchterkrankungen wie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit therapiert werden. Sie soll vor allem helfen vom Suchtmittel abstinent zu bleiben und die mit der Sucht einhergehenden körperlichen und seelischen Störungen so weit wie möglich auszugleichen. Erfolgt in der Regel im Anschluss an eine stationäre Entgiftung (Entzug). Je nach Notwendigkeit werden verschiedene ärztliche, sucht-, psycho-, sozio- und arbeitstherapeutische Maßnahmen kombiniert. Diese setzt ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Krankenpflegern um.
Ethyltoxisch	Durch Alkoholkonsum bedingte Schädigungen (z.B. Leberzirrhose, Korsakowsyndrom).
Evidenz	Evidenzbasierte Medizin ist die gewissenhafte Nutzung der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Belege für die Entscheidungen und Durchführung zur Behandlung der Patientinnen und Patienten.
EX-IN	Ein spezifische Ausbildung von psychiatrie-erfahrenen Menschen, die dafür qualifiziert, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen als GenesungsbegleiterIn tätig zu werden.
Fixierung	Fesselung von Patientinnen und Patienten durch mechanische Vorrichtungen (Gurte, Riemen etc.) zu deren eigener Sicherheit oder dem Schutz anderer Personen. Fixierungen müssen immer dokumentiert werden bedürfen immer der richterlichen Genehmigung.
Forensische Psychiatrie	Die Forensische Psychiatrie ist das Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Behandlung, der Begutachtung und mit der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern befasst.
Genesungsbegleiter	Siehe EX-IN
Inanspruchnahmeziffer	Bezeichnet den Grad der Nutzung von Angeboten in Bezug auf eine festgelegte Größe (z.B. 100.000 Einwohner).
Inklusion	„Einschluss“ - im Gegensatz zu Ausschluss oder Ausgrenzung. Im Vergleich schafft Integration lediglich innerhalb bereits bestehender Strukturen einen Raum für benachteiligte Menschen. Durch Inklusion dagegen sollen gesellschaftliche Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie allen Menschen mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten von Anfang an besser gerecht werden.
Institutsambulanzen	Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist nach § 118 / SGB V die multiprofessionell arbeitende Ambulanz psychiatrischer Fachkrankenhäuser / Abteilungen. Ihr Auftrag ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.

Kasuistik/en	Beispielhafte Beschreibung/en von Einzelfällen in der Medizin.
Kognitive Beeinträchtigungen	Beeinträchtigung der Denkleistung
Komorbidität	Als Komorbidität werden weitere, diagnostisch abgrenzbare Krankheitsbilder oder Syndrome bezeichnet, die zusätzlich zu einer bereits diagnostizierten Grunderkrankung (Indexerkrankung) hinzukommen.
Konsil, konsiliarisch	Die konsiliarische Zusammenarbeit bezeichnet in der Medizin eine beratende Tätigkeit, um z.B. Meinung einer bestimmten Fachdisziplin nutzen zu können.
Maßregelvollzug	Im Maßregelvollzug (forensische Psychiatrie) werden nach § 63 und § 64 des deutschen Strafgesetzbuches unter bestimmten Umständen psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter nach den Maßregeln der Besserung und Sicherung untergebracht.
Neue psychoaktive Stoffe (Substanzen) (NPS)	Neue psychoaktive Stoffe (NPS) sind synthetische Stoffe, die gelegentlich auch als „Designerdrogen“, „Research Chemicals“ oder auch rechtlich fehlgehend als „Legal Highs“ bezeichnet werden. In den letzten Jahren ist eine ständig zunehmende Anzahl derartiger Stoffe aufgetaucht: Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems bis zum Jahresende 2017 mehr als 670 NPS ermittelt.
Pathogen	Krankheiten verursachend
Peers	Als Peergroup bezeichnet man im englischen Sprachraum eine Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Interessen, Alter, Herkunft oder sozialem Status mit einer wechselseitigen Beziehung zwischen Individuum und Gruppe. In der Psychiatrie steht der Begriff Peers für Psychiatrie-Erfahrene, die andere durch ihre Erfahrung unterstützen.
Peerberater_in oder Peer-Counelling	Beratung Betroffener durch Betroffene
Polyvalent	In der Suchtmedizin die Benennung des gleichzeitigen Konsums mehrerer Suchtmittel.
Psychiatrie	Medizinische Fachdisziplin, die sich mit der Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen beschäftigt. Sie hat sich aus der Nervenheilkunde entwickelt. Der Begriff „Psychiatrie“ wurde 1808 von dem in Halle wirkenden Arzt Johann Christian Reil geprägt und setzt sich aus den griech. Wörtern (psyche) für „Seele“ und (iatros) für „Arzt“ zusammen.
Psychische Krankheiten	Zustandsbilder, die durch krankheitswertige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens gekennzeichnet sind. Dies kann mit Abweichungen der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens oder auch des Selbstbildes (Selbstwahrnehmung) einhergehen. Psychische Erkrankungen sind häufig mit persönlichem Leidensdruck oder Belastungen im sozialen und beruflichen Zusammenhängen verbunden. Da es sich um Erkrankungen handelt können die Betroffenen diese nur in begrenztem Maß durch eigene Bemühungen beeinflussen. Psychische Störungen gehören laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den weitverbreitetsten Erkrankungen.
Recovery-Orientierung Recovery-Modell	Das Recovery-Modell ist ein Konzept der „Wiedergesundung“ von psychischen Störungen und Suchtkrankheiten, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt.
Resilienz	Die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und/oder sozial vermittelte Ressourcen / Stärken als Anlass für Entwicklungen zu nutzen.
Rezidivprophylaxe	Gesamtheit aller medizinischen Maßnahmen zur Abwendung eines Wiederauftretens einer Erkrankung.
S3-Leitlinie	Leitlinien dienen in der Medizin dazu die Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung zu unterstützen. Sie geben auf der Grundlage klinischer Studien Empfehlungen. S3 steht für die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik.
Stressoren	Faktoren, die Stress hervorrufen.
Stigma, Stigmatisierung	„Stich-, Punkt-, Wund- oder Brandmal“ (altgriechisch) Unter Stigmatisierung wird ein Prozess verstanden, durch den Menschen bestimmte andere Menschen in eine bestimmte negative Kategorien einordnen.
Substitution	Substitution bedeutet Ersatz oder Ersetzung. In der Behandlung Heroinabhängiger ist die Substitution von Heroin mit anderen Opioiden ein gängiges Suchthilfeangebot. Der häufigste Ersatzstoff ist Methadon. Methadon mindert die Entzugssymptome, ruft aber nicht die berausenden Wirkungen des Heroins hervor, spricht: Der „Kick“ fehlt.
Transition Adoleszentenpsychiatrie	Junge Menschen im Übergang zum Erwachsenwerden, sind häufig „zu alt“ für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und „zu jung“ für die Erwachsenenpsychiatrie. Die Adoleszentenpsychiatrie versucht einen gelingenden Übergang (Transition) von der Kinder- und Jugendpsychiatrie hin zur Erwachsenenpsychiatrie zu gestalten. Dazu werden eigene ambulante und stationäre Angebote entwickelt.
Triage	Erstellung einer Rangfolge für eilige ärztliche Einsätze
Trialog, Trialogisch	Gleichberechtigter Erfahrungsaustausch zwischen Patienten, Angehörigen und Professionellen / Therapeuten, z. B. in Psychoseminaren.
Unterbringung	Die zwangsweise Aufnahme in eine psychiatrische Klinik.

Abkürzungen:	
AANB e.V.	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.
AKG	Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (§ 8 NPsychKG) in der Region Hannover
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbände
BEG	Bedarfsermittlungsgespräch (früher: Hilfekonferenz)
B.E.Ni.	Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
DBT DBT - A	Dialektisch-Behaviorale Therapie, eine Form der Verhaltenstherapie Spezielle DBT für Kinder- und Jugendliche
EGH	Eingliederungshilfe nach dem SGB
EMZ	Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V.
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
EX-IN	Ein spezifische Ausbildung von psychiatrie-erfahrenen Menschen, die dafür qualifiziert, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen als GenesungsbegleiterIn tätig zu werden.
FLS	Fachleistungsstunden = Einheit nach der Leistungen in der Eingliederungshilfe vergütet werden.
GPZ	Gemeindepsychiatrische Zentren
HBM-T	Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf im Bereich Tagesstruktur
HBM-W	Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf im Bereich Wohnen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die deutschsprachige Übersetzung lautet Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KJP KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
LPPN	Landespsychiatrieplan Niedersachsen
NPS	Neue Psychoaktive Stoffe (Substanzen)
NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
RFP	Regionaler Fachbeirat Psychiatrie
pHKP	psychiatrische Häusliche Krankenpflege SGB V – Leistung, ärztliche Verordnung erforderlich
PJ	Das Praktische Jahr in der Medizin findet im letzten Jahr des Medizinstudiums statt.
RPK	RPK-Einrichtungen bieten medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen.
SPP	Sozialpsychiatrischer Plan
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPV	Sozialpsychiatrischer Verbund
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen – Übereinkommen für Menschen mit Behinderungen
VPE e.V.	Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V.
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen



Region Hannover

HERAUSGEBER

Region Hannover
Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst 52.90
Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Peiner Straße 4
30519 Hannover

www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de
www.hannover.de/spv

Gestaltung und Druck:
Region Hannover, Team Medienservice

Titel:
Karte Matthias Rößler, Bild: © Uwe Blanke,
Modifikation Region Hannover, Team Medienservice

Stand:
02.2020

Auflage:
750

ISSN
1865-7699