



Region Hannover

Team Gemeindepsychiatrie

Sozialpsychiatrischer Plan 2009 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover





Team Gemeindepsychiatrie

Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Plan 2009

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Herausgeber:

Region Hannover

Team Gemeindepsychiatrie als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Weinstraße 2 · 30171 Hannover



Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

auch in diesem Jahr hat der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover zwei sehr wichtige Themen aufgegriffen, auf die ich im Rahmen dieses Vorworts zum Sozialpsychiatrischen Plan 2009 besonders hinweisen möchte.

Da ist zum einen das diesjährige Hauptthema des Sozialpsychiatrischen Plans „Arbeit für psychisch kranke Menschen“. Hier sind wichtige Hinweise zu bestehenden, wie auch neuen Angeboten und Initiativen. Insbesondere die, durch Veröffentlichungen im

Jahr 2008 dokumentierte, extrem erhöhte Krankschreibung, Arbeitsunfähigkeit oder Berentung bei Bezieherinnen und Beziehern von Leistungen nach SGB II (Hartz IV) aufgrund psychischer Störungen bzw. Erkrankungen (siehe u. a. Gesundheitsbericht der Technikerkrankenkasse 2008). Das ist meines Erachtens Anlass, neue Antworten zu finden. Die geplante Tagung des Verbundes zum Thema Arbeit im Spätherbst 2009 könnte hier praktische Möglichkeiten eines neuen Denkens der verschiedenen Akteure aufzeigen und zu kooperativem Handeln anregen.

Einen weiteren Impuls kann hier auch durch das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover gegeben werden, das seit der von über 300 Menschen besuchten Auftaktveranstaltung am 01.10.2008 gut gestartet ist.

Ergänzt seien meine Anmerkungen noch mit dem Hinweis auf den Band 2 der Sozialpsychiatrischen Schriften des Verbundes zum Thema „Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover“. Diese wichtige Grundlagenuntersuchung muss aus meiner Sicht in den nächsten Monaten und Jahren zu Veränderungen im Denken und Handeln aller Beteiligten führen. Es freut mich, dass mein eigener Sozialpsychiatrischer Dienst schon erste Konsequenzen beschreibt und in 2009 umsetzt. Ich verweise hierzu auf die Einleitung von Herrn Dr. Sueße auf Seite 11 in diesem Band. Auch die von der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes vorgesehene Nacherhebung 2010 und 2012 zu den Umsetzungsergebnissen im Sinne einer anhaltenden Veränderung begrüße ich außerordentlich.

Erwin Jordan
Dezernent für Soziale Infrastruktur
Region Hannover

Anschrift des Verfassers:

Erwin Jordan · Region Hannover · Dezernat II · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

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

Dr. Hermann Elgeti

Medizinische Hochschule Hannover,
Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List,
Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
– Sprecher der Fachgruppe –

Vera Koch

Psychiatrische Pflegeheime Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH,
Wolfstr. 36, 30519 Hannover
– stellvertretende Sprecherin –

Dr. Thorsten Sueße

Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie,
Weinstr. 2, 30171 Hannover

Matthias Eller

Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle
für Kinder, Jugendliche & deren Eltern, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

Stefan Pohl

Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle
für Kinder, Jugendliche & deren Eltern, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

Manfred Preis

Pro Casa Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH,
Liebigstr. 4, 30851 Langenhagen

Lothar Schlieckau

Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie,
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover

Inhalt

Vorwort (<i>Erwin Jordan</i>)	3
--	---

Zusammensetzung der Fachgruppe "Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan" des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover	4
--	---

Einleitung, Bewertung und Ausblick

Psychisch Kranke brauchen Arbeit! Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung (<i>Thorsten Sueße</i>)	8
--	---

Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema „Arbeit“ (<i>Christian Harig</i>)	12
--	----

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (<i>Rose-Marie Seelhorst</i>)	14
--	----

Schwerpunktthema 2009: Arbeit für psychisch Kranke

Rehabilitationsangebote in Hannover: ein Überblick (<i>FrauTheißing</i>)	17
--	----

Die WfbM als Ort beruflicher Teilhabe für Menschen mit psychischer Behinderung: Standortbestimmung und Ausblick (<i>Martin Mahlau</i>)	19
---	----

Budget für Arbeit (<i>Gerd Masurek</i>)	24
---	----

Psychische Gesundheit im Betrieb (<i>Uwe Gerecke</i>)	26
---	----

Innovative Anbieterprojekte in der Region Hannover

Tagewerk e.V. (<i>Uwe Reichertz-Boers</i>)	30
--	----

Berufliche Rehabilitation Kooperation zwischen der MHH und Job-Center (<i>Barbara Wellmann</i>)	32
--	----

Ein Zentrum für Betätigung, Reha und Arbeit (<i>Michael Sandau</i>)	34
---	----

Regionale Psychiatrieberichterstattung

Regionale Berichterstattung für das Jahr 2007 (<i>Hermann Elgeti</i>)	36
---	----

Zielvereinbarungen (<i>Lothar Schlieckau</i>)	47
---	----

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 10 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (Annette Theißing und Martin Mahlau)	52
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ (Hermann Elgeti)	53
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (Andreas Tänzer).....	54
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (Brigitte Harnau)	55
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (Ingeborg Noort-Rabens)	56
Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ (Thorsten Suee)	58
Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ (Reinhold Hemmesmann)	59
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (Ahmet Kimil)	60
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (Uwe Reichertz-Boers).....	63
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (Wolfgang Bunde)	64

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstrae (Doris Rolfes-Neumann)	67
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstrae (Hildegard Georgiadis)	68
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Knigstrae (Andreas Roempler)	68
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (Horst-Peter Michel)	70
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (Ulrike Jamroszczyk)	71
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (Stefan Bartusch)	72
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Medizinische Hochschule (Susanne Steinmüller)	73
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (Sabine Tomaske)	73
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg (Martin Fochler)	74

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) (Uwe Blanke)	76
--	----

Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (Lothar Schlieckau)	78
--	----

Bericht der Ombudsstelle (Jürgen Gundlach)	79
---	----

Sonderteil

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien (Stefan Pohl u. Matthias Eller)	83
---	----

Ambulante Versorgung

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereiches Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover (Stefan Pohl)	83
Winnicott-Institut (Michael Kgler).....	85

Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten (<i>Rainer Janitzek</i>)	86
---	----

Ambulante Versorgung durch Einrichtungen im Überschneidungsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Erziehungsberatung

Familien- und Erziehungsberatungsstellen in Barsinghausen, Burgdorf und Neustadt (<i>Matthias Möller</i>)	87
Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie (<i>Michael Wachtendorf</i>)	89

Stationäre Versorgung

Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf (<i>Annette Redslob</i>)	90
Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses auf der Bult (<i>Christian Schnetzer</i>)	90
Bericht aus der Niedersächsischen Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim (<i>Hans-Jörg Bethge</i>)	91

Eingliederungshilfe

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH (<i>Christine Voigt</i>)	93
Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen (<i>Holger Thiermann</i>)	93
Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung (<i>Michael Theidel</i>).....	94
Clearingstelle des Fachbereichs Jugend und Familie der Stadt Hannover (<i>Ursula Lerch-Fricke</i>)	96

Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes	97
Organigramm	101
Codierungsliste	102
Datenblätter A, B und C	104
Autorenliste	108

Anlagen

Übersichtskarten der Versorgungssektoren	
Liste der Einrichtungen/Angebotsformen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover	

Psychisch Kranke brauchen Arbeit! Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung

von Thorsten Sueße (*Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover*)

Wie bereits im Vorjahr stelle ich dem Sozialpsychiatrischen Plan 2009 im Folgenden eine „Lesehilfe“ voran. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwende ich häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer und Frauen gemeint sind.

Was haben Sie von diesem Plan zu erwarten?

- Dieses Jahr widmet sich der Sozialpsychiatrische Plan dem Schwerpunktthema „Arbeit für psychisch Kranke“. Angesichts der allgemeinen Wirtschaftslage, aufgrund derer schon zahlreiche psychisch stabile Menschen keinen oder keinen angemessenen Arbeitsplatz mehr finden, sind in naher Zukunft keine gravierenden Änderungen zu erwarten, dass psychisch Kranke wieder vermehrt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß fassen werden. Wollen wir unsere Klienten dabei unterstützen, dass sie sinnvoller Arbeit oder Beschäftigung nachgehen können, müssen wir daher offenbar kreative Wege beschreiten, von denen einige exemplarisch aufgeführt werden.
- Diesbezüglich berichtet Frau Wellmann über ein Kooperationsprojekt zwischen der Medizinischen Hochschule und dem JobCenter Region Hannover (ab S. 32). Im Rahmen des Projektes wurden für Patienten der MHH-Psychiatrie zehn sog. „Ein-Euro“-Stellen in verschiedenen Bereichen der MHH geschaffen. Bisher hat sich zumindest für einen der Teilnehmer daraus evtl. die Möglichkeit auf einen regulären Arbeitsplatz in der MHH ergeben.
- Herr Sandau stellt die Angebote von „beta89“, einem Hannoverschen „Verein für betreuendes Wohnen und Tagesstrukturierung psychisch Gesunder“, in den Bereichen „Betätigung“ und „Zuverdienst“ vor, wobei die Angebote durch kreative Vernetzung regionaler Institutionen im jeweiligen Stadtteil (wie z. B. Kirchengemeinde, Sozialstation, Altenheim, Kindergarten oder Vereine) neu geschaffen wurden (ab S. 34).
- Über den Verein „Tagewerk“ informiert Herr Reichertz-Boers ab S. 30. Der Verein unterstützt Arbeitslose mit schwierigen Hintergrundsproblematiken (wie psychiatrische Mehrfachdiagnosen, Suchtmittelgebrauch, Straffälligkeit, psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit Migrationshintergrund) beim Wiedereinstieg ins Arbeitsleben oder bietet ihnen wenigstens eine sinnhafte Beschäftigung an. Der o. g. Personenkreis hat die Möglichkeit, auf dem von „Tagewerk“ gepachteten Garten- bzw. Gärtnereigelände in Neustadt oder Langenhagen zu arbeiten (z. B. Anbau und Ernte von Gemüse), was von den Teilnehmern offenbar gut angenommen und stabilisierende Auswirkungen hat.
- Herr Masurek beschreibt die modellhafte Erprobung des (persönlichen) „Budgets für Arbeit“ in Niedersachsen, mit dem sich sieben Schwerbehinderte in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingekauft haben (durch Lohnsubventionierung aus

Mitteln der Eingliederungshilfe) anstelle einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (ab S. 24).

- Welche Möglichkeiten der beruflichen Teilhabe derzeit Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) bieten, führt Herr Mahlau ab S. 19 auf. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Stabilisierung durch Beschäftigung, zumal die Zahl der Vermittlungen von dort auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sehr gering ist (ungefähr 0,1 - 0,2 %). Herr Mahlau befürwortet Veränderungen der WfbM, dass diese auch Angebote für Teilzeit- und Schichtarbeit vorhalten sollten, was ich nur unterstreichen kann. Die sog. „Virtuelle Werkstatt“ (saarländisches Projekt, in dem sich sämtliche Beschäftigungsorte verteilt in Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes befinden) sieht er nicht als Ersatz für WfbM an, sondern als Erweiterung der Angebotspalette für behinderte Menschen.
- Einen ersten Überblick über die teilweise vielfältigen aber auch unübersichtlichen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke in der Region Hannover gibt Frau Theißing ab S. 17. Es werden für unterschiedliche Bedarfe (aufgrund unterschiedlicher Schweregrade der psychischen Beeinträchtigung) exemplarisch die vorhandenen verschiedenen Angebote aufgeführt.
Ihrer Meinung nach – Frau Theißing war bis 2008 sieben Jahre Sprecherin der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ – müsste ein Augenmerk der Verbesserung auf die „frühzeitige“ Rehabilitation gelegt werden, wobei vermehrt Informationen über Hilfsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Mitarbeiter an die Betriebe fließen sollten.
- Während die vorher genannten Artikel unter dem Leitgedanken stehen, dass Arbeit als sinnstiftende und selbstwertfördernde Maßnahme psychischen Störungen hilfreich entgegenwirkt, informiert Herr Dr. Gerecke als Betriebsarzt ab S. 26 über Arbeitsbedingungen als Ursache psychischer Belastungen mit daraus resultierenden Störungen wie beispielsweise Depressionen, Ängsten oder psychosomatischen Symptomen.
Diese Faktoren sind sicherlich zu berücksichtigen, wenn psychisch Kranke durch Vermittlung von Arbeit oder Betätigung stabilisiert werden sollen.
- Herr Harig betrachtet das Schwerpunktthema aus Betroffenenensicht des „Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover“ (ab Seite 12). Er unterstreicht die – seiner Auffassung nach in den Artikeln zu kurz gekommenen – vorhandenen Fähigkeiten von psychisch Kranken im Kontext Arbeit. Eine vorrangig defizitäre Sichtweise hält er für eine „enorme Verschwendung individueller wie gesellschaftlicher Ressourcen“. Als ein wesentliches Hindernis für psychisch Kranke, am Arbeitsleben teilzunehmen, sieht er deren Stigmatisierung an. In erster Linie favorisiert er – anstelle von Beschäftigung im Schutzraum – Normalität mit flexiblen Möglichkeiten wie z. B. Teilzeittätigkeit oder Gelegenheitsjobs.
- Aus Sicht der Angehörigen psychisch Kranker führt Frau Seelhorst ab Seite 14 kritische grundsätzliche Überlegungen im Zusammenhang mit einigen der vorgestellten Projekte aus, wobei sie ausdrücklich betont, dass jeder Versuch, Beschäftigung und Arbeit für psychisch Kranke zu schaffen, von ihr begrüßt wird.

- Zum Sachstand der Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien in der Region Hannover gibt wieder der Sonderteil ab Seite 83 Auskunft.
- Die Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover (welche Daten werden womit erfasst?) und die Datenauswertung werden ab Seite 36 von Herrn Dr. Elgeti erläutert. Es zeigt sich unter anderem, dass die Region Hannover im Vergleich zu den großstädtischen Ballungsräumen Bremen, Hamburg und Berlin einen niedrigen Anteil an Tagesklinikplätzen aufweist, dafür aber einen hohen Anteil an Wohnheimplätzen (teilweise zu erklären durch wohnortferne Verlegungen dorthin z. B. aus Berlin). Bezüglich des Anteils an Plätzen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker ist die Region Hannover in diesem Vergleich am besten aufgestellt, ohne jedoch damit den kompletten Bedarf schon abgedeckt zu haben.
Eine der tabellarischen Auswertungen der vom Sozialpsychiatrischen Dienst übermittelten Daten ergibt ein Bild, das wir bereits im Kreis der Mitarbeiter vor Veröffentlichung diskutiert haben: Die Fallzahl von Patienten, mit denen eine Vollzeit-Fachkraft des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Quartal zu tun hat, ist von Beratungsstelle zu Beratungsstelle recht unterschiedlich. Von den regionseigenen Beratungsstellen weisen insbesondere die „städtischen“ in der Deisterstraße und der Königstraße die größten Fallzahlen auf, während in den Umland-Beratungsstellen in Laatzen, Burgdorf und Neustadt die geringsten Fallzahlen zu finden sind. Einige Erklärungen über das Zustandekommen der übermittelten Daten relativieren dieses Bild, das auf den ersten Blick auf eine ungleichmäßige Verteilung anfallender Arbeit hinweist. Patientenkontakte innerhalb eines Quartals könnten insbesondere in den Beratungsstellen des Umlands (das einen schlechteren Versorgungsgrad mit niedergelassenen Nervenärzten aufweist) häufiger notwendig sein als in denen der Stadt Hannover. Auch der zeitlich höhere Aufwand bei Patientenkontakten im Umland (weitere Fahrtstrecken, mehr zeitaufwendige Hausbesuche) bildet sich nicht in der erwähnten Tabelle ab. Im Fall einer Beratungsstelle hatte eine fehlerhafte elektronische Leistungsdokumentation Einfluss auf deren Fallzahlen.
- Frau Schäfer und Frau Röber von der Fachsteuerung Hilfekonferenzen des Teams Gemeindepсихiatrie der Region Hannover berichten ab Seite 48, dass die Anzahl der Erstanträge psychisch Kranker auf Eingliederungshilfe in der Region Hannover weiter steigt, wobei auch früher seltener vertretene Diagnosegruppen bei Antragstellern, wie Persönlichkeitsstörungen oder soziale Anpassungsstörung, zunehmen. Erfreulich ist dabei, dass stationäre gegenüber ambulanten Maßnahmen prozentual abnehmen.
- Ab Seite 52 berichten die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes (Fachgruppen, Arbeitskreis Gemeindepсихiatrie, Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Sektor-Arbeitsgruppen, Ombudsstelle) über ihre Arbeit (Berichtsjahr von Mitte 2007 bis Mitte 2008).

Was ist aus meiner Sicht noch im Jahr 2009 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Um das Schwerpunktthema des Plans zu vertiefen und praktisch voranzutreiben, wird 2009 eine mehrtägige Tagung des Verbunds zum Thema „Arbeit für psychisch Kranke“ in Hannover stattfinden.

Einige der bereits im letzten Plan für das Jahr 2008 erwarteten Ereignisse oder Entscheidungen werden jetzt im Jahr 2009 erwartet:

Die exemplarische Klage der Ärztin der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen beim Sozialgericht Hannover auf Erteilung einer Behandlungsermächtigung ist immer noch nicht entschieden. Die Erneuerung meiner bis zum 30.06.2008 bestehenden Behandlungsermächtigung wurde vom KVN-Zulassungsausschuss abgelehnt, die Entscheidung des Berufungsausschusses über meinen Widerspruch wird 2009 fallen.

Durch verschiedene Aktivitäten (unter anderem gezielte Informationsweitergabe durch die KVN) sollen niedergelassene Haus- und Fachärzte dafür gewonnen werden, sich an den neu entstehenden Strukturen ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgung in der Region Hannover zu beteiligen (Hausbesuche z. B. zur Diagnostik, Verordnung notwendiger Pflegemaßnahmen, Teilnahme am Informationsaustausch mit Pflegekräften). Eine entsprechende Info-Veranstaltung schwerpunktmäßig für niedergelassene Ärzte in Lehrte hatte 2008 noch abgesagt werden müssen, da keine Anmeldungen interessierter Teilnehmer vorgelegen hatten.

Die Verbesserung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Flüchtlingen in Stadt und Umland durch entsprechende Sprechstunden für Betroffene und ihre Betreuungspersonen (mit Präventionsaspekten) durch Regionsmitarbeiter wartet noch auf die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen. Das Dezernat für Soziale Infrastruktur der Region Hannover lässt derzeit in diesem Zusammenhang prüfen, welche Kosten für die ambulante und stationäre Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Landeshauptstadt und Umland anfallen.

Das psychiatrische Filmfestival „Ausnahme/Zustand – Verrückt nach Leben“ zur Thematik der psychischen Gesunderhaltung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist von Herbst 2008 auf Frühjahr 2009 verschoben worden. Die vom Team Gemeindepsychiatrie in Kooperation mit dem Kommunalen Kino Hannover veranstaltete Filmreihe wird jetzt vom 13. bis 19.03.2009 stattfinden, moderiert von – in der Region Hannover tätigen – Fachleuten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover beabsichtigt, 2009 seine Angebote psychisch kranken Migranten und ihren Angehörigen mit Hilfe von ausgebildeten Mediatoren des „MiMi“-Gesundheitsprojektes („Mit Migranten für Migranten“) vor Ort vorzustellen und näherzubringen. Dabei geht es darum, dass Fachleute zusammen mit Mediatoren, die selbst einen Migrationshintergrund haben, den oben genannten Personenkreis grundsätzlich informieren und damit evtl. die Schwellen der Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Hilfen absenken. Dieses Vorhaben ist der Umsetzungsversuch einer Empfehlung der Studie der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ zur „sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover“ (die Studie wurde Ende 2008 als Band 2 der „Sozialpsychiatrischen Schriften“ herausgegeben).

Nach der erfolgreichen Auftaktveranstaltung im Oktober 2008 wird das „Bündnis gegen Depression in der Region Hannover“ auch im Jahr 2009 durch verschiedene Veranstaltungen Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer sowie sonstige Interessierte über die unterschiedlichen Aspekte dieser psychischen Störung und ihre Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Organisiert und durchgeführt werden die Veranstaltungen von den einzelnen Bündnispartnern (siehe auch im Internet unter www.Buendnis-gegen-Depression-Region-Hannover.de).

Mit großem Interesse haben viele im letzten Jahr den Wechsel der ärztlichen Leitung im Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf sowie in der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH verfolgt, sind doch beide Institutionen wichtige Partner im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region. Nach meiner persönlichen Einschätzung werden Frau Dr. Oesterreich (die die kommissarische Leitung ausübt) und Herr Prof. Bleich die bewährte sozialpsychiatrische Ausrichtung ihrer Kliniken fortführen.

Verschiedene Themen, mit denen wir uns im Verbund seit längerem beschäftigen, werden wir auch in diesem Jahr weiter behandeln: Psychische Störung bei geistiger Behinderung, Erkennung von Sicherheitsrisiken bei der Betreuung von delinquenten Patienten, Qualitätssicherung z. B. für Angebote der Eingliederungshilfe, Verbesserung der Betreuungskontinuität bei psychosekranken Männern unter 25 Jahren, Klärung von Schnittstellenfragen (wie Zusammenarbeit mit den Jugendämtern) oder Umgang mit Daten der Psychiatrieerberichterstattung (soweit diese Daten überhaupt von den Verbundmitgliedern in ausreichendem Maß übermittelt werden).

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Weinstr. 2 · 30171 Hannover ·
E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de

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

von Christian Harig (*Mitarbeiter des VPE e.V.*)

Nach Durchsicht der vorliegenden Artikel zum Thema „Arbeit“ stellt sich die Frage, ob hier wirklich den Fähigkeiten psychiatrie-erfahrener Menschen in angemessener Weise Rechnung getragen wird. Ihr Potential wird kaum thematisiert. So bleibt völlig außen vor, inwieweit psychiatrie-erfahrene Menschen von ihren Fähigkeiten her in regionale Arbeitsfelder integriert werden oder ihren Arbeitsplatz behalten könnten. Es ist nicht davon auszugehen, dass das Thema „Arbeit für psychisch kranke Menschen“ den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppierungen wie Unternehmerverbänden, Gewerkschaften, Parteien und Wohlfahrtsverbänden in seiner zunehmenden Brisanz deutlich wird, wenn man bei einer defizitären Sichtweise verbleibt und ausblendet, dass es sich beim bisherigen Umgang mit dieser Gruppe auch um eine enorme Verschwendung individueller wie gesellschaftlicher Ressourcen handelt. Alle sind aufgerufen, in ihren Handlungsfeldern präventiv zu wirken, nicht zuletzt auch um die Zunahme psychischer Erkrankungen zu begrenzen und Ressourcen zu wahren und zu fördern.

Ohne die psychiatrische Ersterkrankung bagatellisieren und eine angemessene (!) Behandlung in Frage stellen zu wollen, ist festzuhalten, dass neben der Ersterkrankung eine zweite zum Problem wird, dass der Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Sie schafft zusätzliche Barrieren, sich zu entwickeln, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, Hilfen anzunehmen und sich zu integrieren. Nach wie vor gilt Psychiatrie-Erfahrung als ein Makel, der einer gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entgegensteht. Oft reicht er bereits

hin, um, unabhängig von der je individuellen Leistungsfähigkeit, dem Einzelnen den Weg zu mehr Chancengleichheit im Arbeitsleben oder zur Wiedereingliederung zu verbauen. Nicht zuletzt deshalb ist die:

- überwältigende Zahl der bekannten psychiatrie-erfahrenen Menschen ohne Arbeitsplatz
- die Zahl der Menschen, die ihre Rehabilitationsmaßnahme abbrechen muss, außerordentlich hoch
- der Anteil der Menschen, deren Wiedereingliederung ins Arbeitsleben misslingt, außerordentlich hoch.

Je stärker sein Alltag von Stigmatisierung geprägt ist, desto schwerer wird es dem psychiatrie-erfahrenen Menschen fallen, Kraft zur Differenzierung zu gewinnen und zu behalten und zu unterscheiden, wo die Ursachen für Mängel in der Eingliederung und Ausübung der Arbeitsaufgaben liegen. In diesem Zusammenhang kommt neben unserem Verein seitens der Selbsthilfe der Interessengemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit oder Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Sie unterstützt diese Menschen, die nach längerer Arbeitsuntätigkeit oder Arbeitsunfähigkeit wieder auf den ersten Arbeitsmarkt wollen. Inzwischen ist die Interessengemeinschaft Mitglied des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie.

Von großer Bedeutung wird sein, ob der betroffene Mensch passgenau, d. h. an einem Ort und mit Hilfen, eingesetzt wird, die ihm entsprechen, oder so, dass ein Scheitern vorprogrammiert ist und weitere Vorbehalte provoziert werden, unter denen auch andere zu leiden haben. Stigmatisierung bedeutet ja gerade, dass der zur gebrandmarkten Gruppe gezählte Mensch seiner je besonderen Individualität beraubt wird und kaum oder nur unter übermäßiger Anstrengung aus dieser Beschränkung entkommen kann. Dies wiederum kann ihn in weitere psychiatrische Krisen treiben. Es ist dann nicht verwunderlich, dass häufige Abbrüche und Rückzüge die Folge sind und gerade unter den Bedingungen von Massenarbeitslosigkeit Tendenzen vorherrschen, ein Leben außerhalb der Arbeitswelt zu führen, wohl wissend, dass sie nach wie vor von entscheidender Bedeutung für den Status ist, der dem Einzelnen in der Gesellschaft zugemessen wird. Gerade deshalb ist auch die Haltung vieler psychiatrie-erfahrener Menschen zur Arbeitswelt so zwiespältig: einerseits Wunsch – andererseits Angst.

Ein Weg aus dem zuvor beschriebenen Dilemma könnte in einer stärkeren Offenheit und Differenzierung liegen. Die Arbeitswelten und Lebenswirklichkeiten psychiatrieerfahrener Menschen unterscheiden sich beträchtlich voneinander. Etliche arbeiten unerkant und unbeanstandet in unserer Gesellschaft, andere wiederum sind auf dem Weg dorthin und wollen nur eins „Leben und Arbeiten wie Otto Normalverbraucher“, die nächsten benötigen Unterstützung dabei. Ein nicht zu vernachlässigender Teil wünscht Teilzeitarbeit, Gelegenheitsjobs, weniger Entfremdung und weniger Druck. Auch in den Bereichen der Arbeitswelt müssen die Schaffung von Barrierefreiheit und Entstigmatisierung von unten zentrale Anliegen aller gesellschaftlichen Kräfte und Hilfen sein. In dem Maße, in dem dies gelingt, kann der faktische Ausschluss psychisch kranker Menschen aus etlichen Arbeitsbereichen gemindert werden. So können niedrigschwelligere Angebote Menschen, die bisher Hilfen und Arbeitsgelegenheiten abgelehnt haben, dazu bewegen, diese anzunehmen und sich selber realistisch einzuschätzen.

Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Stigmatisierung wird im Grünbuch der Europäischen Kommission ausgeführt. Psychische Gesundheit gilt hier gemäß Weltgesundheitsorganisation als Zustand des Wohlbefindens. In ihm kann der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten. Dann sei er imstande, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Der psychische Zustand werde durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt: biologischen, individuellen, familiären, sozialen, wirtschaftlichen und Umfeldfaktoren. Das Stigma verschlimmere das persönliche Leiden und die soziale Ausgrenzung. Dies könne den Zugang zu nahezu allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens verwehren. Die Angst, gebrandmarkt zu werden, halte Menschen davon ab, Hilfe wie Arbeit zu suchen. Bekämpfung von Diskriminierung, Verhaltensänderungen in der Öffentlichkeit sowie bei Sozialpartnern, Behörden und Regierungen, seien erforderlich.

In dem Maße, in dem das Gesagte auch im Bereich Arbeit Beachtung findet, werden Grundlagen geschaffen, die Lebensbedingungen der genannten Zielgruppen zu verbessern. Fragen von Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ist ein hoher Stellenwert einzuräumen. Angemessene Hilfen können nur entwickelt werden, wenn die Planerinnen sich aktiv in die Gemeinde begeben und die Hilfen und Arbeitsangebote des Gemeinwesens aufnehmen. Diese müssen um das Erforderliche ergänzt werden, soll die Existenz eines ambulanten Ghettos im Sinne von Schutzraum auf das notwendige beschränkt werden. Die Richtschnur soll die Normalisierung sein. Auch Menschen mit psychiatrischen Auffälligkeiten sollen nicht mehr in einer Welt für sich leben müssen. Ihnen soll vielmehr über Hilfen aus einer Hand, zumindest transparent und in klarer Zuständigkeit, die Möglichkeit eröffnet werden, lebendiger Teil der Gemeinde zu werden. In diesem Zusammenhang sind die unterschiedlichen Wege möglichst integrativer Teilhabe am Arbeitsleben von zentraler Bedeutung.

Soweit möglich sollen die Grundsätze der Normalität und Inklusion, d. h. der Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt und die betriebliche Rehabilitation, Vorrang haben.

Anschrift des Verfassers:

Christian Harig · Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE) · Rückertstr. 17 · 30169 Hannover ·
E-Mail: vpehannover@arcor.de

Stellungnahme zum Thema Arbeit für Psychisch Kranke in der Region Hannover

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

Der Abschlußbericht des Projektes Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker aus dem Jahr 2004 besagt, dass maximal 10 % psychisch erkrankter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind, 20 % einer Tätigkeit in einer WfbM nachgehen und 5 % Angebote der beruflichen Rehabilitation nutzen. (Michael Sandau, beta89). Auch wenn diese Zahlen erläuterungsbedürftig sind und – da statistische Größen – wahrscheinlich auf keinen realen Ort zutreffen, geben sie Auskunft über den riesigen Bedarf an Arbeit und sinnvoller Betätigung psychisch kranker Menschen.

Die Beschreibung „Psychisch krank“ ist sehr ungenau und führt zu vielen Missverständnissen. Damit meine ich nicht nur die diagnostizierte Krankheit sondern auch die therapeutischen Möglichkeiten und vor allem den individuellen Verlauf und augenblicklichen Gesundheitszustand des Betroffenen. Es kann sich dabei um eine Depression, um Zwänge, um eine chronische Schizophrenie, usw. handeln. Alle psychische Erkrankungen. Alles Außenstehenden unheimlich. Menschen, denen man die Schwere ihrer Krankheit nicht gleich ansieht, werden leicht überschätzt. Sie haben es oft leichter, einen Arbeitsplatz zu finden. Aber dann kann es geschehen, dass sie mit der Situation doch nicht umgehen können und eine Enttäuschung nach der anderen erleiden. Andere, denen jeder ansieht, dass sie psychisch erkrankt sind, finden keinen Arbeitsplatz, obgleich sie manche Tätigkeit zuverlässig verrichten könnten und ihnen das sicher gut bekäme.

Wegen der völlig unbefriedigenden Angebotslage hinsichtlich Arbeit und Betätigung für psychisch kranke Menschen macht Kritik an den in diesem Band dargestellten Projekten wenig Sinn. Jeder Versuch, Beschäftigung und Arbeit für psychisch kranke Menschen zu schaffen, wird begrüßt. Wirklich jeder. Hoffentlich entwickeln sich die Projekte zu starken Angeboten, die den Bedürfnissen vieler zur Zeit unterversorgter Kranker gerecht werden.

Das Persönliche Budget – Budget für Arbeit – könnte einigen Betroffenen helfen, einen Arbeitsplatz zu finden. Es bleibt abzuwarten, wie viele psychisch kranke Menschen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden. Allerdings kommen mir Zweifel bei der Lektüre des Berichtes über die geplanten Maßnahmen von Herrn Masurek vom Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Für mögliche Antragsteller dürfen keine Barrieren aufgebaut sondern müssen Hilfen installiert werden, und zwar in Form von überzeugenden Vorteilen für potentielle Arbeitgeber.

So wie es bisher aussieht, fällt es besonders schwer, guten Gewissens Menschen, die bisher in einer WfbM arbeiteten, zu raten, das Budget für Arbeit zu beantragen. Wenn wir wollen, dass möglichst viele psychisch kranke Menschen einen Arbeitsplatz in Mitten der Gesellschaft finden, müssen wir uns dafür einsetzen, dass sie bei entsprechendem Behinderungsgrad die gleichen Privilegien genießen wie Werkstattbesucher.

Zu welchen Ergebnissen sind wohl die Mitarbeiter und vor allem die Beschäftigten der „Virtuellen Werkstatt“ im Saarland gekommen? In diesem Frühjahr sollen die ersten Ergebnisse veröffentlicht werden. Dort wurde und wird versucht, behinderten Menschen einen ambulanten Arbeitsplatz zu den Sonderbedingungen einer WfbM abzusichern.

Auch wenn es einen Teil psychisch kranker Menschen gibt, die gern in den Räumen einer Werkstatt zusammen mit ähnlich Betroffenen arbeiten, sollten wir uns nicht vor dem Wunsch sehr vieler psychisch kranker Menschen verschließen, mit gesunden Menschen zusammen zu arbeiten. Deshalb macht es sehr viel Sinn, dass sich die Werkstätten für behinderte Menschen um ambulante Arbeitsplätze bemühen. Hauptsache, diese sind dann nicht für jeden erkennliche Sonderarbeitsplätze.

Es gibt eine Reihe von Problemen am Arbeitsplatz, die eine psychische Erkrankung auslösen oder verstärken können. In großen Betrieben gibt es Betriebsärzte so wie Dr. Uwe Gerecke, dessen Beitrag zum Thema „Psychische Gesundheit im Betrieb“ in diesem Band veröffentlicht wurde. Dr. G. sagt, dass psychische Erkrankungen die höchsten Zuwachsraten bei den Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufweisen, und dass psychische Erkrankungen in der Europäischen Union den ersten Rang in der Ursachenstatistik für Erwerbsunfähigkeitsrenten einnehmen.

Nur in großen Betrieben gibt es einen Betriebsarzt. Wichtig ist dann, dass dieser Vertrauen bei den Mitarbeitern genießt und vor allem über gute Kenntnis über und gute Kontakte zu psychiatrischen Hilfeangeboten verfügt.

Übrigens stört mich in manchen Beiträgen das Wort „normal“. Warum? Kranksein ist völlig normal. Auch lange krank zu sein. Ich finde es nicht normal, Kranken nicht jede nur mögliche Hilfe zu gewähren, damit sie sich unter Gesunden „normal“ fühlen.

Anschrift der Verfasserin:

Rose-Marie Seelhorst · Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V. · Wedekindplatz 3 · 30161 Hannover

Schwerpunktthema 2009: Arbeit für psychisch Kranke

Rehabilitationsangebote in Hannover: ein Überblick

von Annette Theißing (*beta-REHA*)

Wo finde ich als Betroffener nach einer psychischen Erkrankung in der Region Hannover Rehabilitationsmöglichkeiten? Wo kann ich Hilfen erwarten, wo werde ich möglicherweise auf Grenzen und Hindernisse stoßen?

Der Zugang: Dschungel oder Vielfalt?

Als erstes stellt sich die Frage: Wie komme ich an die notwendigen Informationen über ein passendes Angebot? Wer wird die Kosten für die Maßnahme übernehmen? Wie wird mein Lebensunterhalt gesichert?

Die Leistungsträger (Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Krankenversicherung und JobCenter) verfügen teilweise über Rehabilitationsberater, die in einem persönlichen Gespräch fundiert über die Rehabilitationsmöglichkeiten informieren können. Hier stellen sich insbesondere aber unter Umständen am Übergang von JobCenter und Agentur für Arbeit erste Hürden, da ein solches Beratungsgespräch häufig erst nach einer ärztlichen Begutachtung mit der entsprechenden Wartezeit erbracht wird.

Weitere Informationsmöglichkeiten stehen über die Sozialdienste der Kliniken, über die ambulanten Behandler, die Selbsthilfeorganisationen aber vor allem über die Rehabilitationseinrichtungen selbst zur Verfügung.

Hannover verfügt nicht über eine zentrale und übergreifende Koordinierungs- und Beratungsstelle für die Rehabilitation psychisch Kranker. Rechtlich wäre dies wahrscheinlich aufgrund der unterschiedlichen beteiligten Leistungsträger auch nicht möglich. Die vielschichtige Landschaft kann dazu führen, dass sich Betroffene im Dschungel der verschiedenen Zugangswege verirren und stecken bleiben. Die Erfahrung zeigt aber auch, dass viele Betroffene über Internet, persönliche Kontakte und Fachleute durchaus in der Lage sind, die für sie passenden Angebote zu finden und für sich vor Ort zu überprüfen. Ein solches „chaotisches“ System setzt voraus, dass alle Angebote über entsprechende öffentliche und barrierefreie Informationsmöglichkeiten verfügen und dass sowohl Leistungsträger wie auch Leistungserbringer über ihren „Tellerrand“ hinaus denken und gegebenenfalls außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs weiterhelfen. Rechtlich ist eine leistungsträgerübergreifende Beratung und Prüfung im SGB IX vorgesehen, gängige Praxis ist dies z. B. an der Schnittstelle von SGB II und SGB XII noch nicht.

Die Fachgruppe Rehabilitation hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen übersichtlichen „Rehascout“ zu erstellen um die Orientierung in Hannover und der Region für Betroffene und Behandler zu erleichtern. Der nachfolgende Artikel kann diesen Rehascout nicht ersetzen, sondern gibt lediglich einen ersten Überblick über die hannoversche Rehabilitationslandschaft. Er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Rehabilitationsbedarf und Angebote – beschrieben an unterschiedlichen Beispielen

Beispiel 1: Ich habe einen Arbeitsplatz, bin längerfristig psychisch erkrankt und benötige Unterstützung bei meinem Wiedereinstieg am noch vorhandenen Arbeitsplatz:

Innerhalb der psychiatrischen Kliniken bietet sich die klinische Ergotherapie mit Schwerpunkt arbeitsrehabilitative Verfahren zur Vorbereitung des Wiedereinstieges an, ebenso wie die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung nach SGB V. Ohne oder nach einer stationären Behandlung verfügt Hannover über einige psychiatrische ergotherapeutische Praxen und Ambulanzen, die sowohl vor Ort am Arbeitsplatz, wie auch in Gruppen- und Einzelangeboten in der ergotherapeutischen Praxis Unterstützung beim Wiedereinstieg und Erhalt des Arbeitsplatzes bieten.

Der Integrationsfachdienst bietet für schwerbehinderte Menschen kurz- und langfristige Unterstützungsmöglichkeiten, einen beruflichen Wiedereinstieg am Arbeitsplatz vorzubereiten oder den Arbeitsplatz bei Konflikten oder Über- oder Unterforderung oder ähnlichem zu sichern. Auch eine Kombination aus ergotherapeutischen Leistungen und Integrationsfachdienst ist realisierbar.

Die medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen RPK haben die Möglichkeit mit einer längerfristigen Rehabilitationsmaßnahme auf den vorhandenen Arbeitsplatz wieder vorzubereiten, bzw. abzuklären, inwieweit eine Arbeitsaufnahme an dem vorhandenen Arbeitsplatz noch realistisch ist.

Entwicklungsperspektiven: Trotz dieser Angebote ist der Bereich „frühzeitige“ Rehabilitation bei vorhandenem Arbeitsplatz in der Region Hannover sicher noch ausbaufähig. Betriebe sind über kurz- und längerfristige Hilfsmöglichkeiten für Mitarbeiter mit psychischen Erkrankungen häufig nicht gut informiert. Überforderung, Mobbing-situationen, Fehlzeiten und Arbeitsplatzverluste sind häufig Folge von Hilflosigkeit im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Frühzeitige Rehabilitation am Arbeitsplatz kann helfen, Scheitern und Wiedererkrankung zu vermeiden und den Arbeitsplatz zu sichern. Hier stellt sich aber auch die Frage inwieweit betroffene Mitarbeiter schon zu einem frühen Zeitpunkt für Rehabilitationsnotwendigkeiten offen sind.

Beispiel 2: Ich habe meinen letzten Arbeitsplatz krankheitsbedingt verloren. Ich bin unsicher wie belastbar ich bin und ob eine neue berufliche Orientierung notwendig ist.

Für die Belastungserprobung bieten sich in der Region Hannover ebenfalls die ergotherapeutischen Praxen und Ambulanzen, sowie die RPK-Einrichtungen an. Nach einer Belastungserprobung über die Ergotherapie können bei ausreichender Belastbarkeit auch direkt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen wie zum Beispiel von Bildungsträgern oder Berufsförderungswerken.

Fall 3: Ich bin längerfristig psychisch erkrankt. Ich suche Beschäftigung und bin unter geschützten Bedingungen mehrstündig belastbar.

Inzwischen haben einige Tagesstätten Arbeit und Beschäftigung in ihr Programm aufgenommen. Ebenfalls bieten sich in Hannover mehrere Möglichkeiten im Bereich von Werkstätten für behinderte Menschen unter beschützten Bedingungen zu rehabilitieren und zu arbeiten. Die Hürde einer mehrstündigen Maßnahme- bzw. Arbeitszeit erweist sich dabei für viele Betroffene als zu hoch. Teilzeitbeschäftigungen in Werkstätten für behinderte Menschen sollten entwickelt werden.

Ein weiterer Ausbau von Außenarbeitsplätzen und eine Erweiterung der beruflichen Sparten für Menschen mit einer psychischen Behinderung bleibt weiter ein wichtiges Arbeitsfeld.

Fall 4: Ich bin längerfristig psychisch erkrankt, suche Beschäftigung und bin unter geschützten Bedingungen stundenweise belastbar.

Für Menschen, die nach einer psychischen Erkrankung stärker eingeschränkt sind und nur stundenweise belastbar sind oder nur stundenweise arbeiten wollen, bieten sich inzwischen einige Zuverdienstmöglichkeiten in Hannover an. Darüber hinaus bietet auch die ambulante Ergotherapie Unterstützung einen Zuverdienstarbeitsplatz vorzubereiten und einzunehmen.

Fall 5: Ich bin erstmalig psychisch erkrankt, bin vollschichtig belastbar und suche einen Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz

Für Menschen nach psychischen Erkrankungen, die keinen Arbeitsplatz haben, aber nach Behandlung vollschichtig belastbar sind, gibt es einige Bildungsträger, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten zur beruflichen Orientierung, Umschulung oder als Integrationsmaßnahme.

Menschen mit einer Schwerbehinderung können über den Integrationsfachdienst Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Arbeits- oder Ausbildungsplatz bekommen.

Für junge Menschen mit einer psychischen Behinderung bietet das Berufsbildungswerk Erstausbildungen in unterschiedlichen beruflichen Sparten an.

Für junge Erwachsene und Jugendliche, die vor berufsfördernden Maßnahmen wie einem Ausbildungsbeginn umfangreiche – unter Umständen auch stationäre- medizinische Rehabilitationsleistungen benötigen, gibt es bisher in Niedersachsen nur in Göttingen und Königslutter spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen.

Anschrift der Verfasserin:

Annette Theißing · beta-REHA · Calenberger Strasse 34 · 30169 Hannover · E-Mail: theissing@beta89.de

Die WfbM¹ als Ort beruflicher Teilhabe für Menschen mit psychischer Behinderung: Standortbestimmung und Ausblick

von Martin Mahlau (*Pestalozzi Werkstatt*)

Um wen geht es eigentlich?

Erwerbsarbeit genießt in unserer Gesellschaft einen allgemein hohen Stellenwert und stellt in der Regel die Voraussetzung für die materielle Ausstattung zur selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dar. Darüber hinaus wird sie häufig als sinnstiftendes sowie Selbstwert stärkendes Element beschrieben. Für etwa 260.000 Menschen mit Behinderung (davon 79% geistig behindert, 17% psychisch behindert und 4% körperlich behindert) sind bundesweit ca. 700 WfbM als Anbieter beruflicher Bildung und Teilhabe am Arbeitsleben tätig. Mit der weiteren Zunahme der Leistungsberechtigten ist zu rechnen. Der Anteil seelisch behinderter² Beschäftigter beläuft sich zurzeit auf 44.200 Personen.

¹ WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen gemäß SGB IX

² Behinderungsbegriff: Ein regelwidriger seelischer Zustand der mind./länger als 6 Monate anhält. Status der Behinderung ist eine Voraussetzung für die Leistung „WfbM“

Nicht nur für diese Menschen gilt Arbeit und Beschäftigung als stabilisierender Aspekt bei der Bewältigung von Krankheitssymptomen, die sie in ihren Teilhabemöglichkeiten erheblich einschränken. Bei ihnen soll auch unser Hauptaugenmerk liegen.

Welche gesetzlichen Aufgaben übernehmen WfbM?

Nach § 136 SGB IX ist die WfbM eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. D.h. sie hat diejenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene und ihrer Leistung angemessen entlohnte Beschäftigung anzubieten. Es soll ihnen ermöglicht werden, ihre Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu erhöhen oder weiterzuentwickeln. Dabei soll die Persönlichkeitsentwicklung jedes Werkstattbeschäftigten gefördert werden. Zudem sollen WfbM den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen fördern. Soweit der gesetzliche Anspruch des SGB IX.

Was bieten WfbM an?

Die Umsetzung dieser Vorgaben bilden sich in der Realität der Werkstattlandschaft sehr vielgestaltig ab. Die Mehrheit der WfbM beschäftigen überwiegend geistig behinderte Menschen³ und integrieren seelisch behinderte Beschäftigte in ihren Arbeitsgruppen entsprechend der Einsatzfähigkeit bzw. in separat geführten Abteilungen. Neben überschaubaren strukturierten Arbeitsaufträgen wird ein der Vielseitigkeit des Beschäftigten entsprechendes Angebot vorgehalten. Viele seelisch behinderte Beschäftigte blicken auf eine Erwerbsbiographie zurück und verfügen daher über Fähigkeiten, die es ermöglichen, komplexe Tätigkeiten auszuführen. Seit einigen Jahren finden sich nun zunehmend mehr WfbM, die in angegliederten Betriebsstätten oder auch als autonom geführte Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung aktiv sind.

Woher kommen die Aufnahmewilligen?

Betrachtet man die Biografie der Interessenten, wird deutlich, dass bereits große Anstrengungen unternommen wurden, um auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Folglich mussten auch viele Enttäuschungen erlebt werden, weil die dauerhafte Rückkehr nicht funktionierte, die Krankheitssymptome zu übermächtig wurden oder der Arbeitsmarkt keine passende Arbeit anbot. Wer sich in einer WfbM um Aufnahme bemüht, hat mitunter schon die RPK⁴ mit ihren Möglichkeiten medizinischer und beruflicher Rehabilitation durchlaufen. Nicht selten sind die Voraussetzungen für diese Rehabilitationsmaßnahmen aber noch gar nicht erfüllt, so dass die WfbM als erste Erprobungsphase genutzt werden soll, um die notwendige Stabilität und Leistungsfähigkeit zu erreichen. Dennoch hält sich unter Betroffenen und Professionellen hartnäckig die Annahme, mit der Aufnahme in eine WfbM den Weg in eine Sackgasse zu beschreiten. Der Weg aus der WfbM heraus scheint auf ewig versperrt. In der Tat ist der Wiedereingliederungsanspruch des Gesetzgebers hier überhöht, sind doch die Zahlen der dauerhaften Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt⁵ alles andere als viel versprechend.

Warum suchen zunehmend mehr psychisch behinderte Menschen den Weg in die WfbM?

Die Motive sind so unterschiedlich wie persönlich. Die Gruppen lassen sich aber grob einteilen. Eine Gruppe sieht sich optimistisch am Anfang ihres Weges, betrachtet die WfbM nur als Sprungbrett in weitere Maßnahmen. Eine andere sieht sich bereits enttäuscht am Ende ihrer

³ 205.400 Beschäftigten

⁴ RPK = Rehabilitation psychisch Kranker

⁵ Anzahl vermittelter Beschäftigter auf den allgemeinen Arbeitsmarkt liegt insgesamt zwischen 0,1 - 0,2 %

Berufsbiografie. So wird die größte Übereinstimmung zwischen eigener Leistungsfähigkeit und den Anforderungen des Arbeitslebens gesucht. Dabei ist die Frage bereits geklärt, inwieweit Arbeit überhaupt als sinnstiftende Tätigkeit akzeptiert ist. Der Wunsch nach Teilzeit wird in diesem Zusammenhang häufig genannt, von WfbM aber unterschiedlich gehandhabt, da die Umsetzung mit nicht unerheblichen strukturellen und finanziellen Auswirkungen versehen ist. Auf Dauer können sich WfbM diesem Anspruch aber nicht verweigern und arbeiten intensiv an der Anpassung der Angebotsstruktur. Ebenfalls Rechnung zu tragen ist die Ablehnung der Leistungsempfänger gegen eine langfristige Integration in eine WfbM. Die Identifikation psychisch erkrankter Beschäftigter mit einem Beschäftigungsplatz in einer Firma des allgemeinen Arbeitsmarktes ist um vieles höher als dies in einer WfbM möglich sein könnte. WfbM verfügen über vielfältige und differenzierte Beschäftigungsangebote und gute Kontakte zu Auftrag gebenden Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Diesen Vorteil gilt es zu nutzen und auszubauen.

Worin liegen die Chancen der Beschäftigungsangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung?

Stabilisierung durch Beschäftigung

- Tagesstruktur: Wie jede regelmäßig durchgeführte Beschäftigung bietet die Arbeit in einer WfbM den Rahmen zur Strukturierung des Tages. Sie setzt die zeitlichen Pfeiler, unterteilt Tageszeiten, gliedert in Aktions- und Ruhephasen und verschafft dem Begriff „Feierabend“ seine Bedeutung.
- Soziale Kontakte: Die vielfach durchlebte Isolation wird aufgebrochen durch die Begegnung mit Kollegen und Vorgesetzten. Die Wahrnehmung anderer Personen und die Auseinandersetzung mit ihnen erweitern die sozialen Fähigkeiten des Beschäftigten. Bestätigung durch Kollegen und Vorgesetzte festigen die persönliche Wahrnehmung.
- Aufgaben haben: Einer Arbeit nachgehen heißt, sich auf Verbindlichkeiten einzulassen. Das Erfüllen eines Auftrages zieht auch die Übernahme von Verantwortung für sein Handeln und für die ihm anvertrauten Materialien nach sich. Hier kann Belastungsfähigkeit erprobt werden.
- Realität erfahren: Unter Menschen zu sein stellt ein natürliches Regulativ dar. Soziales Interagieren heißt, sich in der Realität zu bewegen und nicht in Traumwelten Zuflucht vor der Leere des Tages zu suchen.

Der Weg aus der WfbM ...

... führt meist über die Qualifizierung innerhalb der WfbM in ein Praktikum, in eine Arbeitserprobung und einen ausgelagerten Beschäftigungsplatz. (Die Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis steht hier zumindest als Option zur Verfügung und sollte stets das oberste Ziel bleiben.) Die Beschäftigten gelten weiterhin als Werkstattbeschäftigte, Beschäftigungsort ist aber eine externe Firma. Die Anleitung und Betreuung am Arbeitsplatz erfolgt bedarfsgerecht durch Mitarbeitende der WfbM. Bei ihr liegt auch das Direktionsrecht. Mit der Firma regelt ein Beschäftigungsvertrag die Modalitäten wie Entlohnung, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sowie die Kündigungsfristen. In diesen Firmen konkurrieren die WfbM und Zeitarbeitsfirmen um begehrte Arbeitsplätze. Ein erheblicher Vorteil für die aufnehmenden Firmen ist die nicht zwingend erforderliche langfristige Übernahme dieser beiden Beschäftigtengruppen. So wird der ausgelagerte Beschäftigungsplatz nicht selten zu einer Dauereinrichtung, der ursprünglich mit der Absicht der Ausgliederung aus der WfbM initiiert wurde. WfbM können den Übergang durch differenzierte Qualifizierung vorbereiten. In Qualifizierungsmodulen muss die Bedeutung von persönlicher, räumlicher und zeitlicher Flexibilität als wichtigste Grundtugend zur Einnahme eines „externen“ Arbeitsplatzes vermittelt werden. Die Zahl der Vermittlungen kann aber nicht einziger

Vermittlungsmaßstab sein, können doch hierbei Aspekte der Vermittelbarkeit mit der begrenzten Aufnahmebereitschaft des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht in Einklang gebracht werden.

WfbM müssen sich verändern!

Der politische Auftrag hat seit den 70er Jahren zu einer starken Institutionalisierung der Werkstätten mit einem „Rundum-sorglos-Angebot“ geführt. Es entstand eine eigene, künstliche Arbeitsrealität. Die heutige finanzielle Notlage des öffentlichen Sektors und der Zeitgeist führen aber nun zu ganz anderen Realisierungen der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsmarkt. Andere Formen der Beschäftigung sind gefragt, die kostengünstiger aber auch personenzentrierter sind und den Verantwortlichen der WfbM ein hohes Maß an Fantasie und zunehmend auch Risikobereitschaft abverlangt. Die Ambulantisierung der Teilhabemöglichkeiten am Arbeitsleben wird intensiviert. WfbM können sich auf ihre jahrzehntelange Erfahrung auf dem Gebiet der beruflichen Bildung und Qualifizierung berufen. Sie sollten aber weiterhin die Durchlässigkeit erhöhen, um das „Einbahnstraßenimage“ ablegen zu können, die Ambulantisierung vorantreiben und die Steuerung zukünftiger Teilhabeleistungen für die Werkstattbeschäftigten in die Hand nehmen. Dabei sollten sie sich offen zeigen für andere Formen der Teilhabe.

WfbM als Kompetenzzentrum?

Werkstätten haben hier ein Potential, das nicht abgerufen wird. Sie kann als Schaltstelle fungieren, eine gezielte Qualifizierung auf abgestuften Ebenen organisieren und Übergänge schaffen. Hierdurch werden Beschäftigten Wahlmöglichkeiten eröffnet und Alternativen zur WfbM aufgezeigt. Information, Beratung, Vernetzung und (ambulante) Unterstützung können zukunftsweisend als Angebote weiterentwickelt werden. Die Kontakte zu gewerblichen Betrieben sind gewachsen und gut ausgebaut. Es bestehen also hervorragende Bedingungen, um dort Menschen mit Behinderungen eine ganz andere Teilhabe zu ermöglichen, als sie in den WfbM möglich ist. Vielleicht gelingt es Werkstätten, zukünftig als „Kompetenzzentrum“ zu wirken, die neben ihren eigenen differenzierten Beschäftigungsmöglichkeiten auch eine Durchlässigkeit zu anderen Anbietern beruflicher Integration herstellen.

Werkstattbeschäftigter ohne Werkstatt: Die Virtuelle Werkstatt

Im Saarland 2004 wurde die erste virtuelle Werkstatt ins Leben gerufen, dessen positive Eigenschaften viele Menschen mit seelischer Behinderung, die nicht in den bekannten WfbM arbeiten möchten, ansprechen. Die Virtuelle Werkstatt ist keine anerkannte WfbM. Sie gehört zu den sonstigen Beschäftigungsstätten zur Teilhabe am Arbeitsleben, die ohne eigene Betriebsstätten, Berufsbildungs- und Arbeitsplätze auskommt. Der Beschäftigungsort ist ausschließlich in Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes angesiedelt. Das Direktionsrecht obliegt der Virtuellen Werkstatt. Wie in einer WfbM liegt eine Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungspflicht vor. Die Beiträge richten sich nach einem fiktiven Einkommen (1.960 €⁶ in 2007). Für die Aufnahme ist eine tägliche Arbeitszeit von mindestens zwei Stunden zu leisten, die auch am Nachmittag erbracht werden kann. Der Einsatz erfolgt nach dem Grundsatz „erst platzieren, dann trainieren“. Alle Beschäftigten erfüllen die Voraussetzungen des §53 SGB XII und haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Leistungsbezieher der Agentur für Arbeit sind ausgenommen, da sie als erwerbsfähig gelten. Die Betreuung des Beschäftigten erfolgt in der Einarbeitungsphase oder bei gesundheitlicher Instabilität so umfangreich wie nötig. Zu Gesprächen z. B. zur Klärung der beruflichen Perspektive oder sozialer Fragen geht der Beschäftigte in die Beratungsräume der Virtuellen Werkstatt. Die Rückmeldung der Teilnehmenden im saarländischen Projekt, das im Frühjahr 2009 endet, ist

⁶ Gültig für alte Bundesländer. In neuen Bundesländern 1.680€

durchweg positiv. Als Vorteil wird genannt, eine Tagesstruktur innerhalb „normaler Arbeitsbezüge“ zu erhalten und sich unter gesunden Kollegen zu bewegen. Die Beschäftigung ist grundsätzlich auf Dauer ausgerichtet. Entsprechende Verträge sind mit der Beschäftigungsfirma abzuschließen. Eine Übernahme in ein reguläres Arbeitsverhältnis sollte angestrebt, aber nicht zur Voraussetzung gemacht werden, da ein bestehender Anspruch auf Erwerbsminderungsrente damit erlöschen würde.

Für die erbrachte Leistung muss mit dem Arbeitgeber eine leistungsgerechte Vergütung vereinbart werden. Eine Anrechnung der Arbeitgeberzahlungen auf die Ausgleichsabgabe erfolgt nicht. In krisenhaften Zeiten müssen Arbeitgeber und Betreuer auf Leistungsschwankungen reagieren. Krisen werden am Arbeitsplatz bewältigt. Eine zeitweilige Rückzugsmöglichkeit in eine WfbM ist nicht möglich.

Die Virtuelle Werkstatt ist kein Ersatz für eine WfbM. Sie erweitert aber die individuellen Möglichkeiten seelisch behinderter Menschen, einen für sie geeigneten Teilhabeplatz zu finden.

Zum Schluss:

Wunder sind nicht zu erwarten. Vollbeschäftigung wird es unter behinderten Menschen noch weniger geben können als bei Erwerbsfähigen die dem Arbeitsmarkt uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Es muss aber kein unerreichbares Ziel bleiben, für behinderte Menschen eine Beschäftigung zu finden, die ihren eigenen Bedürfnissen und Ansprüchen entspricht. Ob diese in einer WfbM oder in einer Firma des allgemeinen Arbeitsmarktes zu finden ist muss von der Situation des Betroffenen abhängig sein. Es darf aber keinesfalls ein automatisierter Ausgliederungszwang aus der WfbM und damit eine Einbahnstraße in den Arbeitsmarkt bestehen, der nicht annähernd in der Lage ist, behinderte Menschen aufzunehmen. WfbM werden sich zukünftig den Erwartungen behinderter Beschäftigter anpassungsfähiger stellen müssen. Für diejenigen, die in der WfbM ihren zukünftigen und dauerhaften Arbeitsplatz sehen wollen, sind fantasievolle Arbeitszeitmodelle zu schaffen. Teilzeit und Schichtarbeit werden nicht verteufelt, sondern als personenzentrierte Hilfe verstanden.

Die umfangreichen Möglichkeiten beruflicher Förderung, die Menschen mit seelischen Behinderungen eine Perspektive eröffnet, dürfen nicht an gesetzlichen Restriktionen oder der Frage der Zuständigkeit scheitern. Der Wechsel zwischen den Maßnahmen und Angeboten darf nicht mit einem Verlust erworbener Rechtsansprüche verbunden sein (Aberkennung der Erwerbsminderungsrente bei stundenweiser Tätigkeit auf allgemeinem Arbeitsmarkt). Auch kann es nicht erst einer diskriminierenden Kennzeichnung als „wesentlich behindert“ oder „erwerbsunfähig“ bedürfen, um überhaupt einen Zugang zum Hilfesystem zu erhalten. Lösungsansätze sollten in ein Gesamtkonzept der Eingliederungshilfe einfließen.

WfbM können nicht Unmögliches vollbringen. Der Zwang - oder auch die Lust zur Veränderung - ist ihnen aber weiterhin Antriebsfeder für die Entwicklung neuer Angebote sowie zur Verfeinerung von Teilhabeleistungen am Arbeitsleben.

Anschrift des Verfassers:

Martin Mahlau · Pestalozzi-Stiftung · Werkstatt für behinderte Menschen · Pestalozzistr. 5 · 30938 Burgwedel ·
E-Mail: mmahlau@pestalozzi-stiftung.de

Budget für Arbeit – Eine modellhafte Erprobung in Niedersachsen

von Gerd Masurek (*Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit*)

Das Persönliche Budget ist vom Gesetzgeber ausdrücklich als Instrument zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes behinderter Menschen eingeführt worden. Sie sollen mit dem Budget als Marktnachfrager in die Lage versetzt werden, zwischen verschiedenen Leistungsanbietern auszuwählen. Auf der Abschlussveranstaltung zum niedersächsischen Modellversuch haben Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer ausdrücklich begrüßt, dass sie sich nunmehr in die Lage versetzt fühlten, mit den Anbietern von Hilfen auf Augenhöhe verhandeln zu können.

Die bisherigen Modellprojekte haben gezeigt, dass mit einer Bewilligung eines Persönlichen Budgets die Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden. Die damit neu gewonnene Eigenverantwortlichkeit zur Sicherstellung des eigenen Hilfebedarfs gilt es mit umfassenden Beratungen seitens der beteiligten Leistungsträger zu unterstützen. Nur mit einer Gesamtberatung kann sichergestellt werden, dass das Selbstbestimmungsrecht der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer nicht eingeengt wird.

Um den Prozess der Implementierung des Persönlichen Budgets zu stärken und zu beschleunigen, wurde in Niedersachsen in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden das Budget für Arbeit eingeführt. Damit können schwerbehinderte Menschen, die ansonsten einen Rechtsanspruch auf Beschäftigung gemäß §§ 39 und 136 SGB IX in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, mit diesem Persönlichen Budget Leistungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einkaufen. Das Land verspricht sich davon deutlich verbesserte Chancen der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt.

Hierfür wird folgendes Verfahren praktiziert:

- Der oder die Werkstattbeschäftigte meldet den Wunsch in der Regel bei der vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe herangezogenen oder im Rahmen des Modellkommunengesetzes zuständigen kommunalen Körperschaft an. Eine Meldung könnte auch bei einer Gemeinsamen Servicestelle geschehen. Der Werkstattträger kann hierbei behilflich sein.
- Gem. § 11 SGB XII berät und unterstützt der zuständige Träger der Sozialhilfe die oder den Werkstattbeschäftigten bei der Vermittlung in ein reguläres Arbeitsverhältnis. Hierzu kann er den örtlich zuständigen Integrationsfachdienst (IFD) beauftragen.
- Grundlage für die Zahlung des Budgets ist die Vorlage eines rechtmäßigen (aber noch nicht unterzeichneten) Arbeitsvertrages. Sofern eine geringere Arbeitszeit als die für den Betrieb regelmäßig geltende Arbeitszeit vereinbart werden soll, bedarf es der Zustimmung des Sozialhilfeträgers.
- Die bisherige Vergütung an den Werkstattträger wird in Form eines persönlichen Budgets für Arbeit an die oder den Leistungsberechtigten ausgezahlt. Sofern eine geringere Arbeitszeit vereinbart wird, ist die Höhe des Budgets entsprechend anzupassen. Die oder der Leistungsberechtigte stellt, ggf. mit Unterstützung, in eigener Verantwortung sicher, dass ihre oder seine Hilfebedarfsansprüche erfüllt werden. Gem. § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX soll dabei die Höhe des

Persönlichen Budgets für Arbeit die Kosten der bisher individuell festgestellten Hilfebedarfe, Ansprüche und zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten. Fahrtkosten werden im Budget für Arbeit nicht berücksichtigt.

- Leistungen des Integrationsamtes werden im Rahmen des § 102 SGB IX erbracht.
- Der Arbeitgeber ist für die Beitragszahlungen in die Sozialversicherung auf Grundlage des abgeschlossenen Arbeitsvertrages verantwortlich.
- Das Budget für Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird für die einzelnen Berechtigten zunächst für maximal zwei Jahre bewilligt. Im Falle eines Scheiterns des Arbeitsverhältnisses während dieses Zeitraumes ist eine Rückkehr in die Werkstatt für Menschen mit Behinderungen mit Empfehlung des Fachausschusses möglich.

Der Grundgedanke beim niedersächsischen Modell ist ein reguläres Beschäftigungsverhältnis. Der behinderte Mensch ist „normaler“ Arbeitnehmer mit allen Rechten und Pflichten.

Dem Grunde nach handelt es sich um eine Lohnsubventionierung aus Mitteln der Eingliederungshilfe. Ginge man diesen Weg nicht, käme es nicht zu einer Vermittlung. Die Begrenzung auf 2 Jahre ist in Anlehnung an die Budgetverordnung gewählt worden und dem Umstand geschuldet, dass Sozialhilfeleistungen keine Dauerleistungen sind. Es soll durch den Sozialhilfeträger geprüft werden, ob nach Ablauf dieses Zeitraumes das Budget entfallen kann, dann wäre volle Eingliederung erreicht. Auch das Unternehmen soll prüfen, ob nicht auf das Budget verzichtet werden kann, wobei die regulären Fördermöglichkeiten des Integrationsamtes (z.B. Minderleistungsausgleich) ja bestehen bleiben. Kettenarbeitsverträge sind im Zusammenhang mit dem Budget für Arbeit rechtlich zulässig.

Das reguläre Beschäftigungsverhältnis begründet die Sozialversicherungspflicht in allen Sozialversicherungszweigen, auch in der Arbeitslosenversicherung. Auch diese ist für die Budgetnehmerinnen und –nehmer wichtig, denn der Betrieb, in dem sie mit dem Budget beschäftigt sind, kann die Tore schließen. Dann läge kein sachlicher Grund für eine Rückkehr in eine WfbM vor und die Betroffenen können Leistungen nach dem SGB III in Anspruch nehmen.

Hinsichtlich der Rentenversicherung bedeutet die Regelung eine Absenkung der Anwartschaften im Vergleich zu den Sonderregelungen der WfbM-Beschäftigten. Es ist Teil des Modells, zu erproben, wie die behinderten Menschen in Kenntnis dieses Sachverhaltes auf diesen Umstand reagieren.

Zur Zeit nehmen etwa 7 Werkstattbeschäftigte das Budget für Arbeit in Anspruch. Das ist eine normale Entwicklung, wie man aus Rheinland-Pfalz weiß. Das neue Angebot muss erst durch „Pioniere“ vorgelebt werden, dann werden sich weitere Menschen diesem Weg anschließen. Am Ende dieses Jahres wird die Inanspruchnahme des Budgets durch das Landesamt bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe erhoben.

Im Rahmen der Beratungen der Länder zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wurde das Thema „Ambulantisierung der Werkstattarbeit“ intensiv diskutiert. Dabei wurde auch das niedersächsische Modell erörtert. Es fand Zustimmung, weil es am konsequentesten den Weg einer „Normalbeschäftigung“ ohne Sonderregeln, insbesondere im sozialversicherungsrechtlichen Bereich, geht.

Wir bewegen uns zur Zeit in einer Zone, die als „modellhaft“ umschrieben wird. Da das SGB XII im Gegensatz zum BSHG keine Experimentierklausel mehr kennt, wird auch die Forderung nach Wiedereinführung einer entsprechenden Klausel im SGB XII ausgesprochen.

Es ist m. E. sinnvoll, die notwendigen gesetzlichen Klarstellungen mit der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vorzunehmen. Die nds. modellhafte Erprobung kann, da sie Zustimmung der örtlichen Träger der Sozialhilfe findet, weitergeführt werden.

Anschrift des Verfassers:

Gerd Masurek · Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit ·
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2 · 30159 Hannover · E-Mail: gerhard.masurek@ms.Niedersachsen.de

Psychische Gesundheit im Betrieb - Herausforderungen der modernen Arbeitswelt - Aufgabenfelder für Betriebsärzte

von Uwe Gerecke (*Leitender Betriebsarzt enercity*)

Arbeit fordert und belastet den Menschen. Arbeit ist nicht nur Grundlage für wirtschaftliche Existenz, Identität, soziale Integration, sondern auch für Lebenssinn, oft auch für Gesundheit. Beanspruchungen bei der Arbeit werden immer weniger durch physikalisch-chemische als durch psycho-soziale Faktoren bestimmt. Psychische Anforderungen wie hohe Konzentration, Zwang zu schnellen Entscheidungen, hohe Verantwortung für Menschen und Material, häufige Störungen, Zeitdruck und zwischenmenschliche Probleme stellen wesentliche Belastungsschwerpunkte dar. Psychische Störungen weisen die höchsten Zuwachsraten bei den Fehlzeiten am Arbeitsplatz auf. Psychische Erkrankungen nehmen in der Europäischen Union den ersten Rang in der Ursachenstatistik für Erwerbsunfähigkeitsrenten noch vor Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems ein.

Als wichtige Gründe für die steigende Bedeutung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz gelten insbesondere:

- Arbeitsverdichtung mit steigenden Leistungsanforderungen
- Steigender Zeit- und Termindruck
- Entwicklung neuer Arbeitsformen, insbesondere in Zusammenhang mit der Kommunikations- und Informationstechnologie
- Notwendigkeit zu ständiger Anpassung an neue Arbeitsmittel, Arbeits- und Organisationsformen (lebenslanges Lernen)
- Wechsel der Inhalte und Rahmenbedingungen der Arbeit wie z. B. Projektarbeit, befristete Arbeitsverträge, Variabilität der Arbeitszeit und Veränderung sozialer Arbeitsstrukturen durch Einzelarbeitsplätze mit sozialer Isolation (z. B. Home-Office)
- Ansprüche an soziale Kompetenz von Vorgesetzten und Mitarbeitern
- Kostendruck, der von den Mitarbeitern die Beachtung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit des eigenen Handelns erfordert
- Angst vor Arbeitsplatzverlust
- Unvereinbarkeit von Berufs- und Privatleben durch Überlastung

Burn-out-Syndrome sowie mögliche Folgen von Mobbingprozessen, die sich in unterschiedlichen psychischen und psychosomatischen Störungen wie z. B. Depressionen und Ängsten äußern können, sind psychische Beeinträchtigungen, die durch die Arbeitswelt verursacht werden. Bei Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit oft mit traumatischen Ereignissen konfrontiert sind, finden sich gehäuft posttraumatische Belastungsstörungen, die durch eine Vielzahl von unterschiedlichen psychischen Symptomen gekennzeichnet sind.

Dem Setting Arbeitsplatz ist ein großes Potenzial für die Prävention psychischer Beanspruchungen beizumessen. Der Gesetzgeber schreibt im Arbeitsschutzgesetz dem Unternehmer die Durchführung einer Gefährdungsanalyse vor. Die Identifizierung, Beurteilung und Bewertung psychischer und sozialer Belastungen am Arbeitsplatz wird dabei meist ausgeklammert, weil diese Belastungen nicht unmittelbar mess- oder beobachtbar sind, Stress subjektiv bewertet wird und häufig sowohl seitens der Beschäftigten als auch des Managements Ängste und Vorbehalte hinsichtlich der resultierenden Konsequenzen bestehen. Dennoch ist eine Gefährdungsbeurteilung auch bei psychischen und sozialen Belastungen unverzichtbare Voraussetzung für die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Als wichtige Stressoren am Arbeitsplatz gelten:

- unzureichende äußere Arbeitsbedingungen
- Termindruck ohne ausreichende Pausen und häufige Überstunden
- fehlende Transparenz von Entscheidungen
- Ungewissheit über die erwartete Arbeitsleistung
- unzureichende Einblicke in Betriebsabläufe
- divergente Arbeitsanforderungen
- Zeitdruck und Verantwortung bei geringer Entscheidungskompetenz
- Unterforderung, mangelnde Abwechslung oder Monotonie
- Informationsüberflutung
- fehlende Kompetenz

Um psychische Belastungen zu beurteilen, müssen möglichst alle Anforderungsmerkmale der Arbeitstätigkeit erkannt und dokumentiert werden. Dafür stehen seit einigen Jahren eine Vielzahl von unterschiedlichen Fragebögen, Checklisten und Tools zur Verfügung, die eine an die konkreten betrieblichen Bedingungen angepasste Erfassung und Bewertung ermöglichen.

Die einzelnen Beschäftigten unterscheiden sich in ihrer Bewältigungskompetenz. Auch Belastungen oder Ressourcen in der Privatsphäre weisen in der Regel einen mehr oder weniger großen Einfluss auf die Fähigkeit des Individuums auf, mit arbeitsbezogenen Belastungen umzugehen. Psychische Belastungen können unterschiedlich empfunden und bewältigt werden und führen damit bei verschiedenen Menschen zu differenten Beanspruchungen. Dabei spielen immer das subjektive Empfinden und die persönliche Einschätzung eine entscheidende Rolle. Von Bedeutung sind sowohl das individuelle Leistungsvermögen als auch die aktuelle psychische und körperliche Verfassung sowie insbesondere die Motivation. Ein Individuum ist etwaigen psychosozialen Belastungen dabei nicht passiv ausgesetzt, sondern verfügt über mehr oder weniger Fähigkeiten (Ressourcen) zur Bewältigung der Belastungen. Diese können jedoch nur dann optimal zur Entfaltung kommen, wenn bestimmte betriebliche Rahmenbedingungen vorhanden sind.

Nach arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen gehören hierzu die Bereitstellung ausreichender Handlungsspielräume, ein ausgewogenes Verhältnis von Leistungsanforderungen und Kompetenz sowie insbesondere angemessene soziale Unterstützung.

Die chronischen Auswirkungen der psychischen Belastungen sind für die Entwicklung psychischer Erkrankungen entscheidend. Reichen Anpassungsvermögen und die Ressourcen des Individuums dauerhaft nicht zur Bewältigung der Belastungen aus und kommt es eventuell auch zu fehlender Erholung sowie zu Selbstüberforderung, dann können diese Belastungen und Überbeanspruchungen problematisch werden. Es können länger andauernde psychische, somatische und soziale Irritationen, Störungen oder Erkrankungen entstehen. Diese äußern sich anfänglich häufig in unspezifischen Befindlichkeitsstörungen wie Erschöpfungsgefühlen, Gereiztheit, Kopfschmerz und innerer Unruhe. Langfristig können derartige Befindlichkeitsstörungen jedoch zu klinisch relevanten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen. Je später der Zusammenhang zwischen betrieblichen Einflüssen und psychischer Fehlbelastung aufgedeckt wird, desto ungünstiger ist die Prognose, da Chronifizierungsprozesse zu einer Eigendynamik des Krankheitsverlaufs führen.

Hier können Betriebsärzte richtungweisend eingreifen. Beim Vorliegen von Befindlichkeitsstörungen sollte der Betriebsarzt frühzeitig mit dem Ziel reagieren, Belastungen zu identifizieren und gegebenenfalls Fehlbelastungen zu beseitigen sowie die individuellen Bewältigungsfähigkeiten und Ressourcen zu stärken. Natürlich darf dabei nicht vergessen werden, dass psychische oder psychosomatische Erkrankungen nicht nur durch die Bedingungen in der Arbeitswelt verursacht werden, sondern dass individuelle Dispositionen sowie frühe „belastende“ psychosoziale Erfahrungen die Entwicklung der Persönlichkeit und damit das Risiko zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung nachhaltig beeinflussen. Aber auch akute Belastungen oder Erfahrungen in anderen Lebensbereichen außerhalb der Arbeitswelt können Einfluss nehmen. Die Aufgaben der Prävention und Risikominimierung liegen dabei nicht nur im Bereich der Belastungsreduktion, sondern auch auf dem Feld der Ressourcenstärkung.

Bei der Erhebung psychischer Belastungen ist zu beachten, dass es hier um subjektive Bewertungen geht, sodass Belastungen letztlich immer nur in Bezug auf den einzelnen Menschen mit seiner persönlichen Lebensgeschichte, seiner Persönlichkeit, Motivation etc. bewertet werden können. Entscheidend für den Erfolg einer Erhebung und Beurteilung psychischer Belastungen ist die frühzeitige Einbeziehung der Beschäftigten, die Sicherstellung des Datenschutzes und der Anonymität bei der Befragung sowie die zeitnahe Kommunikation der Ergebnisse und der daraus abzuleitenden Verbesserungsmaßnahmen. Alle Erhebungen psychischer Belastungen sind bereits als Intervention zu verstehen. Sie regen zum Nachdenken an, verändern die Sichtweise und wecken Erwartungen.

Die Ursachen vieler psychischer Belastungen liegen ganz überwiegend in der Verantwortung des Managements. Personalpolitik, Führungsstil und Führungsinstrumente, Ablaufstrukturen im Betrieb, Arbeitsorganisation und damit die gesamte Unternehmenskultur sind zentrale Aufgaben unternehmerischer Entscheidungen. Die Unternehmenskultur entscheidet wesentlich über den Umgang mit auffälligen, Leistungsgewandelten und chronisch kranken Beschäftigten.

Betriebsärztliche Aufgabe sollte es sein, die Bedeutung psychischer und psychosomatischer Faktoren bei arbeitsmedizinischen Problemstellungen zu erfassen. Der Betriebsarzt kann dann auf weiterführende Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen hinweisen und den Mitarbeiter motivieren, diese zu nutzen. Die ganzheitlich ausgerichtete Beratungstätigkeit des Betriebsarztes bezieht den einzelnen Mitarbeiter, Teams oder Mitarbeitergruppen wie auch den Betrieb als Organisation ein. Dabei sind die Aufgaben vielfach nur in Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu bewältigen, sodass der Betriebsarzt innerhalb und außerhalb des Betriebes vernetzt sein sollte.

In der Arbeit mit einzelnen Individuen stehen arbeitsmedizinische Untersuchungen und Beratungen im Vordergrund. Die klinische Untersuchung umfasst nicht nur die somatischen Dimensionen, sondern auch psychische oder psychosomatische Aspekte des aktuellen Gesundheitszustands. So geht es vielfach auch darum, etwaige Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychosozialen Faktoren bei der Untersuchung festzustellen und ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass körperliche Symptome als Ausdruck psychosozialer Belastungen anzusehen sind.

Auf der Ebene der Beratung fällt dem Betriebsarzt die Aufgabe zu, dem Mitarbeiter einen Zugang zu etwaigen psychischen und sozialen Belastungen in der Arbeitswelt, aber im Einzelfall auch in seinem Privatleben zu ermöglichen, und mit ihm Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Da vielfach die betroffenen Mitarbeiter keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zu psychischen und sozialen Aspekten ihrer Gesundheitsprobleme haben und diese zunächst oft als ausschließlichen Ausdruck einer körperlichen Erkrankung ansehen, kommt es im ärztlichen Gespräch darauf an, das Krankheitsverständnis zu erweitern und damit die Bereitschaft zur Wahrnehmung psychosozialer Beratungsangebote oder ggf. fachspezifischer Behandlungsangebote zu fördern. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Betriebsarzt immer die Grenzen seiner Beratungsmöglichkeiten beachtet und seinen Klienten zum richtigen Zeitpunkt an die entsprechenden psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachdisziplinen oder Institutionen überweisen kann.

Im Umgang mit Mitarbeitern mit chronischen somatischen, psychosomatischen oder psychischen Erkrankungen fallen dem Betriebsarzt im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX auch wichtige Aufgaben bei der Steuerung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen zu. Die erfolgreiche Integration in den Arbeitsprozess erfordert dabei die Beeinflussung von Faktoren, die Chronifizierungsprozesse fördern und unterhalten.

Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten und soziale kollegiale Unterstützung sind die wichtigsten Ressourcen in der Bewältigung beruflicher psychosozialer Stressoren. Alle Maßnahmen, die ein Betrieb ergreift, um Arbeitsbedingungen und -abläufe gesundheitsförderlicher zu gestalten, kommen direkt oder indirekt immer auch psychisch beeinträchtigten Mitarbeitern zugute. Gesundheitsbezogene Präventionsmaßnahmen tragen zur wirksamen Entlastung bei. Ziele sind dabei

- Befähigung der Mitarbeiter zu gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen
- Gesundheitsbezogene Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Kooperation und Kommunikation unter allen Beteiligten in Fragen der Gesundheitsförderung
- Verankerung der Gesundheitsförderung in der Unternehmenskultur

Literatur:

- BKK Bundesverband / BApK e.V.: Psychisch krank im Job. Was tun? Praxishilfe, 2006
- H. Mecklenburg / J. Storck: Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation, Psychiatrie-Verlag, 2008
- Regierung von Mittelfranken: Menschen mit seelischer Behinderung im Arbeitsleben, 2003
- A. Weber / G. Hörmann: Psychosoziale Gesundheit im Beruf, Gentner Verlag, 2008
- D. Glomm / R. Jurkschat / M. Peschke / W. Schneider: Psychische Gesundheit im Betrieb, VDBW, 2008

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Uwe Gerecke · Ihmeplatz 6f · 30449 Hannover · E-Mail: betriebsarzt@enercity.de

Innovative Anbieterprojekte in der Region Hannover

Tagewerk e.V.

von Uwe Reichertz-Boers (2. Vorstand Tagewerk)

Der Verein Tagewerk e.V. wurde im Jahr 2006 von Mitgliedern verschiedener Anbieter im Jugend- und Erwachsenenbereich des Sozialpsychiatrischen Versorgungssystems der Region Hannover gegründet. Die Idee zur Gründung des Vereins entstand aus der langjährigen Erfahrung, dass Menschen mit besonders schwierigen Hintergrundproblematiken kaum eine Chance haben, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Beschäftigung zu finden. Gleichwohl wünschen sich diese Menschen jedoch oftmals eine sinnvolle Tätigkeit. Tagewerk e.V. möchte diesen Personenkreis durch geeignete Hilfsmaßnahmen – insbesondere durch Arbeit – unterstützen.

Das vorrangige Ziel ist es, den Menschen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in sozialer Verantwortung zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit einer Suchtmittelproblematik, psychisch Gesunde, sowie Menschen mit Mehrfachdiagnosen und Straffällige. Tagewerk e.V. will u. a. schwer vermittelbaren Arbeitslosen aus dem oben genannten Personenkreis Arbeit und soziale Unterstützung anbieten bzw. vermitteln, um dadurch deren Eingliederung in das Arbeits- und Sozialleben zu fördern. Die Idee von Tagewerk e.V. ist es, den o. g. Personenkreis in folgenden Punkten zu unterstützen:

- Entwicklung oder Wiedererlangung der eigenen Arbeitsfähigkeit mit dem Ziel eines Wiedereinstiegs ins Arbeitsleben oder sinnhafter Beschäftigung
- Sinnhafte Beschäftigung für Empfänger von Grundsicherung
- Arbeitsförderung, Tagesstrukturierung und Zuverdienstmöglichkeit des oben genannten Personenkreises mit Vernetzung an verschiedene Institutionen und Unternehmen des öffentlichen Lebens
- Linderung der schädigenden Einflüsse von Arbeitslosigkeit
- Integration von Menschen mit Migrationshintergrund und psychiatrischen Auffälligkeiten.

Diese Ziele werden durch sozialpädagogische und arbeitsanleiterische Betreuung verwirklicht. Durch sinnhafte Arbeit und arbeitsbegleitende Schulungsmaßnahmen sollen die Betreuten für die Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt vorbereitet werden.

Tagewerk e.V. widmet sich damit auch einem gesellschaftlichen Problem. Immer mehr Menschen mit unterschiedlichsten Problematiken oder Hintergrunderfahrungen bekommen keine Chance auf dem ersten Arbeitsmarkt. Durch die langjährige Arbeitslosigkeit fehlt ihnen dann häufig die Tagesstruktur und sinnhafte Beschäftigung, was wiederum die Suchtproblematik, die psychische Gesundheit, Selbstwertgefühl, Beziehungen etc. negativ beeinflusst.

Die Problematik gilt darüber hinaus insofern als besonders dringlich, als das es gerade bei oben genanntem Personenkreis ohne sinnvolle Tätigkeit häufiger zu Konflikten und Krisen, Krankheiten und Klinikaufhalten kommt. Damit sind nicht nur die einzelnen Personen belastet sondern auch die Gesellschaft durch entsprechend hohe Kosten.

Tagewerk e.V. möchte mit seiner Idee nachhaltige Lösungen entwickeln. Durch „des Tages Werk“ kann Sinn und Zufriedenheit gestiftet, individuelle Ressourcen gefördert und eine Tagesstruktur geschaffen werden. Diese Faktoren wirken stabilisierend und gesundheitsfördernd. Nicht zuletzt wird dadurch die Möglichkeit zur Teilhabe an der Gemeinschaft geboten.

Tagewerk e.V. hat zur Umsetzung seiner Aufgaben aktuell ein Gartengelände in Neustadt und eine ehemalige Gärtnerei in Langenhangen gepachtet. Darüber hinaus werden auch kleinere Umzüge, Renovierungs- und Reinigungsarbeiten von Tagewerk e.V. ausgeführt.

Folgende Personen arbeiten für Tagewerk e.V.:

- Empfänger von Grundsicherung mit psychischen Erkrankungen/Sucht im Zuverdienst
- Menschen, die ihre Sozialstunden als Gerichtsaufgabe ableisten
- Menschen mit Migrationshintergrund und psychiatrischen Auffälligkeiten
- ALG II-Empfänger, die langzeitarbeitslos sind
- ALG II-Empfänger mit Straffälligkeit, Sucht und anderen Hintergrunderfahrungen.

Das Arbeitsprojekt hat das Ziel, die verschiedenen Personengruppen miteinander wirken und werken zu lassen, um somit Integration, Toleranz und Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderung zu fördern.

Dieser Ansatz konnte bis jetzt erfolgreich umgesetzt werden. Natürliche Spannungen, Meinungsverschiedenheiten und persönliche Konflikte konnten individuell aufgegriffen und bearbeitet werden. Grundsätzlich besteht eine gute Arbeitsmotivation, sofern die TeilnehmerInnen in für sie passende Arbeitsbereiche vor Ort eingeteilt worden sind.

Einige Menschen haben durch die Arbeit wieder Tagesstruktur und Anteil am sozialen Miteinander erfahren und konnten sich dadurch deutlich stabilisieren.

Besonders die Arbeit im Garten scheint für viele TeilnehmerInnen dauerhaft eine sinnvolle Tätigkeit zu sein, da sie das Ergebnis ihres „Tages-Werk“ sehen und daraus für sich persönlich nicht nur das Gemüse, sondern auch Bestätigung und Selbstwert ernten können.

Tagewerk e.V. ist inzwischen ein anerkannter Träger des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover für soziale Integration und Wiedereingliederung ins Arbeitsleben für psychisch Kranke, Menschen mit Suchterkrankungen, Straffällige und Heranwachsende mit Auffälligkeiten.

Anschrift des Verfassers:

Uwe Reichertz-Boers · Tagewerk e.V · Königstr. 6 · 30175 Hannover

Berufliche Rehabilitation – Bericht über ein Kooperationsprojekt zwischen der Medizinischen Hochschule Hannover und dem JobCenter Region Hannover

von Barbara Wellmann (*Sozialpsychiatrischer Dienst in der Psychiatrischen Poliklinik der MHH*)

Ausgangssituation:

Die Teilnehmer des Projekts zur beruflichen Rehabilitation sind chronisch psychisch kranke Patienten, deren Erkrankung zu dauerhafter Arbeitslosigkeit geführt hatte. Für diese Patientengruppe zeigte sich in der Vergangenheit ein „typischer Verlauf“: Nach einem stationären Aufenthalt nahmen die Patienten an Angeboten der Arbeits- oder Ergotherapie teil. Hierdurch konnten sich die Betroffenen stabilisieren und wären in der Lage gewesen wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aufgrund der Arbeitsmarktlage, der langen Arbeitslosigkeit der nicht vorhandenen oder nicht vollständigen Ausbildung oder des Alters (über 50 Jahre) war eine Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt jedoch nicht möglich. Dies begünstigte häufig die Tendenz zu wiederholten akuten Krankheitsphasen.

Das SGB II und die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten:

Durch die im Rahmen der Hartz IV-Gesetzgebung erfolgte Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe sah der Sozialdienst die Chance Arbeitsplätze innerhalb der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zu schaffen. Erste Kontakte führten zu einer dauerhaften und konstruktiven Zusammenarbeit mit dem JobCenter Region Hannover mit dem Ziel Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung wieder in ihren erlernten oder einen angelernten Beruf zu vermitteln. Die Möglichkeit dazu bieten die Bestimmungen des § 16 Abs. 3 SGB II (Arbeitsgelegenheiten), die durch die in der Öffentlichkeit unter dem Begriff des „Ein-Euro-Jobs“ bekannt geworden sind.

Damit dieses Projekt in unserem Haus erfolgreich werden konnte, gab es am Anfang eine enge Zusammenarbeit mit dem Personalrat, der folgende gesetzlich verankerte Anforderungen stellte: Alle Teilnehmer des „Ein-Euro-Job-Projektes“ sind Patienten der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH. Die Arbeitsstellen müssen ergänzend und die Arbeit muss eine Leistung von öffentlichem Interesse sein. Hierdurch sollte verhindert werden, dass Arbeitsplätze systematisch durch „Ein-Euro-Stellen“ ersetzt werden.

Zu Beginn des Projektes gab es in den Abteilungen, in denen die neuen Arbeitsgelegenheiten geschaffen werden sollten, einige Berührungsängste gegenüber den Patienten und dem Wunsch dieser Patientengruppe zu helfen. Die Bedenken konnten durch persönliche Gespräche mit dem Sozialdienst der Klinik für Psychiatrie und den Patienten ausgeräumt werden.

Voraussetzungen für die Teilnahme am Projekt:

Voraussetzungen sind, dass die Patienten Arbeitslosengeld-II-Empfänger, langzeitarbeitslos und dauerhaft psychisch erkrankt sind. Durch diese Voraussetzungen ist eine Förderung durch das JobCenter Region Hannover von bis zu drei Jahren möglich. Die Patienten erhalten pro geleistete Stunde 1 € und eine Monatsfahrkarte (Entschädigung für Mehraufwendungen). Der Arbeitgeber wird mit jeweils 1 € pro geleistete Stunde honoriert. Halbjährlich erfolgt gegenüber dem Jobcenter Region Hannover eine Abrechnung und die Erstellung eines Entwicklungsberichts. Die Maßnahme muss jährlich schriftlich verlängert werden.

Der aktuelle Stand des Projektes:

In der MHH wurden bisher zehn „Ein-Euro-Stellen“ in unterschiedlichen Arbeitsbereichen und mit gestaffelter Arbeitszeit von 15, 20, 25 und 30 Wochenstunden geschaffen. Ein Patient arbeitet in der Bibliothek, drei Patienten arbeiten im Labortransport, zwei Patienten in der Poststelle, ein Patient in der Sterilabteilung und ein Patient im Kindergarten der Kinderklinik. Es sind sieben männliche Teilnehmer und eine weibliche Teilnehmerin.

Die Patienten wurden in berufs- bzw. ausbildungsnahen Gebieten und ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt.

Wie kommen die Patienten in das Projekt zur beruflichen Rehabilitation?

Die Patienten erhalten die Hinweise auf das Projekt in der Regel durch den Sozialdienst der Psychiatrischen Klinik. In einem ersten Gespräch mit dem Patienten wird über die Bedingungen der Projektteilnahme informiert, sowie über dessen Wünsche, Ängste und Vorstellungen gesprochen. Nach diesem Gespräch wird ein Fachgespräch zwischen dem Behandler und dem Sozialdienst geführt, um die Eindrücke weiter zu fundieren. Kommt es zu einem zweiten Termin mit den Patienten, müssen die Patienten einen Lebenslauf und ein Bewerbungsschreiben vorlegen. Es folgen gemeinsame Überlegungen, welche Arbeitsbereiche realistisch für die Betroffenen sein könnten. Anschließend versucht der Sozialdienst mit den in Frage kommenden Bereichsleitungen in der MHH ein Vorstellungsgespräch zu vereinbaren. Nach einem positiven Gespräch kommt es zu einem ein- bis zweiwöchigen Praktikum. Dieses Praktikum muss von dem jeweiligen persönlichen Ansprechpartner des zuständigen JobCenters schriftlich genehmigt werden. Nach erfolgreichem Praktikum unterschreibt der Patient einen Vertrag für „Ein-Euro-Kräfte“ der MHH, der eine Unfall- und Haftpflichtversicherung beinhaltet.

Beurteilung und Perspektiven:

Die ursprüngliche Einschätzung, dass diese Form der beruflichen Rehabilitation besonders für Abhängigkeitskranke geeignet sei, hat sich nicht bestätigt. Diagnostisch gesehen nehmen Patienten die an Schizophrenien, Zwangserkrankungen, Traumatisierungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden als auch Abhängigkeitskranke an dem Projekt teil. Es hat in den ersten zwei Jahren lediglich zwei Abbrüche gegeben. Außerdem erkrankte ein Patient in diesem Zeitraum erneut akut, konnte aber anschließend an seinen Arbeitsplatz zurückkehren, alle anderen sind psychisch stabil. An den Arbeitsplätzen werden die Patienten als vollwertige Mitarbeiter anerkannt und geschätzt und identifizieren sich in hohem Maß mit ihren Tätigkeiten.

Inzwischen hat der erste interne Arbeitgeber Interesse an der Schaffung eines regulären Arbeitsplatzes für einen der Teilnehmer formuliert und erste Verhandlungen konnten aufgenommen werden.

Derzeit wird das Projekt wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

Anschrift der Verfasserin:

Barbara Wellmann · Medizinische Hochschule Hannover · Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie · Carl-Neuberg-Str. 1 · 30623 Hannover · E-Mail: Wellmann.Barbara@mhhannover.de

Ein Zentrum für Betätigung, Rehabilitation und Arbeit

von Michael Sandau (*Vorstand beta 89*)

beta89 hat seit August 2008 sein Angebot im Bereich Zuverdienst und Betätigung für psychisch gesunde Menschen erweitert. Im Folgenden möchten wir Ihnen gerne vorstellen, welche Überlegungen uns bei diesem Aufbruch geleitet haben, was wir aktuell tun und wie unsere Zukunftsvision ist.

Bestandsaufnahme

Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ist äußerst unbefriedigend. Der Abschlussbericht des Projektes „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ (2004) stellt fest: maximal 10 % der Personengruppe der psychisch erkrankten Menschen sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig, ca. 20 % gehen einer Tätigkeit in einer WfbM nach, etwa 5 % nutzen Angebote der beruflichen Rehabilitation. Unter dem Druck verknappter finanzieller Ressourcen verschärfen die Leistungsträger die Anforderungen an gelungene Rehabilitationsprozesse. Die gelungene Rehabilitation ist nicht unbedingt das individuell Erreichbare und die Integration eines gesund erhaltenden Maßes an Beschäftigung in die Gesamtpersönlichkeit sondern nur die erfolgreiche Vermittlung einer möglichst vollschichtigen Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt. Das führt dazu, dass Menschen mit einer stärker herabgesetzten Erwerbsfähigkeit nur noch eingeschränkter Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation haben. Tagesstätten und Kontaktstellen, die ca. 15 % der Betroffenen aufsuchen, befriedigen in der Regel nicht den Wunsch der Menschen nach langfristiger, zufrieden stellender, Sinn- und Identitätsvermittelnder Beschäftigung. Die Werkstätten für behinderte Menschen zeigen sich oft unflexibel bei der Nutzung ihrer gesetzlichen Spielräume zur Beschäftigung von Menschen die sich nicht 8 Stunden täglich betätigen können oder wollen. So fallen Menschen mit seelischen Behinderungen, die im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Wünsche für einige Stunden oder Tage tätig werden möchten durch die Maschen der vorhandenen Angebote. Insgesamt kann man für die Region Hannover feststellen, dass Angebote im Bereich Zuverdienst und Betätigung erheblich unterrepräsentiert sind.

Angeichts dieser Situation und in diesem Spannungsfeld möchte beta89 Menschen die sich in Ihrem Wunsch nach sinnvollem Tun zwischen Tagesstätte, WfbM und allgemeinem Arbeitsmarkt definieren eine Möglichkeit zur Arbeit und Betätigung anbieten.

Dahin gehen wo die Arbeit ist...

beta89 steht, gerade mit seiner RPK, in der Tradition der Realitäts- und arbeitsweltnahen Rehabilitation. Dies ist für uns auch Leitgedanke bei der Konzeptionierung unseres Angebotes. Wir möchten den Arbeit oder Betätigung Suchenden dabei unterstützen eine seinen Fähigkeiten und Wünschen entsprechende Arbeits- oder Betätigungsmöglichkeit zu finden. Dabei gilt es sowohl Arbeits- und Betätigungsmöglichkeiten vorzuhalten als auch individuell zu akquirieren. Wir möchten unterscheiden zwischen Arbeit = Tätigkeit gegen Geld und Betätigung = individuell sinnstiftende Tätigkeit z. B. im Sinne von Gemeinwohlorientierung oder für die Selbstversorgung. Die Grundidee ist, die Menschen dort in Zuverdienst und Betätigung zu bringen wo sie leben oder wo das Zentrum verortet ist. Betätigung und der Zuverdienst werden dementsprechend möglichst Sozialraumbezogen im Sinne einer Vermittlungsagentur akquiriert. Die Akquise wird in Kooperation mit Kirchengemeinden, Altenpflege, Altenheim, Sozialstation, Kindergarten, Schule, Verbänden, Vereinen kurz den Akteuren im Stadtteil und den Anbietern sozialer Dienstleistungen in

der Stadt (z. B. FairKaufhaus, Altenhilfe etc.) organisiert werden. Wir sind davon überzeugt, dass sich durch gute Vernetzung und Kommunikation innerhalb des Stadtteils ein erhebliches Potential an Zuverdienst und Betätigung ergeben wird; vom Einkaufsservice für ältere Bürger, Wäsche bügeln, Grundstückspflege, Kuchencatering, Aufbauhilfe beim Vereinsfest... **„wir erfinden Arbeit!“**. Neben der individuellen Platzierung werden wir auch weiterhin Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen vorhalten, die sich den Schritt in die Gemeinde nicht oder noch nicht vorstellen können. So gibt es die Möglichkeit neben den von beta89 bekannten Bereichen Gastronomie, Service, Raumpflege nun auch in Gartenpflege, Versand/Verpackung und Backservice tätig zu werden. Zur Umsetzung dieser ehrgeizigen Ziele haben wir ab August 2008 eine Koordinationsstelle für Arbeits- und Beschäftigungsakquisition geschaffen.

Seit dem 01.08.2008 hat in der Rotermundstr. 27 der Vorlauf quasi in Gestalt eines Zentrums light begonnen. Im selben Haus, das auch das ambulant betreute Wohnen beherbergt, befinden sich nun im Erdgeschoss unser Vermittlungsbüro, eine Zweigstelle der ergotherapeutischen Ambulanz der KfPP und Arbeitsräume unserer Dienstleistung Verpackung und Versand.

An Zuverdienst oder Betätigung interessierte psychisch gesundende Menschen können dort telefonisch oder persönlich Kontakt mit der Koordinatorin aufnehmen. Es schließt sich an diese erste Kontaktaufnahme ein Gespräch an, das die individuellen Wünsche an eine zukünftige Betätigung oder Arbeit zum Thema hat. Gemeinsam wird geklärt, welche Kenntnisse und Fähigkeiten des Interessenten zu einer Betätigung oder Arbeit führen könnten, welche Vorerfahrungen es gibt und welche Fähigkeiten und Kenntnisse ggf. noch erworben werden müssen, bevor es zu einer erfolgreichen Arbeit oder Betätigung kommen kann. Ebenso wird eruiert, ob eine Vermittlung in die Gemeinde gewünscht wird und möglich erscheint oder eine Tätigkeit in den vorhandenen Zuverdienstplätzen das Ziel ist. Bei einem gemeinsam festgestellten Vorbereitungsbedarf auf eine Zuverdienstarbeit oder Betätigung wird überlegt, ob dieser Schritt durch interne oder externe Praktika erfolgen soll oder ob es einen Bedarf an ambulanter Ergotherapie z. B zur Verbesserung der Belastungsfähigkeit und Ausdauer oder zur Verbesserung sozio-emotionaler Kompetenzen gibt. Der abschließende Schritt soll dann eine Vermittlung in Zuverdienst oder Betätigung durch die Koordinatorin bzw. die Begleitung bei der Suche des Interessierten nach einer Zuverdienst- oder Betätigungsmöglichkeit sein.

Ausgehend vom Gedanken, dass nur ein belebter Ort auch ein Ort für Arbeit und Betätigung werden kann, ist unsere Zukunftsvision ein räumliches Zentrum, in dem die Vereinstelle betreutes Wohnen, Tagesstätte und Kontaktstelle zusammengefasst werden. Es wird weiter eine Kooperation mit der ergotherapeutischen Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie geben. Alle Kooperationspartner des Zentrums werden vernetzt an der Implementierung von Arbeit und Betätigung in die unterschiedlichen Angebotsformen arbeiten und durchlässig in Bezug auf ihre Arbeits- und Betätigungsorientierten Angebote sein.

Wir planen dort dann einen offenen zentralen Treffpunkt mit einem Café, der gleichzeitig Kontaktstellenfunktion hat und Jobbörse ist.

Interessenten an Betätigung und Zuverdienst können sich im Zentrum für Betätigung, Rehabilitation und Arbeit melden, bei beta89, Frau Lohöfener, Rotermundstr. 27, 30165 Hannover, Tel. 0511/700 300 20.

Anschrift des Verfassers

Michael Sandau · beta89 · Calenberger Str. 34 · 30169 Hannover

Regionale Psychiatrieberichterstattung

Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2007

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe Dokumentation*)

Einführende Bemerkungen

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) der Region Hannover hat seit 1998 schrittweise eine regionale Psychiatrieberichterstattung aufgebaut. Sie basiert auf den statistischen Jahresberichten der Einrichtungsträger, die sich am SpV beteiligen. Konzept und bisherige Ergebnisse dieser Bemühungen sind im erstmals für 2000 erstellten und jährlich fortgeschriebenen Sozialpsychiatrischen Plan (SpP) der Region Hannover nachzulesen. Eine ausführliche Darstellung der bisherigen Entwicklung mit der Konzeption und den Auswertungsergebnissen für die Jahre 2001, 2004 und 2006 findet sich auch in einem Beitrag für das Jahrbuch 2008 „Psychiatrie in Niedersachsen“⁷.

Die automatisch erstellten Auswertungstabellen mit allen berechneten Kennzahlen seit 2001 stehen den Einrichtungsträgern, Verbundgremien und anderen Interessenten im Internet zur Verfügung. Sie sind – ebenso wie die einzelnen SpP – über die Homepage des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover (www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de) erreichbar. Angezeigt werden nach Öffnung der entsprechenden MS-Access-Datenbank über den eigenen PC die entsprechenden Auswertungstabellen über die Code-Nummer des jeweiligen Einrichtungsträgers. Für die Gremien des Verbundes sind die jeweils relevanten Ergebnisse zu finden unter der Nummer des Versorgungssektors (für die Sektor-Arbeitsgemeinschaften) bzw. der Nummer der Fachgruppe des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG). Eine gesonderte Zusammenfassung unter regionalen Gesichtspunkten gibt es für den AKG.

Das Datenblatt A ist seit 1998 in Gebrauch, das Datenblatt B seit 1999 und das Datenblatt C seit 2001. Es fällt vielen Einrichtungsträgern immer noch schwer, wenigstens die Datenblätter A und B bis Ende März des Folgejahres der Geschäftsstelle des Verbundes zuzusenden. Durch hartnäckiges Nachfassen konnten für die Berichtsjahre 2001, 2004 und 2006 einigermaßen vollständige, auf den neuesten Stand gebrachte Datensätze erhoben und ausgewertet werden. Vor allem ambulante Hilfsangebote beteiligen sich bisher an der anonymisierten Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C.

Exkurs: Hannover im Vergleich der deutschen Großstädte

Die Region Hannover ist in Niedersachsen der einzige großstädtische Ballungsraum, Vergleiche mit den anderen Kommunen des Bundeslandes sind im Hinblick auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen daher nur bedingt aussagekräftig. Denn gerade schwer und chronisch psychisch kranke Menschen leben vermehrt in Großstädten und benötigen oft intensivere Hilfen. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihrem Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ aus dem Jahre 2007 12 Ballungsräume genannt, zu denen auch die Region Hannover zählt. Die dort für das Berichtsjahr 2005 erstmals zusammengetragenen Daten zum Versorgungsangebot für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen ermöglichen einen ersten Vergleich, auch wenn wohl noch nicht alle Angaben

⁷ Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997 - 2007. In: Elgeti H (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag

korrekt sind. So wurden bei der Angebotsform „Werkstätten“ in der Region Hannover nur 140 Plätze im Arbeitsbereich der WfbM Vahrenheider Werkstatt gezählt, während im SpP der Region für das Berichtsjahr 2004 insgesamt 283 Plätze registriert wurden. Neben einem Vergleich der Region Hannover (H) mit den benachbarten Großstädten Bremen (HB), Hamburg (HH) und Berlin (B) wird hier auch der Durchschnitt aller 12 Ballungsräume mit angegeben (Tabelle 1).

Tabelle 1: Psychiatrische Versorgung in großstädtischen Ballungsräumen 2005

	alle 12 Großstädte	H	HB	HH	B
Einwohner (Tsd.)	12.168	1.128	547	1.744	3.397
Fläche (qkm)	6475	2291	325	755	892
Siedlungsdichte (Einw./ha)	18,8	4,9	16,8	23,1	38,1
Plätze Kliniken Erw.-Psychiatrie	10558	1022	586	1671	2548
davon Anteil Tagesklinik	21%	15%	26%	22%	21%
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	87	91	107	96	75
Plätze Kliniken KJP	1161	118	47	133	270
davon Anteil Tagesklinik	33%	17%	17%	26%	46%
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	9,5	10,5	8,6	7,6	7,9
Plätze Kliniken Psychosomatik	894	44	34	99	182
davon Anteil Tagesklinik	18%	0%	0%	28%	14%
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	7,3	3,9	6,2	5,7	5,4
Wohnheimplätze (ohne NRW)	5397	1356	365	1123	373
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	74	120	67	64	11
Plätze im abW (ohne NRW)	8868	862	675	901	3391
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	43	76	123	52	100
Plätze in Tagesstätten (ohne SB)	1558	134	140	20	773
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	11	12	26	1	23
Plätze in Pflegeheimen	85299	11103	4860	15799	29450
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	852	984	888	906	867
Werkstattplätze (WfbM)	3234	140	468	150	1195
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	27	12	86	9	35
Plätze in RPK-Einrichtungen	226	63	0	40	0
Platzziffer pro 100.000 Einwohner	1,9	5,6	0	2,3	0

Datenquelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007)⁸

Die Region Hannover hat durch den Einbezug des ehemaligen Landkreises Hannover rund um die Landeshauptstadt bei weitem die größte Fläche unter den 12 untersuchten deutschen Ballungsräumen. Bei der Bevölkerungszahl rangiert sie nach Berlin, Hamburg und Stuttgart an vierter Stelle, ihre Siedlungsdichte ist deutlich niedriger als die aller Vergleichsstädte, wobei die Stadt Hannover allein mit 25,3 Einwohnern pro Hektar über dem Durchschnitt liegt.

Ein Vergleich der regionalen Platzziffern zwischen Hannover, Bremen, Hamburg und Berlin bei den klinischen Angeboten offenbart den niedrigen Anteil von Tagesklinikplätzen in der Region Hannover. Hier hat es in den Jahren nach 2005 allerdings einen Zuwachs gegeben. Das klinische Angebot ist in der Kinder-Jugend-Psychiatrie relativ gut ausgebaut, in der Psychosomatik

⁸ Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven (2007).
www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf

dagegen nicht so. Besonders ins Auge springt einem die hohe Dichte an Wohnheimplätzen in der Region Hannover. Das völlig ungenügende Platzangebot in Berlin weist allerdings auch darauf hin, dass – nicht nur aus Berlin – auch häufig wohnortferne Verlegungen erfolgen, die andernorts – nicht nur in der Region Hannover – Heimplätze belegen und Erweiterungen begründen. Das Angebot ambulant betreuten Wohnens ist in den norddeutschen Ballungsräumen vergleichsweise gut ausgebaut, wobei Hannover zumindest im Jahre 2005 noch deutlich hinter Bremen und Berlin platziert ist. Recht gut entwickelt ist die Region Hannover beim Platzangebot von Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker (RPK), auch wenn der sicherlich noch größere Bedarf wohl damit nicht gedeckt ist.

Ergebnisse zu den Angaben auf dem Datenblatt C

In der Tabelle 2 ist die Beteiligung der Hilfsangebote in der Region Hannover an der anonymisierten patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C) für die Berichtsjahre 2001 bis 2007 nach Angebotsformen (AF) aufgeführt. Das Datenblatt C wird bisher nur von den Hilfsangeboten der AF 10, 13, 16 und 23 so umfassend genutzt, dass eine vergleichende Auswertung der diesbezüglichen Ergebnisse sinnvoll erscheint. Doch selbst hier sind Einschränkungen zu beachten. Für das Berichtsjahr 2007 waren in der AF 10 zwar alle elf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) beteiligt, von den insgesamt neun Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wie in den Vorjahren aber nur diejenige in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH. Bei den Suchtberatungsstellen (Sucht-BS, AF 16) waren es ebenfalls wie im Vorjahr fünf von 13 registrierten Hilfsangeboten, beim ambulant betreuten Wohnen (abW; AF 13) sieben (Vorjahr: elf) von 23, bei den Tagesstätten (TS; AF 23) drei von neun (Vorjahr: vier von zehn).

Tabelle 2: Anzahl Datenblätter C nach Angebotsform für die Jahre 2001 bis 2007*

Angebotsform	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
10 Sozialpsychiatr. Dienst / PIA	1085	929	2907	3727	5346	6214	6927
13 ambulant betreutes Wohnen	197	447	504	632	645	795	730
15 ambulante Hilfen zur Arbeit					21	25	27
16 Sucht-Beratungsstellen	604	815	879	987	671	784	1024
18 amb. gerontopsychiatr. Hilfen					24	28	74
19 sonstige ambulante Hilfen	80	1		4	42	1	
23 Tagesstätten (§ 53 SGB XII)	113	98	65	91	65	100	81
24 Werkstätten (WfbM)					178		
33 Wohnheime (§ 53 SGB XII)	92	160	50	88	65	54	22
37 Wohnheime (KJHG)	48	50	44	53	52	59	57
Summe Datenblätter C	2219	2500	4449	5582	7109	8248	8942

*) ohne jeweils drei „Fehlläufer“ in den Berichtsjahren 2002 und 2003

Geschlechts- und Altersverteilung, rechtliche Betreuungen (K9-K13)

Trotz der genannten Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse zu den betreuten Patientengruppen dieser vier Angebotsformen (Tabelle 3). Bei den Nutzern der drei ambulanten AF ist ein im Verlauf der Jahre eher weiter zunehmendes Übergewicht männlicher Patienten (K9) zu beobachten. Für die AF 16 (Sucht-BS) ist das bei den vorwiegend männlichen Suchtkranken keine Überraschung. Bei der AF 13 (abW) muss der steigende Anteil der häufig (auch) suchtkranken Nutzer des Anbieters SuPA GmbH bei den abgegebenen Datenblättern C in

Rechnung gestellt werden. Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten überwiegen bekanntermaßen immer deutlich die Frauen, die bekanntermaßen im Durchschnitt viel besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben und die empfohlenen Therapien durchzuhalten. Der hohe Männeranteil spricht also dafür, dass die erwähnten Angebote durchaus stärker gefährdete Zielgruppen erreichen

Die Ergebnisse zur Altersverteilung (K10-K12) zeigen, dass der Altersdurchschnitt der Patienten im Fünfjahresverlauf tendenziell überall ansteigt, am stärksten beim Sozialpsychiatrischen Dienst, weniger beim ambulant betreuten Wohnen und kaum bei den Suchtberatungsstellen. Die Tagesstätten betreuen zwar keine Minderjährigen, überwiegend jüngere und praktisch keine Klienten über 65 Jahre, aber auch hier steigt der Altersdurchschnitt an, sichtbar am sinkenden Anteil von Klienten unter 45 Jahren. Angesichts des allgemeinen demographischen Wandels auch in der Region Hannover werden die Leistungserbringer in Zukunft verstärkt Betreuungsformen entwickeln müssen, die dem Bedarf psychisch kranker alter Menschen angepasst sind.

Der Anteil von rechtlich betreuten Personen (K13) liegt im Sozialpsychiatrischen Dienst, der in den letzten Jahren konstant rund 40% aller Datenblätter C lieferte, inzwischen bei knapp 40%, im ambulant betreuten Wohnen bei über 50%. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer Angebotsform (siehe dazu die Tabellen 5 und 6 weiter unten) lassen vermuten, dass es da und dort Alternativen ohne eine rechtliche Betreuung geben könnte. Bei den Nutzern der Suchtberatungsstellen spielt eine juristische Flankierung keine nennenswerte Rolle, für die Klienten von Tagesstätten ergeben sich uneinheitliche Werte.

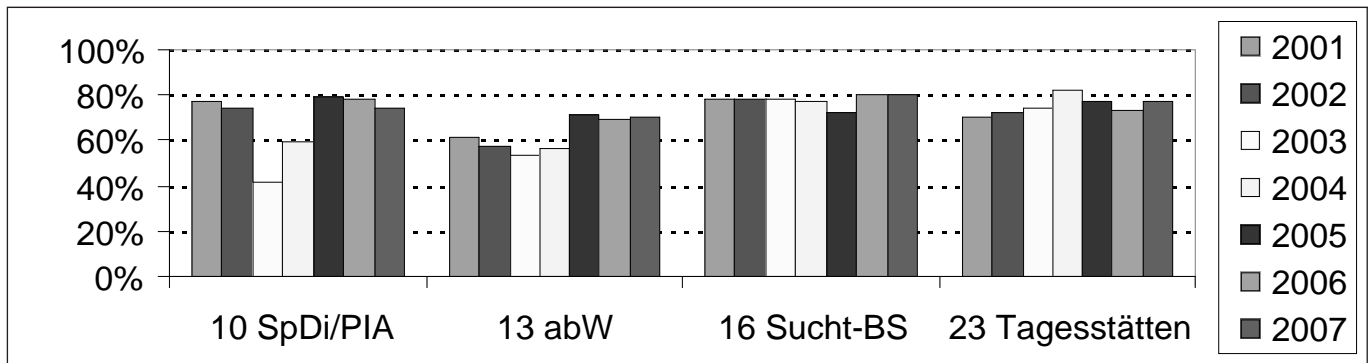
Tabelle 3: einige Merkmale der Patienten ambulanter Hilfsangebote (K9-K13)

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 18 Jahre (K10)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 Jahre (K12)	gesetzlich betreute Patienten (K13)
SpDi / PIA (AF10)	2001	1085	47,6%	0%	52,4%	13,0%	26,8%
	2004	3727	49,1%	0,3%	47,7%	16,1%	36,8%
	2006	6214	52,6%	0,1%	47,1%	15,9%	38,5%
	2007	6927	52,7%	0,1%	48,5%	15,2%	38,8%
abW (AF 13)	2001	197	55,3%	0%	59,9%	3,6%	46,2%
	2004	632	61,9%	0%	54,6%	4,0%	50,4%
	2006	795	61,6%	0%	56,5%	5,7%	56,5%
	2007	730	64,5%	0%	54,2%	4,8%	52,4%
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	59,7%	0,2%	53,0%	3,6%	0,8%
	2004	987	63,6%	0,6%	54,1%	3,3%	1,5%
	2006	784	66,2%	0,5%	51,0%	4,6%	1,0%
	2007	1024	64,3%	0,8%	47,1%	6,8%	0,9%
Tages-stätten (AF 23)	2001	113	48,4%	0%	81,1%	0%	35,6%
	2004	91	46,4%	0%	80,4%	0%	58,9%
	2006	100	43,0%	0%	62,0%	1,0%	40,4%
	2007	81	45,7%	0%	53,8%	0%	45,0%

Psychosoziales Risiko (K14)

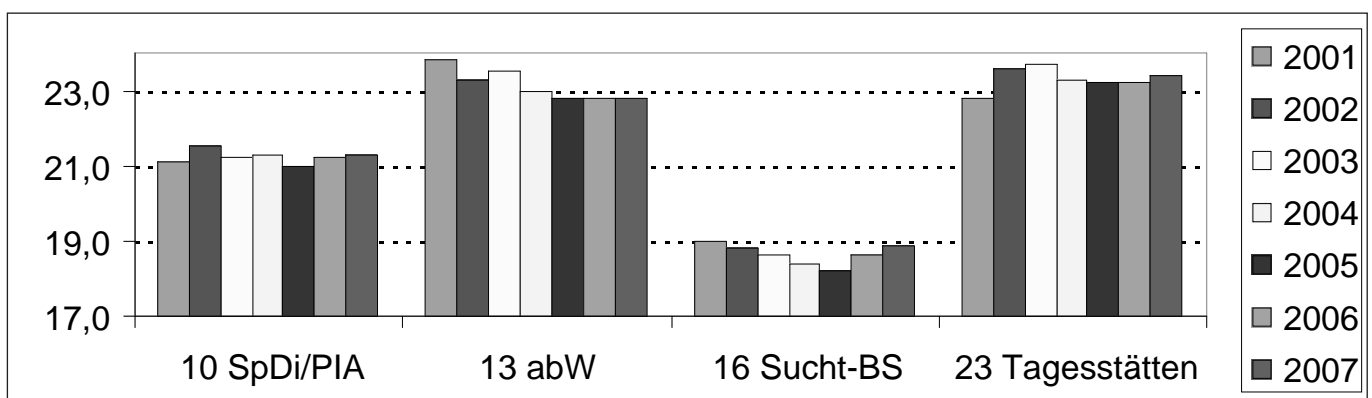
Längst nicht bei allen Datenblättern C konnte bisher das psychosoziale Risiko ermittelt werden (Abbildung 1). Immerhin hat sich der Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore bei den Angebotsformen 10 und 13 in den letzten Berichtsjahren dem Standard bei den Angebotsformen 16 und 23 angenähert, wo er schon seit 2001 zwischen 70% und 80% liegt.

Abbildung 1: Anteil Datenblätter C mit berechenbarem psychosozialem Risiko



Die Durchschnittswerte des psychosozialen Risikoscores in den vier genannten Angebotsformen veranschaulichen die großen Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen. Bei den Suchtberatungsstellen (AF 16) und den Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) kam es von 2001 bis 2005 zu einem leichten Absinken des Durchschnittswertes, der sich danach jedoch nicht weiter fortsetzte (Abbildung 2). Die Klienten von ambulanten (AF 13) und teilstationären (AF 23) Eingliederungshilfen weisen ein vergleichbar hohes durchschnittliches psychosoziales Risiko auf, das deutlich über demjenigen im Sozialpsychiatrischen Dienst oder gar in den Suchtberatungsstellen liegt. Dies spricht dafür, dass diese Angebote im Großen und Ganzen tatsächlich diejenigen Menschen betreuen, für die sie gedacht sind.

Abbildung 2: durchschnittliches Psychosoziales Risiko der betreuten Patienten (K14)



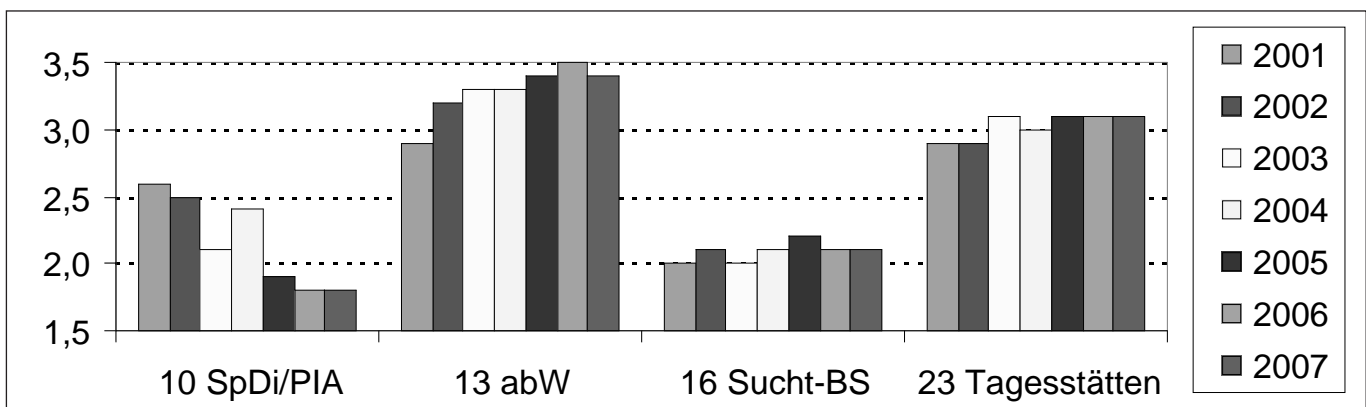
Betreuungskontinuität (K15)

Die Betreuungskontinuität gibt Auskunft über die Gesamtdauer der Betreuung im Berichtsjahr in dem Hilfsangebot, für das ein entsprechendes Datenblatt C ausgefüllt wurde. Bei den tagesklinischen und vollstationären Hilfsangeboten psychiatrischer oder psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere

Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. Kliniken haben sich bisher allerdings durchweg nicht an der Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt.

Bei allen anderen Angebotsformen wird zur Berechnung der Betreuungskontinuität die Anzahl der Quartale erfragt, in denen der Patient im Berichtsjahr im Hilfsangebot betreut wurde. Beim ambulant betreuten Wohnen kam es von 2001 bis 2006 zu einem Anstieg der durchschnittlichen Betreuungskontinuität, was angesichts des hohen psychosozialen Risikos der Patienten sicherlich zu begrüßen ist (Abbildung 3). Die inzwischen sehr geringe Betreuungskontinuität bei den Sozialpsychiatrischen Diensten ist darauf zurück zu führen, dass es hier zu einer Schwerpunktverlagerung von längerfristigen Betreuungen zu kurzen Kontakten im Rahmen von Kriseninterventionen, Hilfeplanverfahren und Begutachtungen gekommen ist.

Abbildung 3: Betreuungskontinuität bei den Hilfsangeboten (K15)



Spezielle Auswertungen

Daten zur Zielvereinbarung für psychosekranke Männer unter 25 Jahren

Anfang 2007 beschloss der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie eine regionale Zielvereinbarung zur Verbesserung der Betreuungskontinuität bei jungen psychosekranken Männern. Hat ein psychosekranker Mann unter 25 Jahren eine notwendig erscheinende psychiatrische Behandlung oder Betreuung ohne Anschlussperspektive abgebrochen, soll der SpDi gemäß NPsychKG davon informiert werden. Solch ein Mensch hat nämlich in den ersten Krankheitsjahren ein besonders hohes Risiko für Therapieabbrüche und Suizidhandlungen. Im weiteren Verlauf gerät er leicht in soziale Isolation, wird obdachlos und muss dann oft langfristig in einem Heim betreut werden. Die jeweils zuständige Beratungsstelle des SpDi versucht aufgrund entsprechender Information dann, mit ihm mindestens einmal pro Jahr in Kontakt zu kommen, für ihn und seine Angehörigen auch langfristig ansprechbar zu bleiben. Parallel wird es darauf ankommen, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. Spezielle Auswertungen des Datenblattes C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.

Im Berichtsjahr 2007 stammten 6927 der 8942 abgegebenen Datenblättern C von Hilfsangeboten der Angebotsform 10 (SpDi/PIA), das ist ein Anteil von 77% (Vorjahr: 76%); bei den psychosekranken Männern unter 25 Jahren waren es 81 von 92 (88%; Vorjahr: 78%). In der Gesamtgruppe

psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem Datenblatt C dokumentiert wurde, sind nur 3% Männer unter 25 Jahren (Tabelle 4). Ihr psychosozialer Risikoscore (K14) liegt nach den Auswertungen der letzten Jahre nicht durchgehend über dem der Gesamtgruppe. Wohl aber ist bei den psychosekranken jungen Männern durchgehend die nicht-klinische Betreuungskontinuität (K15; angegeben in Quartalen pro Jahr) relativ geringer und der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr höher. Ziel der regionalen Zielvereinbarung ist es, mehr Personen dieser Zielgruppe zu erreichen und sowohl ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität als auch den Anteil von klinisch behandelten Patienten an die Werte der Gesamtgruppe anzugleichen.

Tabelle 4: einige Merkmale psychosekranker Männer unter 25 Jahren 2002 - 2007

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychosekranke Männer <25 Jahre					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
DB C	917	1458	1728	2416	2663	2696	6%	5%	5%	4%	4%	3%
K14	23,3	22,8	22,8	22,4	22,5	22,5	23,6	23,3	22,8	22,7	22,6	22,2
K15	3,1	2,7	3,1	2,4	2,3	2,2	2,6	2,0	2,6	2,1	2,0	1,9
Klinik	38%	37%	35%	32%	26%	22%	75%	56%	59%	49%	37%	33%

Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) gemäß NPsychKG werden in der Region Hannover hauptsächlich vom Team Gemeindepyschiatrie des Fachbereichs Gesundheit der Region Hannover wahrgenommen. Dazu existieren neben der Leitung mit Geschäftsstelle des SpV und Fachsteuerung Hilfeforenzen (Zentrale; 39.00) insgesamt neun dezentrale Beratungsstellen (BS1-5 und BS 7-10) in den Sektoren. Eine weitere Beratungsstelle gibt es für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die sich als einzige BS der Region bisher nicht an der patientenbezogenen Dokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt.

Bei den Patienten der Zentrale des SpDi (39.00) handelt es sich ganz überwiegend um seelisch behinderte Menschen mit einem Bedarf an Eingliederungshilfen, die im Rahmen von Hilfeplanverfahren gesehen wurden. Dies erklärt den geringen Anteil alter Menschen (K12), die Häufigkeit rechtlicher Betreuungen (K13) und das hohe psychosoziale Risiko (K14) bei diesen Patienten. Die Patientengruppen der dezentralen Beratungsstellen zeigen bei einzelnen Merkmalen einige Unterschiede, die wohl eher mit den Arbeitsweisen der Teams als den Besonderheiten der Sozialstruktur der Einzugsgebiete zusammenhängen (Tabelle 5).

Für die Sektoren 6 und 11 sind die Aufgaben eines SpDi gemäß NPsychKG bereits 1980 den beiden psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übertragen worden. Sie werden dort gemeinsam mit den Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V wahrgenommen. Nach der Vereinigung der beiden psychiatrischen Abteilungen der MHH im Oktober 2007 haben sich die Code-Nummern der Hilfsangebote der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List geändert. Von den dort lokalisierten, dem Sektor 6 zugeordneten Angeboten führt die BS MHH-List als SpDi vor allem Kriseninterventionen und Begutachtungen bei neuen Patienten durch; diese werden bei längerem Behandlungsbedarf dann in die dortige PIA MHH-List übernommen. Die BS MHH-Campus, zuständig für den Sektor 11, hat sich

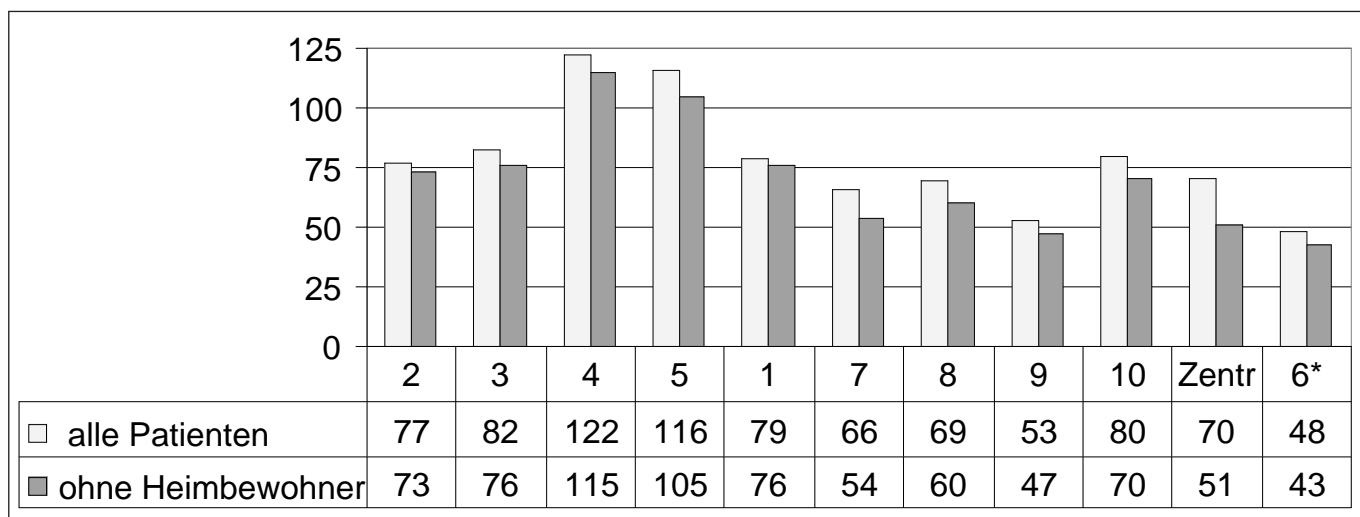
2006 erstmals an der Berichterstattung beteiligt. Die immer noch kleine Zahl von 42 abgegebenen Datenblättern C für das Berichtsjahr 2007 (Vorjahr: 26) dürfte noch nicht den tatsächlichen Umfang der dort geleisteten Hilfen widerspiegeln. Für beide BS der MHH folgen aus den geschilderten Umständen relativ niedrige Durchschnittswerte bei der Patientenzahl, dem psychosozialen Risiko (K14) und der Betreuungsdauer.

Tabelle 5: Merkmale der Nutzer ambulant-aufsuchender Dienste (AF 10) 2007

Code	Kurzbezeichnung	Anzahl DB C	Männer K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
27.05	PIA KfPP I Lgh.	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
27.06	PIA KfPP II Königstr.							
28.08	PIA KW Sehne-Ilten							
28.09	PIA KW Hannover							
31.02	BS 11 MHH-Campus	42	29%	36%	17%	14%	18,6	1,8
31.03	PIA MHH-Campus	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
31.10	BS 6 MHH-List	240	44%	55%	11%	30%	19,0	1,3
31.11	PIA MHH-List	489	43%	46%	15%	29%	20,9	3,1
35.07	PIA NLK Allg. Psy.	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
35.11	PIA NLK Suchtkr.							
35.13	PIA NLK Forensik							
39.00	SpDi Zentrale	650	57%	62%	5%	59%	23,1	1,5
39.01	BS 2 Freytagstr.	603	47%	44%	18%	31%	21,6	1,8
39.02	BS 3 Plauener Str.	345	52%	42%	19%	36%	21,2	1,9
39.03	BS 4 Deisterstr.	814	56%	56%	9%	42%	21,5	1,8
39.04	BS 5 Königstr.	776	51%	54%	12%	37%	21,5	1,8
39.05	BS 1 Ronnenberg	681	53%	45%	23%	28%	20,0	1,9
39.06	BS 7 Burgdorf	575	56%	42%	19%	43%	22,0	1,6
39.07	BS 8 Neustadt	725	58%	46%	15%	39%	21,3	1,5
39.08	BS 9 Laatzen	398	57%	42%	17%	46%	21,5	1,9
39.10	BS 10 Langenhagen	589	54%	39%	21%	41%	20,9	1,9

Für das Berichtsjahr 2007 wurden die wohl weitgehend vollständig dokumentierten Patienten der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit den dort eingesetzten Personalressourcen in Beziehung gesetzt. Unter Berücksichtigung der Betreuungsdauer im Jahr lässt sich so die durchschnittliche Fallzahlbelastung im Quartal pro eingesetzte Vollzeit-Fachkraft berechnen (Abbildung 4). Zum Vergleich mit aufgeführt ist der Wert für die Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH (Sektor 6), wobei hier SpDi- und PIA-Funktion zusammen gezählt sind.

Abbildung 4: Fallzahl pro Quartal und Vollzeit-Fachkraft nach Beratungsstelle 2007



*) Im Sektor 6 unter Einschluss von Patienten und Personal der PIA

Wenn die Datenblätter C von Heimbewohnern, für die der Betreuungsaufwand in der Regel geringer ist, aus der Berechnung heraus genommen werden, ergeben sich etwas andere Verhältnisse. Die Fallzahlbelastung liegt bei beiden Varianten in den innerstädtischen Beratungsstellen Deisterstraße (4) und Königstraße (5) ungefähr doppelt so hoch wie in den Umland-Beratungsstellen Burgdorf (7), Neustadt (8) und Laatzen (9). Welche Rolle spielen die längeren Anfahrtswege im Umland bei aufsuchender Betreuung? Stellen sich Hilfesuchende in der Innenstadt Hannovers häufiger direkt und persönlich in der Beratungsstelle vor? Wurden in einzelnen Beratungsstellen die tatsächlich erfolgten Betreuungen vielleicht doch noch nicht vollständig mit einem Datenblatt C dokumentiert? Gibt es noch andere Gründe?

In seinem einleitenden Beitrag zu dieser Broschüre kommentiert Herr Dr. Sueße als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes diese erstmals so ausgewerteten Daten. Es wäre wünschenswert, sie könnten eine konstruktive Diskussion der an der Betreuungsarbeit beteiligten Fachleute unterstützen. Dabei geht es um qualitativ möglichst gute und bedarfsgerechte Hilfeleistungen, aber auch um geeignete Rahmenbedingungen und Ressourcen für diese schwierige Arbeit. Natürlich ist es schwieriger, viele Patienten in vorgegebener Zeit gleichermaßen gut zu betreuen als wenige. Aber es muss klar sein, dass die hier dargestellten Ergebnisse für sich genommen keinerlei Auskunft darüber geben, wo wie fleißig und gut gearbeitet wird.

Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

Tabelle 6: Hilfsangebote und ihre Nutzer im Ambulant betreuten Wohnen 2007

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
			Männer	<45 J	≥65 J	BtG	psR	Kont
04.04	AWO	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
07.02	beta 89	185	49%	65%	3%	49%	22,7	3,4
13.01	Wedemark	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
15.03	Ex&Job							
16.01	FIPS	46	59%	50%	2%	41%	23,8	3,8

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
			Männer	<45 J	≥65 J	BtG	psR	Kont
17.00	Pro Casa	40	63%	53%	3%	68%	21,7	3,7
18.04	PfIH Am Seelberg	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
20.02	Hann. Werkstätten							
21.00	Wohnnetzassistenz	9	44%	89%	0%	67%	23,0	3,8
28.20	Klinikum Wahrendorff	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
30.00	Landwehrpark							
36.04	PfIH Wilkening							
43.02	Verein z. F. s. Beh.							
44.00	Verein z. F. soz. Bez.							
50.00	SuPA GmbH	390	74%	51%	6%	52%	22,7	3,5
51.00	Perspektiven GbR	44	61%	30%	11%	81%	?	2,8
52.00	Heuberg GmbH	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
53.00	Betr.-Praxis S.-S.	16	63%	63%	0%	31%	22,7	2,8
55.00	Kompass	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
56.00	Werte e.V.							
59.00	AHMB							
61.01	Balance Garbsen							
61.02	Balance Springe							
61.03	Balance Hannover							

22 Einrichtungsträger hielten im Jahre 2007 insgesamt 24 Angebote im ambulant betreuten Wohnen vor, nur sieben (Vorjahr: elf) von ihnen beteiligten sich an der Datenerhebung mit dem Datenblatt C (Tabelle 6). Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung ihrer Nutzer. Bemerkenswert sind die Unterschiede beim Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13), die sich nicht gleichsinnig mit der Höhe des durchschnittlichen psychosozialen Risikos (K14) verhalten. Zur Klärung dieser Differenzen wäre ein Austausch unter den Mitarbeitern der Angebote in der Fachgruppe „soziale Eingliederung“ hilfreich. Von den 44 Patienten des Anbieters Perspektiven GmbH ließ sich übrigens der psychosoziale Risikoscore in keinem Fall berechnen.

In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im ambulant betreuten Wohnen verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen auf den im Hilfeplanverfahren festgestellten Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung so dass lange Wartezeiten vermieden werden. Die in den Berichtsjahren 2001 bis 2005 bei ständig steigenden Fallzahlen beobachtete leichte Abnahme des Anteils von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (Scorewerte von 26-32) hat sich in den beiden Folgejahren nicht weiter fortgesetzt (Tabelle 7). Die Betreuungskontinuität nahm im Jahr 2007 erstmals mit steigendem psychosozialen Risiko ab; wünschenswert wäre sicherlich umgekehrt eine größere Kontinuität bei Patienten mit höherem Risikoscore, wie es die Auswertung für das Berichtsjahr 2004 ergab.

Risikoscore	Anzahl	Verteilung psychosoziales Risiko				Betreuungskontinuität (Quartale)			
		7-13	14-19	20-25	26-32	7-13	14-19	20-25	26-32
2001	197		6%	67%	28%		2,4	3,2	2,8
2002	415		10%	69%	22%		3,3	3,4	3,4
2003	504		9%	69%	22%		2,8	3,4	3,4
2004	632		10%	73%	18%		3,1	3,4	3,5
2005	645		14%	73%	13%		3,3	3,5	3,3
2006	795		14%	69%	17%		3,4	3,5	3,5
2007	728		8%	75%	14%		3,7	3,5	3,4

Tabelle 7: Betreuungskontinuität im abW nach psychosozialem Risiko 2001 - 2007

Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW hat sich 2007 weiter zugunsten der Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen verschoben (Abbildung 5). Ursache ist der Diagnosespezifische Schwerpunkt des Anbieters SuPA GmbH, der das EDV-gestützte Eingabeprogramm nutzt und von dem für das Berichtsjahr 2007 54% aller Datenblätter C dieser Angebotsform stammen. Erstdiagnosen aus den Bereichen der neurotischen und psychosomatischen Störungen spielen traditionell in der Region Hannover eine geringe Rolle, psychoorganische Störungen und intellektuelle Minderbegabungen werden als Erstdiagnose kaum einmal angegeben.

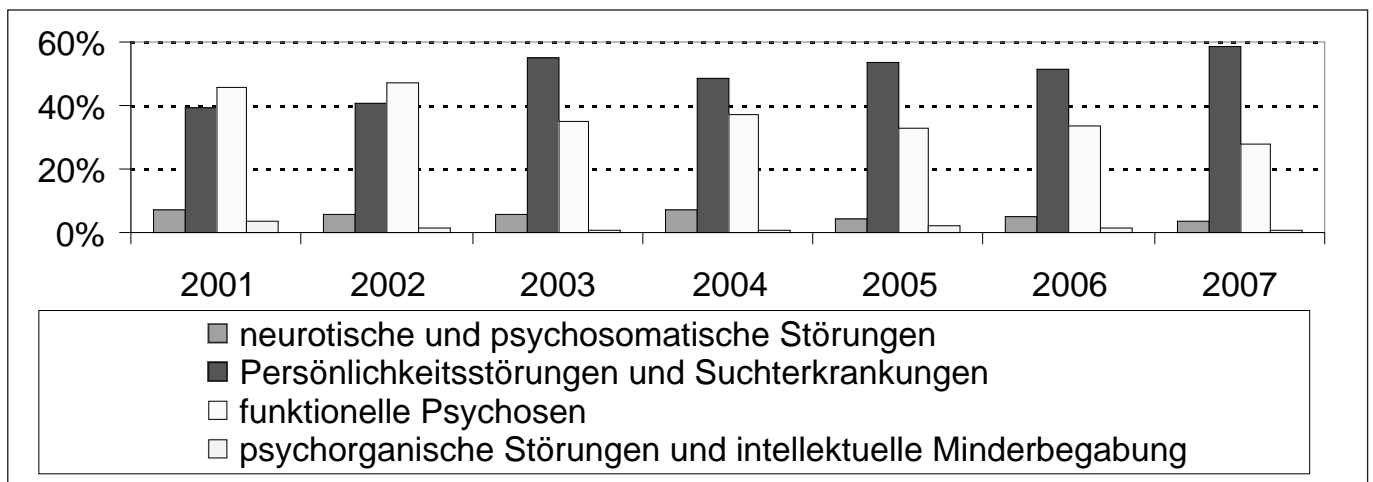


Abbildung 5: Erstdiagnosen (K16) bei Patienten des abW 2001 - 2007

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Medizinische Hochschule · Hannover, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List · Podbielskistr. 158 · 30177 Hannover · E-Mail: elgeti.hermann@mh-hannover.de

Zielvereinbarungen

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator der Region Hannover*)

Bericht über die Umsetzung der Zielvereinbarungen aus dem Sozialpsychiatrischen Plan 2005 und folgende von Lothar Schlieckau (Psychiatriekoordinator)

1. Zur Zielvereinbarung "Steigerung des Anteils von Personal mit abgeschlossener Zusatzqualifikation bei Eingliederungsmaßnahmen gemäß § 53 SGB XII".

In dieser Angelegenheit ist in 2008 kein berichtenswerter Fortschritt erzielt worden. Im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie selbst ist das Thema nicht noch einmal thematisiert worden. Bei dem Sozialhilfeträger Region Hannover gibt es im Rahmen der möglichen Neuausgestaltung von Leistungs- und Entgeltvereinbarungen erste Diskussionsansätze, inwieweit auch der Abschnitt zur Frage Qualitätssicherung und Fortbildung genauer gefasst werden kann. Insofern bleibt abzuwarten, ob im Jahr 2009 hier weitere Arbeitsergebnisse erzielt werden.

2. Zur Zielvereinbarung „Verbesserung der Betreuungskontinuität bei psychoseerkrankten Männern unter 25“

In diesem durchaus wichtigen Feld hat es leider in 2008 keinen Fortschritt gegenüber der Sachstandsmitteilung im Sozialpsychiatrischen Plan 2008 für das Jahr 2007 gegeben. Im Jahr 2009 soll nunmehr nach einer entsprechenden Bestandsaufnahme Anfang Januar 2009 festgelegt werden, ob und in welcher Form diese Zielvereinbarung weiter verfolgt werden soll. Über die Ergebnisse dieser Diskussion und möglicher tatsächlicher Umsetzungsschritte wird dann im nächsten Plan zu berichten sein.

Anschrift des Verfassers:

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Weinstraße 2 · 30171 Hannover · E-Mail: Lothar.Schlieckau@region-hannover.de

Fachsteuerung Hilfekonferenzen

von Therese Schäfer und Irene Röber (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Thesen zur derzeit vorliegenden Tendenzentwicklung beim Hilfekonferenzverfahren aus Sicht der Fachsteuerung:

- Zustrom von früher eher selten vertretenen Diagnosegruppen in die Eingliederungshilfe (Persönlichkeitsstörungen, soziale Anpassungsstörungen, etc.). Veränderte Schwerpunktsetzung der Eingliederungshilfe von der Kompensation krankheitsbedingter Defizite in Richtung auf Ausgleich der Folgen grundlegender sozialer Deprivation, insbesondere in Verbindung mit Symptomentwicklung im Bereich Sucht.
- Diese Entwicklung bildet sich ab im weiteren Anstieg der Erstanträge, vorwiegend für das ambulant betreute Wohnen.
- Dadurch Belastung der Rolle der Hilfekonferenzen als zeitlicher „Flaschenhals“ beim Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen. Quantitative Überlastung, die durch eine geplante Personalverdoppelung gemildert werden wird, jedoch durch den ungebremsen Zustrom von Anträgen („Angebot schafft Nachfrage“) tendenziell weiter besteht.
- Das Primat einer bedarfsgerechten Hilfeplanung beinhaltet durch das veränderte Klientel außerdem zunehmend die Notwendigkeit einer Vernetzung der Hilfestellung mit anderen Leistungsarten (SGB II und III, SGB VIII, SGB X, SGB V). Dadurch weitere Intensivierung des Aufwandes und der Anforderungen an das Hilfekonferenzverfahren („Komplexleistung“).
- Annahme eines strukturell bedingten Konflikts beim ambulant betreuten Wohnen zwischen der konzeptionellen Grundorientierung (Verselbständigung des Klienten) einerseits und betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten andererseits.
- Daraus resultierend u. E. als „Eigeninteresse“ der Anbieter die Notwendigkeit einer „Qualitätsdiskussion“ beim ambulant betreuten Wohnen („Mindestkriterien“? „freiwillige Selbstkontrolle“? „Gütesiegel“? „Interne Rückmeldesysteme“?) , um der möglichen Gefahr inhaltlicher Fehlentwicklungen zu begegnen.
- Abnahme der Inanspruchnahme von Tagesstätten für seelisch Behinderte (insbesondere bei jüngerem Klientel), u. A. als Ausdruck des Wunsches der Klienten nach Versorgung in „normalen“ Bezügen, statt in institutionalisierten Psychiatriekontexten .
- Insgesamt Zunahme nichtpsychiatrischer und nichtinstitutioneller, komplexer Hilfekonzepte (Wunsch der Klienten nach „Normalität“), auch infolge des erleichterten Zuganges (u. a. Persönliches Budget). In diesem Zusammenhang weitere Steigerung des Anforderungsprofils an das Hilfekonferenzverfahren (einzelfallbezogene Hypothesenbildung, Planung, Konzeptentwicklung).
- Die Anforderung an die Anbieter wird u. E., neben der Qualitätssicherung, zukünftig darin be-

stehen, neue, diesem Bedarf entsprechende, differenzierte Angebotskonzepte zu entwickeln.

- Trendwende beim Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung durch prozentuale Zunahme der ambulanten und Abnahme der stationären Maßnahmen.

Anliegende, im Frühjahr 2008 erhobene und nach Maßnahmearten differenzierte Zahlen belegen u. E. zum Teil die oben angeführten Thesen (2006 konnte nicht evaluiert werden, da keine personellen Kapazitäten für eine aufwändige Erhebung „per Hand“ existierten. Eine elektronische Erfassung ist erst ab dem Jahre 2008 möglich).

Nichtpsychiatrische Hilfen werden erst ab Einführung des persönlichen Budgets 2008 erfasst.

- Zunahme der absoluten Zahl von Erstanträgen
- Prozentuale Zunahme von Maßnahmen im amb. betr. Wohnen mit einer höheren Fachleistungsstundenzahl bei gleichzeitiger Abnahme von Maßnahmen mit nur einer FLS (ggf. als Folge der Differenzierung von mittelbaren und unmittelbaren Leistungen in der LV?).
- Abnahme der Beanspruchung von Tagesstätten.
- Zunahme ambulanter Versorgungsmaßnahmen
- Abnahme stationärer Versorgungsmaßnahmen

Maßnahmeempfehlungen Hilfekonferenzen (differenziert nach Maßnahmearten)

	2004		2005		2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5 FLstd. im halben Jahr			1		0	
12 FLstd. im Jahr					2	
15 FLstd. im Jahr					1	
1 FLstd. im Monat			3		2	
2 FLstd. im Monat			2		2	
2 FLstd. im Monat u. Tagesst.			1		0	
3 FLstd. im Monat					1	
13 Std. im Monat					1	
0,25 Fachleistungsstunden					2	
0,5 Fachleistungsstunden			9		51	3,7
0,5 FLstd. u. Tagesst.					6	0,4
0,75 Fachleistungsstunden			2		3	0,2

0,75 FLstd. u. Tagesst.					3	0,2
45 Min. alle 14 Tage					1	
1 FLstd. alle 21 Tage					1	
1 FLstd. alle 14 Tage	21	2,4	31	2,8	10	0,7
1 FLstd. alle 14 Tage u. Tagesst.	5	0,5	7	0,6	2	
1 Fachleistungsstunde	400	45,0	467	43,0	478	35,0
1 FLstd. u. Tagesst.	66	7,5	83	7,7	83	6,1
1,5 FLstd. alle 14 Tage			1		1	
1,5 FLstd. alle 14 Tage u. Tagesst.			1		0	
1,5 Fachleistungsstunden	108	12,0	153	14,0	195	14,3
1,5 FLstd. u. Tagesst.	17	1,9	23	2,1	33	2,4
8 FLstd. in 4 Monaten			1		0	
2 Fachleistungsstunden	187	21,0	216	20,0	336	24,6
2 FLstd. u. Tagesst.	16	1,8	30	2,7	40	2,9
2,5 Fachleistungsstunden	22	2,5	14	1,3	25	1,8
2,5 FLstd. u. Tagesst.	3		0		0	
3 Fachleistungsstunden	22	2,5	24	2,2	63	4,6
3 FLstd. u. Tagesst.	2		0		9	0,7
4 Fachleistungsstunden	1		1		5	0,4
4 FLstd. u. Tagesst.	2		0		0	
4,5 Fachleistungsstunden	0		1		0	
5 Fachleistungsstunden	0		2		0	
5 FLstd. u. Tagesst.					1	
6 Fachleistungsstunden	2		0		0	
6,5 FLstd. u. Tagesst.			1		0	
10 Fachleistungsstunden					3	0,2
20 FLstd. Kontingent					1	
62 FLstd. Kontingent					1	
amb. Maßnahme 1:6					1	
amb. Maßnahme 1:8					1	
amb. Maßnahme 1:12					2	
	874		1074		1366	
Anteil an gesamten Maßnahmen		52,6		56,0		60,6
Tagesstätte	98		83		103	
RPK	2		0		0	
	100		83		103	

Anteil an gesamten Maßnahmen		6,0		4,3		4,6
stat. Wohnheim 1:9					1	0,1
stat. Wohnheim 1:6	17	2,5	14	1,8	10	1,3
stat. Wohnheim 1:5					1	0,1
stat. Wohnheim 1:4	557	81,1	559	73,6	584	74,3
stat. Wohnheim 1:3	1	0,1			1	0,1
stat. Wohnheim 1:2	63	9,2	117	15,4	135	17,2
stat. Maßn. u. Tagesst.	49	7,1	70	9,2	54	6,9
	687		760		786	
Anteil an gesamten Maßnahmen		41,4		39,6		34,9
Gesamt	1661		1917		2255	
keine Maßnahme					31	

Anschrift der Verfasserinnen:

Therese Schäfer · Irene Röber · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Weinstr. 2 · 30171 Hannover ·
E-Mail: Therese.Schaefer@region-hannover.de · E-Mail: Irene.Roeber@region-hannover.de

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 10 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Annette Theißing (*Sprecherin der Fachgruppe bis zum 18.06.08*) und Martin Mahlau (*jetziger Sprecher der Fachgruppe*)

1. Rahmen der Fachgruppe

Die Fachgruppe arbeitet seit 2001 im sozialpsychiatrischen Verbund. Die Fachgruppe trifft sich drei- bis viermal im Jahr. Es nehmen durchschnittlich 10 bis 20 Teilnehmer an den Sitzungen teil. Vertreten sind der Integrationsfachdienst, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Bildungsträger, ambulante Praxen für Ergotherapie, Kliniken, Institutsambulanzen, Leistungsträger (DRV, Jobcenter, Agentur für Arbeit) und Betroffene. Der Sitzungsort rotiert durch die vertretenen Einrichtungen. Die Fachgruppe ist offen für neue Interessenten.

2. Themen der Fachgruppe im November 2007 bis September 2008

Aktuelle Informationsbrse über neue Angebote und Entwicklungen:

- Budgetierung der Verordnungsrichtlinie Heilmittel,
- neues Angebot für Menschen mit psychischen Behinderungen in der Zweigwerkstatt Isernhagen der Pestalozzi-Stiftung,
- Kooperationsmöglichkeiten Agentur für Arbeit – Hilfefkonferenz für SGB XII Leistungen,
- Umsetzung des Persönlichen Budgets im Bereich WfbM.

Neue Förderungsmöglichkeiten für Menschen mit erheblichen Vermittlungshemmnissen nach §16a SGB-II

Vortrag von Frau Ayroud-Peter (Jobcenter Region Hannover) ber einen Beschftigungszuschuss für Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen. Dieser Zuschuss kann bis zu 75% des Arbeitsentgelts betragen und bei Bedarf auch langfristig gewährt werden. Damit könnten über diesen Zuschuss auch stärker eingeschränkte Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden.

„reha-scout“: Eine Arbeitsgruppe der Fachgruppe erstellt einen Rehabilitationsleitfaden für die Angebote in der Region Hannover nach dem Vorbild des Kölner Kompasses und des Führers des sozialpsychiatrischen Verbundes Hildesheim. Dieser „reha-scout“ soll über die Homepage des sozialpsychiatrischen Verbundes abgerufen werden und dort auch gepflegt werden.

Fallvorstellungen: In der Fachgruppe wurden bei Bedarf Fallkonstellationen vorgestellt, die eine kollegiale Beratung und Vernetzung von Angeboten benötigen.

Wahl der Fachgruppensprecher: Nach sieben Jahren haben Annette Theißing und Ingeborg Vonholt das Amt der Sprecher abgegeben. Neu gewählt wurden Martin Mahlau, Oliver Weidner und Volker Brattig.

Ausblick auf das Jahr 2009 - Themen und Aufgaben:

1) Vernetzung vorantreiben / unbekannte Schnittstellen ermitteln und evtl. Nutzungskonzepte erarbeiten

Um die Wirksamkeit der Fachgruppe und die Vernetzung der teilnehmenden Einrichtungen zu erhöhen soll nach Schnittstellen in Themenbereichen wie Behandlungskonzepte, Organisationsstrukturen und möglichem Informationstransfer gesucht werden. Diese möglichen Schnittstellen könnten dann im Rahmen von Nutzungskonzepten allen Einrichtungen zu Gute kommen.

2) Bedarf an Fachvorträgen ermitteln und decken

Um die Bedürfnisse der teilnehmenden Einrichtungen an Fachvorträgen besser abdecken zu können und gleichzeitig den notwendigen zeitlichen Vorläufen in der Terminabsprache mit möglichen Referenten gerecht zu werden, soll eine Sammlung von Themen vorgenommen werden. Anschließend kann dementsprechend nach Referenten gesucht werden und möglicherweise eine Jahresplanung für die inhaltliche Ausgestaltung der Fachgruppentreffen erfolgen.

3) Frage zur Intensität der Teilnahme an den Fachgruppentreffen

Da die Anzahl der Teilnehmer an den Sitzungen der Fachgruppe im Laufe dieses Jahres jeweils sehr gering ausgefallen ist, wird vom Sprecherkreis über eine Mitgliederbefragung nachgedacht. Es soll in Erfahrung gebracht werden, ob:

- es Hindernisse gibt, die eine regelmäßige Teilnahme verhindern und in der Planung bzw. der inhaltlichen Ausgestaltung begründet sind?
- die Treffen unattraktiv sind?
- Termine ungünstig liegen?

Diese Mitgliederbefragung soll in schriftlicher Form durchgeführt werden. Die genauere Ausgestaltung bzgl. Form und Inhalt muss noch erarbeitet werden.

Anschrift der Verfasserin und des Verfassers:

Annette Theißing · beta-REHA-Nachsorge · Calenberger Str. 34 · 30169 Hannover ·

E-Mail: beta-REHA@beta89.de Oliver Weidner · Ergotherapeutische · Ambulanz Klinikum Region Hannover GmbH · Psychiatrie Langenhagen · Rohdehof · 330853 Langenhagen · E-Mail: oliver.weidner@krh.eu

Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ für den Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2008

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe*)

An der Arbeit der Fachgruppe im Berichtszeitraum beteiligten sich regelmäßig Herr Dr. Suee und Herr Schlieckau, Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Herr Preis (gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit), Herr Dr. Elgeti (MHH, Sprecher der Fachgruppe) und Frau Koch (Pflegeheime Dr. Wilkening). Die Fachgruppe ist offen für neue Mitglieder, so weit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen. Im Berichtszeitraum fanden acht Sitzungen statt. Die Sitzungen, über die ein ausführliches Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 bis 10.30 Uhr beim Team Gemeindepsychiatrie der Region in der Weinstraße 2-3 statt.

Schwerpunkt der Arbeit waren vielfältige Fragestellungen rund um die Erstellung des jährlich erscheinenden Sozialpsychiatrischen Plans für die Region Hannover. Ein Schwerpunktthema muss in Absprache mit dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie ausgewählt, Autoren gewonnen und an die Abgabe der Beiträge erinnert werden. Die regionale Psychiatrieberichterstattung erfordert eine kontinuierliche Aufmerksamkeit im Hinblick auf eine breitere Beteiligung der Einrichtungsträger und die rechtzeitige Abgabe der Datenblätter A-C. Hilfreich sind die Diskussionen in der Fachgruppe auch in Bezug auf eine Interpretation der Ergebnisse und die Auswahl wichtiger Aspekte für den zusammenfassenden Jahresbericht. Die regionalen Zielvereinbarungen und der Fortgang der Planung und Evaluation von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen benötigen eine dauerhafte fördernde Begleitung. Darüber hinaus war die neu eingerichtete Homepage des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region ein Thema, und es gab Gelegenheit für den Austausch von Informationen über interessante Tagungen, Veröffentlichungen und die Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste auf Landesebene.

Die Fachgruppe wird sich auch in Zukunft bemühen, die Sozialpsychiatrischen Pläne für die Region Hannover zu verbessern. Dies betrifft einerseits neben der Beschreibung des Ist-Zustandes der gegenwärtigen Hilfsangebote Ideen zur Soll-Entwicklung zwecks Planung von Projekten zur Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität. Andererseits wird es weiterhin darauf ankommen, den Sozialpsychiatrischen Plan leichter lesbar zu machen und seinen Nutzen für die Adressaten durch bessere Gestaltung zu erhöhen.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hermann Elgeti · Medizinische Hochschule · Hannover, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List · Podbielskistr. 158 · 30177 Hannover · E-Mail: elgeti.hermann@mh-hannover.de

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der 2003 gebildeten Fachgruppe treffen sich regelmäßig zweimonatlich unter Beteiligung des Psychiatriekoordinators Vertreter der regionalen forensischen Kliniken (Wunstorf, Bad Rehburg und Moringen/Offener Maßregelvollzug Hannover), der Versorgungsanbieter im Verbund (insbesondere der psychiatrischen Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten, Rehabilitationsträger, Anbieter des betreuten Wohnens), der allgemeinen psychiatrischen Versorgungskliniken (Wahrendorff, Langenhagen und Wunstorf), des Sozialpsychiatrischen Dienstes, sowie rechtliche Betreuer, ein Psychiatrieerfahrener des VPE, eine Vormundschaftsrichterin, die Führungsaufsicht und Bewährungshilfe und ein Kontaktbeamter der Polizei. Veranstaltungsort ist das Haus der Region, die Arbeitstreffen werden regelmäßig von ca. 20-25 Teilnehmern besucht.

Wie im Vorjahr wurden schwerpunktmäßig am runden Tisch in einer sehr konstruktiven und offenen Arbeitsatmosphäre Einzelkasuistiken von Risikopatienten der allgemeinen Psychiatrie an der Schwelle zur Forensik (Präventionsaspekt) und von aus dem Maßregelvollzug entlassenen in das allgemeine Versorgungssystem wieder einzugliedernden Patienten (Nachsorgeaspekt) vorgestellt und diskutiert.

Zentrale Themen und Aspekte sind der Umgang mit Angst- und Bedrohungsgefühlen auf Seiten der professionellen Helfer, die Entwicklung von aktiven Handlungsstrategien anstelle von

Rückzug und Ablehnung sowie die Bedeutung einer offenen Kommunikation und Vernetzung. Diskutiert wurde ferner die strafrechtliche Verfolgung von krankheitsbedingten körperlichen Übergriffen während einer stationären allgemeinspsychiatrischen Behandlung.

Auch nach Einrichtung der Forensischen Institutsambulanzen und Änderung des Führungsaufsichtsgesetzes bleibt das allgemeine Versorgungssystem in der forensischen Nachsorge (Wie in der Prävention!) ungeachtet der vom Gesetzgeber neu geschaffenen Möglichkeit einer Kriseninterventionsbehandlung in der Maßregelklinik während der Bewährungszeit in der Behandlungsverpflichtung. Stationäre psychiatrische Behandlungen ehemaliger forensischer Patienten auf freiwilliger oder betreuungsrechtlicher Grundlage bzw. gemäß NPsychKG erfolgen weiterhin gemeindenah im für den Wohnort zuständigen Sektor Krankenhaus.

Die Fachgruppe war Impulsgeber für eine im Juni 2008 gemeinsam von den Kliniken Wunstorf und Bad Rehburg mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund veranstalteten Tagung zum Thema forensische Nachsorge. Das ausgesprochen große Interesse und die positiven Rückmeldungen verweisen auf die große Bereitschaft vieler Anbieter des allgemeinen Versorgungssystems, sich für diese Patientengruppe zu öffnen und ihre Mitarbeiter weiter zu qualifizieren.

Einhellig sehen die FG-Teilnehmer unter Präventionsaspekten die Notwendigkeit, die Arbeit mit Einzelfallbesprechungen fortzusetzen. Alle im Verbund werden angeregt, „schwierige“, bedrohlich erscheinende oder sich aggressiv bzw. gefährlich verhaltende psychisch Kranke in die Gruppenarbeit einzubringen (Ansprechpartner: Unterzeichner).

Ungeachtet der im Bundesvergleich hohen Professionalisierung und Einbindung der Forensischen Prävention und Nachsorge in den Verbund erscheint eine bessere Beteiligung von Seiten der regionalen Versorgungskliniken dringend wünschenswert.

Auch 2009 soll dem Fortbildungsinteresse durch eine weitere gemeinsam in Wunstorf ausgerichtete Fachtagung Rechnung getragen werden.

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“

von Brigitte Harnau (*Sprecherin der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie ist ein Zusammenschluss von ambulanten, teilstationären und stationären gerontopsychiatrischen Organisationen und Institutionen in der Region Hannover.

Die Fachgruppe trifft sich 3 Mal im Jahr zur Arbeit an Themenschwerpunkten im Plenum mit ca. 25 Teilnehmer/innen. Die Vorstellung neuer Dienste/Angebote und Leistungsgesetze, sowie die Erörterung aktueller Fragestellungen sind Teil der Fachgruppensitzungen.

Problemstellungen werden lösungszentriert in Arbeitsgruppen bearbeitet.

Neues aus Einrichtungen und Diensten:

- Vorstellung des „Kompetenzzentrum Demenz“ im Pflegezentrum Heinemannhof der Stadt Hannover in Kirchrode
- und des Beratungszentrums der Henriettenstiftung Altenhilfe gGmbH in Hannover-Kirchrode

- Aufbau des „Pflegestützpunkt am Markt“ in Langenhagen, als gefördertes Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit der Region Hannover

Schwerpunktt Themen:

Pflegereformgesetz ab 1.07.08

- Eckdaten
- Auswirkungen auf Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Entwicklung in Niedersachsen
- Die Errichtung von Pflegestützpunkten – am Beispiel des „Pflegestützpunktes am Markt“ der Region Hannover in Langenhagen

Versorgungssituation psychisch veränderter älterer Migranten/innen

- Demenzkranke mit Migrationshintergrund
- Arbeitsgruppe „Niedrigschwellige Betreuungsangebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
- Stand der Gremienarbeit in Stadt/Region Hannover und Land Niedersachsen

Entwicklungsstand der ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege in Hannover

- Schwachstelle Facharztmangel in der Psychiatrie, Kooperation mit Hausärzten am Beispiel Langenhagen

Bündnis gegen Depression der Region Hannover

- Aktivitäten der AG „Depression im Alter“

Anschrift der Verfasserin:

Brigitte Harnau · CARITAS FORUM DEMENZ · Bohlendamm 4 · 30159 Hannover ·
E-Mail: ForumDemenz@caritas-hannover.de

Fachgruppe „Kinder- und Jugendliche“

Berichtszeitraum August 2007 - August 2008

von Ingeborg Noort-Rabens (*Sprecherin der Fachgruppe*)

Aufgrund wiederholter Fragen und einiger Fehlinterpretationen wird noch einmal kurz dargestellt, wie die Fachgruppe entstanden ist und welchen Auftrag sie hat.

Die Fachgruppe für Kinder- und Jugendliche ist Teil des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie und damit des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Nach Verabschiedung des Konzeptes für den Sozialpsychiatrischen Verbund 1998 wurde 2000 die Fachgruppe Kinder- und Jugendliche gegründet. Die Aufgabe besteht darin, kinder- und jugendspezifische Themenstellungen zu fokussieren, vorhandene Versorgungsstrukturen zu evaluieren und für eine Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Institutionen und Einrichtungen für bestimmte Problembereiche Sorge zu tragen. Dort wo Engpässe in der Versorgung befürchtet werden, sollen diese überprüft oder konkretisiert werden und im Rahmen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie Anstoß gegeben werden, die zuständigen Gremien über die Sachlage zu informieren.

Grundlage für die Arbeit der Fachgruppe ist - wie für den Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie allgemein - das Nds. Gesetz für psychisch Kranke. Im § 6 geht es dort um gemeindenahe Hilfe-

leistungen für schwer psychisch Erkrankte und seelisch Behinderte. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichen haben wir es mit einer besonderen Situation zu tun, da Kinder über ein großes Entwicklungspotenzial verfügen und durch angemessene Maßnahmen einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen und/oder seelischer Behinderungen entgegengewirkt werden kann.

Träger von Einrichtungen zur Therapie und Rehabilitation aber auch Träger und Einrichtungen sozialpädagogischer Hilfen tragen entscheidend dazu bei, welchen Verlauf psychische Erkrankungen bei Kindern- und Jugendlichen nehmen werden. Gleichmaßen gefordert sind die Ämter, die von Gesetz wegen für den Schutz und die Förderung Minderjähriger zuständig sind, was nach der Neuformulierung des KJHG (KICK) einen neuen Umgang mit der Frage des Kinderschutzes (§ 8a) und der seelischen Gesundheit von Kindern notwendig macht.

Die Risikogruppe der Kinder psychisch kranker Eltern (Schwerpunktthema im letzten Sozialpsychiatrischen Plan), die in besonderer Weise unserer Hilfe bedürfen, um nicht selber seelisch zu erkranken oder aufgrund eingeschränkter (Entwicklungs-) Möglichkeiten Schäden davonzutragen, macht eine Zusammenarbeit aller Institutionen unerlässlich.

Entsprechend gehören zur Fachgruppe Vertreter der ambulanten, stationären und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Sozialpädiatrie und Behindertenhilfe, Vertreter der Schulpsychologie, der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen, Erziehungsberatungsstellen, der stationären und ambulanten Jugendhilfeeinrichtungen sowie die Jugendämter mit ihren verschiedenen Fachbereichen. Durch stärkere Differenzierung und Spezialisierung wurde die Zahl der Mitglieder von 16 auf 40 erhöht, wobei hier die einzelnen Fachbereiche von Stadt (6) und Region (10) entsprechend den sehr unterschiedlichen Aufgabenbereichen als Einzelmitglieder gezählt wurden.

Im Berichtszeitraum wurde die Jugendhilfeeinrichtung ESTA e.V. als neues Mitglied begrüßt, die sich schwerpunktmäßig um die Begleitung von Kindern psychisch kranker Eltern bemüht.

An den vier Sitzungen während des Berichtszeitraumes nahmen regelmäßig 20 bis 27 Mitglieder teil.

In Fortsetzung der Thematik aus dem vorausgegangenen Berichtszeitraum wurde das Prozedere bei **Teilleistungsstörungen** und Anwendung des **§ 35 a** sowohl bei der Stadt als auch bei der Region dargestellt. Fragen nach Kriterien für Diagnostik, zur Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung und zur Befähigung der Lerntherapeuten wurden beantwortet.

Die Frage nach einer Zunahme von **Aspergererkrankungen** beschäftigte die Fachgruppe. Verschiedene Aspekte des autistischen Spektrums, Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik und Überprüfung der vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten wurden erörtert.

Neue ressourcenorientierte **Hilfemodelle**, (durch z.B. aktive Einbindung der Familien), wurden richtungweisend für ein Umdenken im Bereich notwendiger Hilfen für Multiproblemfamilien vorgestellt.

Während der Sitzungen wurde den **Berichten aus den Einrichtungen** bewusst viel Raum gegeben. Besseres Kennenlernen fördert die Vernetzung und führt zu kürzeren Wegen in der Zusammenarbeit.

Ausblick

Aus den verschiedensten Einrichtungen wurde immer wieder mit Sorge berichtet, dass 2 Personengruppen bisher im Netz der Zuständigkeiten und Einrichtungen nicht in dem Maße Hilfe und Unterstützung erhalten wie es notwendig wäre.

Für **psychisch kranke entwicklungsverzögerte Heranwachsende** (Schwerpunktthema im Plan 2008), die auch jenseits der Volljährigkeit einer ganz speziellen Hilfe bedürfen, bedarf es einer größeren Transparenz bezüglich der Zuständigkeiten und der real benötigten und möglichen Hilfen.

Dieses Thema wird die Fachgruppe im nächsten Berichtszeitraum genauso beschäftigen wie die Frage nach dem **Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die an einer Störung des Sozialverhaltens** leiden. Die drängenden Fragen sowohl der Kinder- und Jugendpsychiater und -therapeuten als auch der (Sozial-) Pädagogen machen nicht nur einen Erfahrungsaustausch notwendig, sondern fordern auch, dass mit vereinten Kräften nach Antworten und Lösungen gesucht wird.

Die besondere Situation von **Migranten** wird auch weiterhin Berücksichtigung finden. Die Zusammenstellung möglicher Konzepte auch aus anderen Kreisen und Ländern wird fortgeführt.

In Fortführung des Themas des letzten sozialpsychiatrischen Planes wird weiter nach **Auffangmöglichkeiten für Kinder psychisch belasteter Eltern** zu suchen sein. Das Fortschreiten der Entwicklung neuer Konzepte wird in der Fachgruppe genauso Beachtung finden wie die Fortsetzung und Verbesserung von Kooperationsmodellen innerhalb der Region wenn es um den Schutz von Kindern geht, deren Eltern psychisch erkrankt sind.

Anschrift der Verfasserin

Ingeborg Noort-Rabens · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien · Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover · E-Mail: ingeborg.noortrabens@region-hannover.de

Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“

von Thorsten Sueße (*Sprecher der Fachgruppe*)

Rahmen der Fachgruppe

- **Termine** nach Bedarf in unterschiedlichen Abständen jeweils mittwochs am 17.10.2007, 12.12.2007 und 02.04.2008.
- **Veranstaltungsort** in Hannover in der Weinstraße 2 (Fachbereich Gesundheit) oder in der Hildesheimer Straße 20 (Haus der Region).
- **Teilnehmerkreis:** Team Gemeindepsychiatrie (Leitung, Psychiatriekoordination), Sprecher niedergelassener Nervenärzte, Kassenärztliche Vereinigung, Feuerwehr Hannover, Polizeidirektion Hannover, Amtsgericht Hannover, Telefonseelsorge, psychiatrische Kliniken, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, Seelhorst-Stiftung (als Träger des Krisendienstes).
(Ausmaß der Teilnahme unterschiedlich.)

Themen

- Einführung eines Krisenpasses für Psychiatrie-Erfahrene in der Region Hannover (Entwurf wurde mehrfach überarbeitet, endgültige Fassung soll 2009 vorgelegt werden).
- Neufassung von Behandlungsvereinbarungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Kliniken (neue für alle psychiatrischen Kliniken in der Region einheitliche Formulare wurden erarbeitet).
- Behandlungsermächtigung auch für Ärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen im

Umland (deren Notwendigkeit wurde nach eingehender fachlicher Diskussion ebenfalls von der Geschäftsführung der KVN gesehen, ohne dass sich diese Sicht positiv auf die Entscheidung des Zulassungsausschusses ausgewirkt hätte).

- Vorgehenshilfen für Zwangseinweisungen (wurden jeweils für Kinder und Erwachsene auf den aktuellen Stand gebracht in Form von Schaubildern mit Kommentierung; müssen noch mit den unterschiedlichen Amtsgerichten abgestimmt werden).
- Rechtsmittelbelehrungen im Unterbringungsverfahren nach § 18 NPsychKG (deren Übermittlung an die Betroffenen wurde für das Umland verbindlich geregelt und dem bisherigen Verfahren in der Landeshauptstadt angepasst).

Ausblick

Die o. g. Themen, deren Bearbeitung noch nicht abgeschlossen ist (wie z. B. Krisenpass, Vorgehenshilfen für Zwangseinweisungen oder Behandlungsermächtigung für die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Umlands), werden im Jahr 2009 weiterverfolgt werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Weinstr. 2 · 30171 Hannover ·
E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de

Fachgruppe „Legale Suchtmittel“

von Reinhold Hemmesmann (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ setzt sich aus VertreterInnen ambulanter und stationärer Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenversorgung der Region Hannover zusammen. Außerdem sind Vertreter der Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker beteiligt. Die Angebote dieser Institutionen richten sich vorrangig an Menschen, die von legalen Suchtmitteln abhängig sind. Die Fachgruppe ist offen für VertreterInnen von Einrichtungen und Angeboten des (legalen) Suchtkrankenversorgungssystems, wobei die Mitgliedschaft im Sozialpsychiatrischen Verbund und die regelmäßige Mitarbeit in der Fachgruppe Voraussetzung sind. Die Fachgruppe trifft sich weiterhin im Abstand von zwei Monaten jeweils am letzten Mittwoch von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr. Der Sitzungsort wechselt zwischen den Einrichtungen und wird in der vorherigen Sitzung festgelegt. Die Mitarbeit in der Fachgruppe ermöglicht den TeilnehmerInnen einen regelmäßigen inhaltlichen Austausch über die Arbeitsfelder der verschiedenen an der Fachgruppe beteiligten Institutionen und Anbieter des Versorgungssystems und das Kennen lernen vor Ort. Entwicklungen und Veränderungen werden in diesem Forum mitgeteilt und diskutiert. Durch den persönlichen Kontakt wird die Vernetzung gefördert und die Vermittlung von personenzentrierten Hilfen vereinfacht. Zudem werden in den Sitzungen aktuelle oder sich abzeichnende Entwicklungen im Versorgungssystem thematisiert und bearbeitet und deren Fortschritt beobachtet. Beispielhaft kann dazu die Kooperation von Suchtberatung und Jobcentern im Rahmen der Fachberatung nach SGB II und die Organisation der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach SGB XII im Rahmen der Hilfekonferenzen des Fachbereichs Gesundheit genannt werden. Für das Jahr 2009 sollen neben der Fortsetzung bereits im Fokus stehender Arbeitsschwerpunkte u.a.

- die Zusammenarbeit mit weiteren Selbsthilfeangeboten des Versorgungssystems,
- der Stand der Angebote zur Situation von Nikotin abhängigen Menschen

- und die Suchtpräventionskonzepte für Jugendliche im Kontext steigender öffentlich wahrgenommener Alkoholmissbrauchsexzesse des Personenkreises bearbeitet werden.

Anschrift des Verfassers:

Reinhold Hemmesmann · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-Mail: mail@supa-gmbh.de · www.supa-gmbh.de

Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“

von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Im Jahr 2008 fanden insgesamt 5 Fachgruppensitzungen statt.

Folgende Teilnehmer haben regelmäßig an den Fachgruppensitzungen partizipiert:

Herr Schlieckau (Region Hannover)

Herr Türk (Institut für Transkulturelle Betreuung)

Frau Wegener (Ev. freikl. Gemeinde Hannover, Flüchtlingswohnheim Hildesheimer Str.)

Herr Zakhalev (Oberarzt Klinikum Wahrenndorff)

Frau Kirschnick-Tänzer (Oberärztin Allgemeinpsychiatrie LKH Wunstorff)

Herr Salman (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.)

Herr Kimil, Ahmet (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.)

Herr Dr. Ince (Klinikum Wahrenndorff)

Herr Juhnke (Bereichsleitung Hannoversche Wohnassistenz)

Frau Becker-Obendorfer (AHMB e.V.)

Frau Tomaske (Beratungsstelle Plauener Straße)

Frau Krause (beta 89, Betreutes Wohnen)

Frau Thiele (Flüchtlingswohnheim Hildesheimer Straße 161)

Frau Pjanych (AWO-Wohnheim Haltenhoffstraße 181)

Frau Ernst (AWO-WH-Haltenhoffstr.)

Frau Kruse (Wohnheim für Aussiedler und Flüchtlinge)

Zwei große Themen standen auf der Tagesordnung der Fachgruppe im Jahr 2008:

1. Aufbau eines Beratungsdienstes in den Asylbewerberwohnheimen der Region Hannover und
2. Abschluss der Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover.

Am Ende dieses Berichts soll auch ein kurzer Ausblick auf die geplanten Aktivitäten für das Jahr 2009 vorgenommen werden.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Entwicklungen, Ergebnisse und Produkte zu diesen Punkten zusammenfassend wiedergegeben werden.

1. Aufbau eines Beratungsdienstes in den Asylbewerberwohnheimen der Region Hannover:
Die Fachgruppe hat im Jahr 2008 unter der Federführung von Herrn Schlieckau begonnen, die Grundlage für einen Beratungsdienst in den Asylbewerberwohnheimen der Region Hannover zu konzipieren. Die Beratungsdienste sollen 2008 zunächst in den drei Asylbewerberwohnheimen in Hannover (Haltenhoffstraße, Hildesheimer Straße, Rumannstraße) ihre Tätigkeit aufnehmen.

Hierzu wurden in der Fachgruppe folgende Fragen formuliert und an die Träger der Wohnheime gerichtet:

In welcher Intensität und in welchen Bereichen ist eine Beratung erwünscht?

In welcher Frequenz soll die Beratung stattfinden (ohne Notdienste), 1x wöchentlich oder 14-tägig?

Sollen feste Sprechzeiten eingerichtet werden?

Ist eher sozialpädagogische oder ärztliche Beratung erwünscht?

Ist eine Mitarbeiterberatung notwendig? Wenn ja, in welcher Frequenz?

Ist der Einsatz von Dolmetschern notwendig?

Reicht eine 14-tätige aufsuchende Beratung mit persönlichen Kontakten?

Die Antworten auf diese Frage dienten als Grundlage für die Ausgestaltung und Umsetzung der Beratungsangebote. Herr Schlieckau machte in diesem Zusammenhang deutlich, dass die Planung vorsieht, keine Neueinstellungen beim Team Gemeindepsychiatrie vorzunehmen. Aus dem bestehenden Mitarbeiterstab der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen werden Ansprechpartner(Arzt/Sozialarbeiter) für alle Wohnheime zur Verfügung stehen. Die Versorgung soll neben der direkten Patientenberatung/Behandlung auch die Beratung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wohnheime umfassen. Die Einrichtungen wurden darüber hinaus gebeten, eine ungefähre Einschätzung des anfallenden Arbeits-, Zeit- und Kostenaufwands zu geben. Neben den 3 Wohnheimen in der LHH wird aber auch, über die Sektorberatungsstellen im Umland, die Beratungssituation für psychisch kranke Asylbewerber in den jeweiligen Städten und Gemeinden entsprechend sichergestellt.

2. Abschluss der Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover:

Die 2007 begonnene Studie konnte 2008 abgeschlossen werden. Die Ergebnisse wurden am 06.11.2008 beim Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie durch Ahmet Kimil vorgestellt. Das Ziel der Studie war es, nachhaltige Grundlagen für die psychosoziale Versorgung von MigrantInnen zu erarbeiten, um damit langfristig Konzepte und Angebote zur Reduzierung von Zugangsbarrieren und Versorgungsdefiziten zu entwickeln.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie waren:

Der Studienfragebogen wurde an über 200 Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover verschickt. 89 Einrichtungen haben eine Rückmeldung gegeben. In diesen 89 Institutionen wurden im Jahr 2006 insg. 36.107 Patienten sozialpsychiatrisch versorgt. Von diesen hatten 5.613 Patienten einen sog. Migrationshintergrund, was einem prozentualen Anteil von 16 % entspricht. Der Bevölkerungsanteil der Migranten in der Region Hannover liegt bei 23,1 %. Diese Zahlen könnten dahingehend interpretiert werden, dass Migranten im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung der Region in den Sozialpsychiatrischen Angeboten unterrepräsentiert sind. Dies könnte durch Zugangsbarrieren für Migranten, wie z.B. Sprache, Kultur, Informationsdefizite etc. erklärt werden.

Die drei wichtigsten Herkunftsländer der 5.613 Patienten sind die ehemalige Sowjetunion, die Türkei und Ex-Jugoslawien.

Von den 89 Einrichtungen, die an der Studie teilgenommen haben, haben 41 angegeben, Angebote für Migranten vorzuhalten. Darunter sind zu verstehen: muttersprachliche Mitarbeiter, Dolmetscher, Fortbildungen für Fachkräfte, mehrsprachiges Infomaterial etc. Keine migrantenspezifische Angebote scheint es in den Einrichtungen der ambulanten psychiatrischen Pflege und der Tagesstätten zu geben.

Auf die Frage, wie die Einrichtungen Migranten als Zielgruppe erreichen, gaben von den 89 Einrichtungen 41 (46%) aufsuchende Arbeit bzw. Hausbesuche, 32 (36%) muttersprachliche Mitarbeiter und 30 (34%) telefonische Kontakte als Antwort an.

Auf die Frage, wie die Versorgungslage von Migranten verbessert werden könnte, meinten 35 (39%) Einrichtungen dies sei durch muttersprachliche psycho- und familientherapeutische Angebote, 28 (31%) durch mehr muttersprachliche Mitarbeiter in den Einrichtungen und 35 (28%) durch muttersprachliche Beratungsangebote möglich.

Insgesamt sind in den 89 Einrichtungen 2.601 Mitarbeiter angestellt. Davon hatten 247 (9%) einen Migrationshintergrund. Auffallend wenig Mitarbeiter mit Migrationshintergrund waren in den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen (3%) vorzufinden. Diese Ergebnisse haben noch einmal deutlich gemacht, dass Migranten vor dem Hintergrund ihres Bevölkerungsanteils von 23% in der Region Hannover, nicht nur auf der Patientenseite unterrepräsentiert sind (16%), sondern auch auf der Mitarbeiterseite. Insbesondere scheint eine Unterversorgung für die Sprachgruppen Türkisch und Russisch zu existieren.

Ausgehend von diesen Ergebnissen wurden abschließend in der Studie Empfehlungen an die folgenden Akteure in diesem Feld entwickelt: Region Hannover und Sozialpsychiatrischer Verbund, Niedersächsische Landesgremien, Sozialpsychiatrische Einrichtungen und Institutionen, Fachkräfte und die Migranten. Die Empfehlungen haben das Ziel, ausgehend von den Ergebnissen der Studie die Versorgungssituation von Migranten in der Region zu verbessern. Die Studie selber wird Ende 2008 von der Region Hannover in einer Auflage von ca. 1.000 Exemplaren gedruckt und an die entsprechenden Akteure verteilt. Zusätzlich wird die Studie als PDF-Datei auf der Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Download bereitgestellt. Alle Ergebnisse und Empfehlungen können aus diesen Publikationen entnommen und nachgelesen werden.

Wir möchten auf diesem Wege uns bei allen 89 Einrichtungen, der Region Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Verbund für die Teilnahme und Unterstützung bedanken. Wir hoffen, mit der Studie etwas mehr Transparenz in die Versorgungssituation der Migranten in der Region Hannover gebracht zu haben.

3. Ausblick auf das Jahr 2009:

Auch im Jahr 2009 werden wir uns mit der Versorgungssituation in den Asylbewerberwohnheimen der Region Hannover befassen und die in 2008 entwickelten Maßnahmen mit den Beteiligten umsetzen.

Die Studienergebnisse bilden eine gute Grundlage, um Versorgungsengpässe und Defizite in bestimmten Sektoren zu identifizieren. Im Jahr 2009 werden wir mit diesen gewonnenen Erkenntnissen beginnen, Lösungen zu erarbeiten, wie diese genannten Versorgungsengpässe und Defizite beseitigt werden können.

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit

von Uwe Reichertz-Boers (*Sprecher der Fachgruppe*)

Sowohl Wohnungslosigkeit als auch psychische Erkrankungen stellen schon für sich allein anspruchsvolle Herausforderungen für die soziale Arbeit im Versorgungsnetz der Region Hannover dar.

Psychische Erkrankungen und auch Suchterkrankungen vor dem Hintergrund drohender oder faktischer Wohnungslosigkeit fordern somit Hilfsangebote, die auf Vernetzung, Kooperation und Austausch der professionellen HelferInnen untereinander angewiesen sind.

Die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit bietet hier seit mehr als 10 Jahren eine adäquate und fachlich sehr fundierte Arbeitsgruppe für alle komplementären Versorgungseinrichtungen der Region Hannover, die mit dieser Personengruppe in ihrer alltäglichen Arbeit konfrontiert sind.

Im vergangenen Berichtszeitraum befasste sich die Gruppe intensiv mit folgenden Themen:

- Stadtentwicklung im Hinblick auf Wohnraum für Betroffene. Hier waren VertreterInnen der Stadt Hannover zum fachlichen Austausch zu Gast.
- Schuldnerberatung – im Hinblick auf Wohnraumsuche im Kontext von Schulden und Schufa-Einträgen
- Mobile Wohnraumhilfe – ein Projekt der Stadt Hannover
- Besichtigung und Konzeptvorstellung wie z.B. die Klinik am Kronsberg, Tagesstätte Resonanz, Saftladen als potentielle Kooperationspartner.

Im Besonderen wurden aber auch inhaltliche Themen in der Fachgruppe kontrovers diskutiert.

Eines der Hauptthemen war, die Notwendigkeit bzw. Nicht-Notwendigkeit von ambulant betreutem Wohnen initiiert und konzipiert durch Anbieter der Wohnungslosenhilfe. Hier wurde in der Fachgruppe keine weitere spezialisiertere Notwendigkeit gesehen. Vielmehr wurde begrüßt, dass das vorherrschende Angebot in der Region Hannover inzwischen sehr ausgebaut und ausreichend ist. Wohnungslose Klienten mit psychiatrischen Hintergrundsproblematiken können bei Bedarf schnell an entsprechende Anbieter über die HPK vermittelt werden.

Ein zweites großes Anliegen war und ist für die FG die Einführung eines Sozialtickets. Die FG bedauert sehr die letzte Entscheidung der Region Hannover, dass die Einführung dieses Tickets, was für viele Betroffene nicht nur Mobilität sondern auch Teilhabe am Leben bedeutet hätte, negativ beschieden wurde.

Die Fachgruppe hat vor 8 Wochen ein neues Sprecherteam bestimmt. Seitdem sind Uwe Reichertz-Boers und Katrin Reinicke feste Ansprechpartner der Gruppe.

Die Gruppe trifft sich einmal monatlich jeweils am 2. Mittwoch im Monat. Interessierte sind herzlich willkommen.

Die Meetings finden in der Regel im Werkheim e.V. Hannover statt. Das Werkheim stellt dankenswerter Weise seit Jahren die Räume für die kontinuierlichen Sitzungen zur Verfügung.

Anschrift des Verfassers:

Uwe Reichert-Boers · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-mail: umreich@web.de

Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“

von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe sind vertreten: MitarbeiterInnen von Leistungsanbietern mit ambulanten Angeboten, teilstationären Tagesstrukturierungsangeboten, stationäre Wohnangebote, Angehörige von psychisch kranken Menschen, Vertreter des Vereins „Psychiatrie-Erfahrene Hannover e. V.“ und weitere Mitglieder des AKG. Die Fachgruppe traf sich weiterhin alle zwei Monate am dritten Mittwoch von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr. Durchschnittlich hat die Gruppe ca. 20 Teilnehmer.

Die Themenschwerpunkte für den Berichtszeitraum 09/07 bis 08/08 waren u. a.:

1. Persönliches Budget
2. Missstände in der Psychiatrie
3. Geistige Behinderung und Psychose
4. Lange Wartezeiten bei Erstkonferenzen (Hilfekonferenz)
5. Einstufung in Hilfebedarfsgruppen (Schlichthorst Modell) bei stationären Einrichtungen

Zu 1.: Persönliches Budget

Wie schon im letzten Bericht mitgeteilt, haben Menschen mit Behinderung seit Anfang 2008 Anspruch auf Persönliches Budget. Diese Entwicklung wird von der Fachgruppe sorgfältig verfolgt und als ständiger TOP besprochen. Zu Beginn des Berichtsjahres wurde noch unter der Prämisse diskutiert: Wo bleibt die erworbene Qualität in der fachlichen Arbeit? Wird Leistung nur noch vom Preis diktiert? (Man denke nur an den Satz von Herrn Jordan im AKG: „Wenn die Nachbarin die Arbeit billiger machen kann, soll die Nachbarin es machen“.) Mittlerweile erfolgt ein reger Austausch das Persönliche Budget kreativ in die etablierten Angebote zu integrieren, z. B. durch Freizeitangebote.

Nach dem ersten halben Jahr kann aber gesagt werden, dass die Inanspruchnahme noch sehr „zaghafte“ anläuft.

Kritisch muß bemerkt werden, dass die Genehmigungsdauer zu lange (oft über drei Monate) dauert.

Wesentliches Element des Persönlichen Budgets ist die Zielvereinbarung mit dem Klienten. Die Entwicklung dieser Zielvereinbarung wird von der Fachgruppe besonders beachtet.

Zu 2.: Missstände in der Psychiatrie

Angeregt durch einen Zeitungsartikel in der HAZ, der über Missstände auf einer psychiatrischen Station berichtet hatte, wurde in der Fachgruppe diskutiert, was Missstände sind, wie die aktuelle Situation aussieht und welche Möglichkeiten der Intervention bestehen.

Als Missstände wurden u. a. definiert: Überlastetes Personal, schlecht ausgebildetes Personal, wenig bis keine Fortbildung oder keine Wertschätzung im Umgang mit Bewohnern/Assistenznehmern.

Angeregt wurde, Missstände in Einrichtungen im Rahmen eines Berichtes der Besuchskommission im AKG öffentlich zu machen.

Insgesamt wurde festgestellt, dass es bereits viele Kontrollmechanismen gibt (Heimaufsicht, Besuchskommission, Hilfekonferenzen, Prüfvereinbarungen), diese aber z. T. nicht ausreichend genutzt werden.

Zu 3.: Geistige Behinderung und Psychose

Von einer Arbeitsgruppe wird dargestellt, dass für Menschen mit dieser Doppelbehinderung eigentlich kein adäquates Angebot besteht. Das betrifft z. B. Akutbehandlung, ambulant wie stationär, die erschwerte Kommunikation, therapeutische Angebote, Gruppenangebote, Weiterbildungen usf.

Die Kliniken der Region Hannover wurden diesbezüglich angeschrieben und der obengenannte Eindruck wurde bestätigt, dass es keine besonderen Angebote für dieses Klientel gibt.

Es wurde über die Einrichtung Neuerkerode (Nähe Braunschweig) berichtet, eine Behinderteneinrichtung in der ca. 800 Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung betreut werden. Ca. 200 Menschen mit Doppeldiagnose werden dort auch psychopharmakologisch behandelt.

Zu 4.: Lange Wartezeiten bei Erstkonferenzen

Es wird festgestellt, dass die Zunahme der Fallzahlen (über 2000 Hilfekonferenzen, 900 Neuzugänge pro Jahr) zu längeren Wartezeiten als den vorgesehenen 5 Tagen führt. Da es sich bei den Maßnahmen nicht um Behandlungen, sondern um Rehabilitationsleistungen handelt, bestehe kein Recht auf kurzfristige Umsetzung. Künftig sollen sich die Wartezeiten aber verkürzen, da zwei weitere Vollzeitstellen (Soz. Päd. und Arzt) eingerichtet wurden, um das hohe Aufkommen von Erstkonferenzen zu bewältigen.

Zu 5.: Hilfebedarfsgruppen nach dem Schlichthorst Modell

Im stationären Bereich hat sich nun die Zuordnung nach Hilfebedarfsgruppen nach dem Schlichthorst Modell (benannt nach einem AWO-Wohnheim in Schlichthorst) etabliert.

Die Begutachtung erfolgt in drei Gruppen: leicht – mittel – schwer.

Eine erste Zuordnung erfolgt durch den Einrichtungsträger (nicht durch die Hilfekonferenz), die vom zuständigen Sozialhilfeträger auf Plausibilität geprüft wird. Danach wird vom Einrichtungsträger innerhalb von 90 Tagen eine Überprüfung verlangt.

Während das Gesamtmodell allgemein akzeptiert ist, gibt es große Vorbehalte gegen erhöhten Verwaltungsaufwand, der vom Kostenträger Stadt Hannover abgefordert wird. Dieser fordert neben dem einzureichenden Schlichthorst-Bogen, nach Aufnahme des Klienten in die Wohneinrichtung, einen zusätzlichen Entwicklungsbericht innerhalb der 90 Tage.

Von der Stadt Hannover ist eine neue Sozialarbeiterstelle geschaffen worden, um die Zuordnungen verstärkt zu überprüfen.

Zukünftige Themen 2008/2009:

Die zukünftigen Schwerpunkte der Fachgruppe werden sein:

- Integration des Persönlichen Budgets in die bisherigen Angebote
- Belastung des Klientels durch die Hilfekonferenz
- Qualität beim Ambulant Betreuten Wohnen
- Geistige Behinderung und Psychose
- Bedarfsentwicklung ambulanten und stationären Bereich

Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung im September 2008

Anschrift des Verfassers:

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

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße

von Doris Rolfes-Neumann (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft fanden wie in den früheren Jahren auch in der Beratungsstelle Deisterstraße und zwar _-jährlich jeweils am 1. Mittwoch des 1. Monats eines neuen Quartals in der Zeit von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr statt.

- Im Durchschnitt nahmen 10 - 16 Teilnehmer verschiedenster Anbieter psychiatrischer Hilfen an den Treffen teil: Kommunalen Sozialdienst, ambulant betreutes Wohnen, Vertreter der Polizei, Mitarbeiter verschiedenster Pflegedienste sowie des Klinikums der Region Hannover Wunstorf GmbH, Seniorenheime sowie das AGZ-Linden, das Männerbüro Hannover, das Rote Telefon e.V. und das Stephanstift (flexible Betreuung Linden).

Schwerpunktt Themen der Sektor-AG-Treffen waren:

Vorstellung der Einrichtung „Fabel“ sowie des Vereins „Das Rote Telefon“, Vorstellung des AHMB e.V. (ambulant betreutes Wohnen für Migranten) sowie des Wohnheimes Dr. med. Wilkening Pflegeheime GmbH Mellendorfer Str. und schließlich Vorstellung des Männerbüros Hannover e.V. sowie der Kommunalen Seniorenservice Hannover.

- Die Teilnehmer konnten sich in diesem Zusammenhang intensiv mit den vorgestellten Einrichtungen und den entsprechenden Themen aus den Bereichen ambulant betreutes Wohnen sowie psychiatrische Wohnheime und Wohngemeinschaften für psychisch behinderte Menschen, ambulante Hilfen für Senioren sowie für Migranten und schließlich Unterstützungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Gewalt von Männern und gegen Jungen und Männer beschäftigen. Darüber hinaus fand auch wie in den früheren Jahren eine rege Diskussion auch zu Beiträgen der einzelnen Teilnehmer aus ihren Einrichtungen statt, wobei die Möglichkeit des Gespräches und auch des fachlichen Austausches in diesen auf den Sektor bezogenen Rahmen von den Teilnehmern sehr wertgeschätzt wurde.

Geplante Themen für die nächsten Sektor-AG-Treffen sind u.a. die Vorstellung des Angebotes von „Tagewerk e.V.“ von SuPA GmbH sowie ggfs. auch eine Diskussion zur Ergänzung und Differenzierung des ambulant betreuten Einzelwohnens zur psychiatrischer Pflege.

Anschrift der Verfasserin:

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße

von Hildegard Georgiadis (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Sektorarbeitsgemeinschaft fand an jedem ersten Mittwoch im Quartal in den Räumen der Beratungsstelle Freytagstr. 12 A statt. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen der ambulanten, stationären bzw. teilstationären psychiatrischen Versorgung und aus Ämtern und Institutionen zusammen.

Themenschwerpunkte waren die Vorstellungen verschiedener Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung:

Frau Kragl-Weber stellte ausführlich die Einrichtung FaBeL, Frühstück und ambulante Betreuung List vor. Mit dem Pflegedienst „Das Pflorgeteam“, vertreten durch Frau Ronge, stellte sich eine neue Einrichtung für Pflege, Beratung und Schulung von Angehörigen vor. Eine neue Tagespflege (Am Planetenring) für demenziell erkrankte Menschen wurde durch Frau Schröder, AGZ Diakonie, vorgestellt

Ein weiterer Themenbereich war die Vorstellung neuer Wohngruppen für Demenzkranke in Hannover-Buchholz, Garbsen und Badenstedt, deren Betreuungsangebot durch Frau Hildebrandt/CarePool erläutert wurde. Eine Wohngruppe für psychisch kranke Menschen mit ambulant betreutem Wohnen (Pflegeheime Dr. med. E.A. Wilkening) stellte Herr Noss vor. Bereits seit einiger Zeit gibt es WG`s von beta 89, in denen neben allgemein psychiatrisch erkrankten Patienten auch forensische Patienten, die durch die Institutsambulanz betreut werden, aufgenommen wurden.

Ein weiterer Themenschwerpunkt war die Vorstellung der Arbeit von KIBIS im Selbsthilfebereich durch Frau Hagedorn.

Angebote und besondere Projekte der Kontaktstelle in der Düwelstr., wurden vorgestellt, wie z.B. die von der Band „h-art- times“ herausgebrachte CD.

Es wurden Fallbeispiele besprochen und diskutiert.

Gesetzliche Neuerungen in der Pflegeversicherung bzw. im Sozialhilfebereich wurden besprochen. Einen Diskussionsschwerpunkt stellte das Verfahren der Hilfekonferenzen bezüglich Form und Dauer des Verfahrens dar, ebenso wie die Auswirkungen der Eingliederungshilfe und die Abgrenzung gegenüber den Aufgabenbereichen der rechtlichen Betreuung thematisiert wurden.

Die SAG Treffen bieten ein Forum, um neue Entwicklungen im Sektor zu erörtern bzw. mit bestehenden Einrichtungen in direktem Kontakt zu bleiben. Ambulante und stationäre Hilfsangebote werden transparenter, aktuelle Problemstellungen können angesprochen werden.

Anschrift der Verfasserin:

Hildegard Georgiadis · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Freytagstr. 12A · 30169 Hannover ·
E-Mail: sozialpsychiatrie-bs02@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße 6

von Andreas Roempler (*Team Gemeindepsychiatrie*)

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Königstraße 6

Einzugsbereich:

Brinkhafen, Burg, Hainholz, Herrenhausen, Ledeburg, Leinhausen, Marienwerder, Hannover-Mitte, Nordhafen, Nordstadt, Oststadt, Stöcken, Vahrenwald und Vinnhorst, fanden die Treffen der SAG regelmäßig alle zwei Monate statt und wurden sehr gut besucht.

Am ersten Mittwoch des entsprechenden Monats in der Zeit ab 13:30 Uhr - < 15:00 Uhr fanden die Sitzungen kontinuierlich statt.

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft konnten auch in diesem Jahr von ihrer aktiven und interessierten Teilnahme sicher profitieren.

Etlliche der eingereichten oder vorgeschlagenen Themen konnten so erfolgreich bearbeitet werden. Interessierte Gäste sind nach wie vor in der SAG stets willkommen. So wurden diesjährig aufschlussreiche Fachvorträge gehalten und neue Einrichtungen vorgestellt.

An dieser Stelle sei allen ständigen Teilnehmern der SAG und den Gästen ein ausdrücklicher Dank für die aktive Mitgestaltung ausgesprochen.

Schwerpunkte, Akzente und behandelte Themen:

- Persönliches Budget
- Information und Hinweise auf Referate zu interessanten Themen der psychiatrischen Arbeit und Fortbildungen.
- Erläuterung der sektorgebundenen Arbeit der Beratungsstelle im Bereich der Region Hannover.
- Hilfeforenzenzen, Einführung umfassenderer Formulare (I Fachärztliche Stellungnahme und II Empfehlung der Hilfeforenzenz) , zur besseren Einschätzung des Maßnahmenumfangs.
- Umgang mit aggressiven Klienten und Übergriffen auf das Personal oder andern Klienten. Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit der Polizei (Kontaktbeamter) nutzen, möglichst vor einer massiven Eskalation.
- Information über den Krisendienst der Region Hannover, Arbeitsweise und Möglichkeiten
- Vorstellung der IGsgMAR (Interessegemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit und Rehabilitation). Kontakt über:
lgsgmar@aol.com weitere Informationen gibt KIBIS, Tel.: 0511/666567
- Vorstellung der ptb (Psychologisch-Therapeutische Beratung für Studierende/Zentrale Einrichtung der Leibniz Universität Hannover)
- Information zum Projekt „ Begleitende Hilfen für psychisch Gesundende“ und Hilfen über das Internet. www.unics.uni-Hannover.de/ptb/angebote

- Information zum Thema „ Bündnis gegen Depressionen in der Region Hannover“/Arbeitskreis Depression
- Vortrag über die neue Pflegereform, Auswirkungen auf psychisch erkrankte Menschen.

Im Ganzen darf auf eine lohnende, kooperative Zusammenarbeit im beschriebenen Berichtszeitraum zurückgeblickt werden.

Durch die Arbeit der SAG wird deutlich, dass die Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsbereich der Beratungsstelle Königstraße kontinuierlich voranschreitet. Dem bisher erkannten, nicht hinreichenden Versorgungsbedarf psychisch erkrankten Bewohner, wird so entgegengearbeitet.

Die Herausforderung heißt folgend, bestehende Kooperationen weiter zu festigen und im Rahmen der Qualitätssicherung die Versorgung der Betroffenen weiterhin gezielt und effektiv zu gestalten.

Anschrift des Verfassers

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen

von Horst-Peter Michel (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Jahresbericht für den Sozialpsychiatrischen Plan 2009

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

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

Die Treffen wurden alternierend zu bereits bestehenden Arbeitskreisen geplant.

Neben den regelmäßigen Berichten aus den teilnehmenden Institutionen ging es im Berichtszeitraum schwerpunktmäßig um folgende Themenbereiche:

Die Tagesstätte Laatzen der FIPS GmbH lud uns ein und stellte sich vor. Die Tagesstätte Laatzen wurde im Jahre 2006 eröffnet. Die Einrichtung bietet Platz für max. 15 Personen, wobei derzeit 11 Plätze belegt sind. Unter den Teilnehmern der Sektor AG entstand nach der Vorstellung des vielfältigen und qualifizierten Angebots eine rege Diskussion über die Altersstruktur der Klienten, über die meist schweren und chronifizierten zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankungen, über Erwartungshaltungen an die Tagesstätte und mögliche Angebotsstrukturen für jüngere Klienten.

Ein weiteres Treffen fand in den Räumlichkeiten des neuen Rathauses in Hemmingen statt. Dort stellten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes ihre Arbeit vor. Die Schnittpunkte zu weiteren Institutionen wurden benannt und mit dem Ziel einer vernetzten Zusammenarbeit diskutiert.

In der Sektorarbeitsgemeinschaft für Springe und Pattensen stellte sich der Ambulante Psychiatrische Pflegedienst Roddau vor. Dazu wurden die rechtlichen Grundlagen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege erläutert und der Leiter der Einrichtung, Herr Peter Roddau, stellte anhand konkreter Fallbeispiele die Arbeit des Fachpflegedienstes vor.

In einer weiteren Sitzung, die in der Einrichtung „Mobile - Verein für Gesundheits- und Familienbildung e. V.“ im Mehrgenerationenhaus in Pattensen durchgeführt wurde, erläuterte Frau Köppel als 1. Vorsitzende die Idee des Mehrgenerationenhauses und die vielfältigen Möglichkeiten: 1994 wurde der Verein gegründet und hat sich bis 1999 zunächst zu einem Mütter- und Familienzentrum in den Räumlichkeiten einer alten Tischlerei in Pattensen entwickelt. Mittlerweise wird das Mehrgenerationenhaus von jährlich 7.000 Besuchern genutzt. Es gibt täglich einen offenen Treff für Menschen jeden Alters. Ansonsten beherbergt die Einrichtung 50 Kindergartenplätze, 50 Hortplätze und 10 Krippenplätze, ein Familienservicebüro, einen Mittagstisch, eine Ferienbetreuung, verschiedene Selbsthilfegruppen und das Café Zeitlos, ein Angebot für Demenzkranke und deren Angehörige. Das Haus ist offen für weitere Gruppen und Beratungsangebote.

Das Team der Beratungsstelle Laatzen dankt allen an den Sektorarbeitsgemeinschaften beteiligten Institutionen für die gute und produktive Zusammenarbeit.

Anschrift des Verfassers:

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Ulrike Jamroszczyk (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Sektorarbeitsgemeinschaft im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes für den Einzugsbereich Langenhagen, Isernhagen, Wedemark und Burgwedel trifft sich seit Gründung im Jahre 2005 regelmäßig dreimal jährlich. Die Treffen finden in den Räumen der Beratungsstelle Langenhagen Ostpassage statt. Im Durchschnitt sind ca. 30 Personen unterschiedlichster Einrichtungen und verschiedenster Versorgungsbereiche anwesend.

Hierzu gehören Vertreter/Innen der Städte und Gemeinden Langenhagen, Isernhagen, Burgwedel und Wedemark (Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe, Jugendamt, Gleichstellungsbeauftragte, Mobile Aufsuchende Jugendarbeit MAJA), der Kliniken (KfPP Langenhagen, KK Großburgwedel), der Betreuungsstelle Region Hannover, der Berufsbetreuer und des Betreuungsvereins der AWO, der Vormundschaftsgerichte (Hannover und Burgwedel), Vertreter der Polizei (Kommissariat Langenhagen, Mellendorf), der Job-Center (Langenhagen, Wedemark, Burgwedel), der Heimbetriebe (Haus Schwanenwik, Haus Mohmühle, Wohnpark Großburgwedel, Anna-Schaumann-Stift, Bachstrasse, AWO City-Park-Residenz, Pestalozzi-Stiftung), der Pflegedienste (DRK-Sozialstation Langenhagen, Pflegedienst Vorwerk-Gerth, Pflegedienst Grimm), der Lebens- und Suchtberatungsstellen (Langenhagen, Burgwedel, Isernhagen, Wedemark – Caritas, Diakonisches Werk), Frauennotruf Langenhagen, sowie Vertreter/Innen des Ambulant Betreuten Wohnens (SuPA GmbH, Pro Casa).

Wie in den vergangenen Jahren stand die Darstellung der Arbeitsinhalte der Mitglieder der AG im Mittelpunkt. Neben den Aufgaben der Lebensberatungsstelle für Burgwedel, Wedemark, Isernhagen und der Lebensberatungsstelle Langenhagen, wurde von den jeweiligen Vertretern der Einrichtungen auch die Arbeit der Institutsambulanz, Suchtambulanz und Ergo-Therapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen vorgestellt. Besonderes Interesse zeigen die Teilnehmer an den, für den freien Austausch vorgesehenen, Zeiträumen.

Resümee der gemeinsamen Erfahrungen durch den Austausch zahlreicher Informationen über die inhaltliche Arbeit ist die Ausgestaltung eines „Workshops“ durch die Beratungsstelle, in dem die Teilnehmer an der Strukturplanung und an der inhaltlichen Gestaltung der SAG-Treffen im kommenden Jahr aktiv teilnehmen werden.

Anschrift der Verfasserin:

Ulrike Jamroszczyk · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen · Ostpassage 7a · 30853 Langenhagen · E-Mail:Ulrike.Jamroszczyk@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

von Stefan Bartusch (*Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme*)

Die Beteiligung an den Sitzungen der Sektor-Arbeitsgemeinschaften Sozialer Dienste und Psychiatrischer Dienste im Jahr 2007 war insgesamt leicht rückläufig. Als Grund wurde zumeist eine dienstliche Überlastung genannt.

Die Sektor-AG Sozialer Dienste setzt sich aus Vertretern folgender Einrichtungen und Bereiche zusammen: Amtsgericht, Krankenhaussozialdienst, Altenpflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Behindertenhilfe am Sozialamt, Betreuungsstelle, Kommunalen Sozialer Dienst, Kommunalen Senioren Service.

An der Sektor-AG Psychiatrischer Dienste nehmen Vertreter aus folgenden Bereichen teil: stationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche des Krankenhauses (Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH), Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen (Wohnheime, Ambulant Betreutes Wohnen, Tageszentrum, Wohnprojekt), VPE, Vormundschaftsgericht.

Im Mittelpunkt der Treffen stand der Austausch von Informationen und Kooperationserfahrungen neben kasuistischen Diskussionen (z.B. Vorgehen in Notfallsituation). Weitere Themen waren die Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen rechtlicher Betreuung und Wiedereingliederungsmaßnahmen wie Ambulant Betreutem Wohnen. Als problematisch wurde erörtert die Situation der stationären Altenpflegeeinrichtungen im Hinblick auf ihre nervenärztliche Versorgung. Eine Rückfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung erbrachte, dass man das Problem kenne, jedoch keine Lösung sehe. Auch das behördliche Vorgehen bei Zwangsräumungen führe immer wieder zu psychischen Notsituationen, ohne dass im Vorfeld fachlicher Rat in Anspruch genommen wurde.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Stefan Bartusch · Medizinische Hochschule Hannover · Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie · Sozialpsychiatrische Poliklinik · Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme · Podbielskistraße 158 · 30177 Hannover · E-Mail: bartusch.stefan@mh-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Poliklinik I der Medizinischen Hochschule Hannover

von Susanne Steinmüller (*Sozialpsychiatrischer Dienst in der Psychiatrischen Poliklinik I der MMH*)

An der Arbeitsgemeinschaft nahmen verschiedene Anbieter des ambulant betreuten Wohnens, ein ambulant psychiatrischer Pflegedienst, eine Vertreterin des KSD, VertreterInnen der Hannoverischen Werkstätten und der stationären Einrichtungen (Betreuungskette Am Seelberg, Pflegeheime Dr. Wilkening) sowie MitarbeiterInnen unserer Poliklinik teil.

Thematisch fand zum Jahreswechsel eine Auseinandersetzung mit der Einführung des „persönlichen Budgets“ statt.

In den folgenden Sitzungen beschäftigten wir uns mit Lücken in der psychiatrischen Versorgung. Deutlich wurde, dass Alleinerziehende mit psychischen Erkrankungen oft mehr Entlastung im Alltag brauchen, als allein durch ambulant betreutes Wohnen zu gewährleisten ist. Besonders in Krisenzeiten und bei stationären Aufenthalten stellt sich die Frage nach einer guten Unterbringungsmöglichkeit für die Kinder. Hier wären eine Verbesserung in der Zusammenarbeit mit dem KSD sowie mehr ehrenamtlich engagierte „MentorInnen“ oder „PatInnen“ für die Begleitung dieser Familien wünschenswert.

Da in unserem Sektor viele Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr isoliert und mit vielen sozialen Problemen leben, bräuchten wir im Bereich der niedrig schwelligen Angebote mehr wohnortnahe Kontaktstellen, die Begegnung ermöglichen und auch sozialarbeiterische Unterstützung z.B. bei Anträgen vorhalten.

Bei den tagesstrukturierenden Angeboten beobachten wir einen Bedarf an Teilzeitplätzen, weil insbesondere chronifizierte Erkrankte es häufiger nicht schaffen, täglich mindestens fünf Stunden eine Tagesstätte aufzusuchen. Da es bereits Modellprojekte in Niedersachsen gibt, wird auch für Hannover nach einer solchen Möglichkeit gesucht.

Arbeit, möglichst in einem nichtpsychiatrischen Umfeld, erweist sich für viele KlientInnen als stabilisierender Faktor, wie sich sehr eindrucksvoll im Modellprojekt der MHH zeigt. Es wurden im Klinikum 10 Arbeitsgelegenheiten mit unterschiedlichem Stundenumfang für Menschen mit psychischen Erkrankungen geschaffen. Mehr Initiativen dieser Art würden zur Verbesserung der Lebensqualität unserer KlientInnen beitragen.

Weitere geplante Themen: Selbsthilfe

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Steinmüller · Medizinische Hochschule Hannover · Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie · Psychiatrische Poliklinik I · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover ·
Email: steinmueller.susanne@mh-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Regelung bestand weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle zwei Monate, jeweils am zweiten Dienstag des Monats, von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr traf. Insgesamt fanden bis einschließlich September 2008 fünf Sitzungen statt.

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, eine Mitarbeiterin des Kommunalen Sozialdienstes, der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des Ambulant Betreuten Wohnens von BETA`89 und Pro Casa, die Hannoversche Wohnassistenz, die Gesellschaft für Integration und Werte e. V., Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V. und des VPE, Mitarbeiter der Institutsambulanz und der Ergotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen, eine Mitarbeiterin der Vahrenheider Werkstatt sowie ein Mitarbeiter des Werkheimes e. V. und eine Mitarbeiterin vom Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentrum des Birkenhofes. Als neue regelmäßige Teilnehmerinnen konnten wir zwei Mitarbeiter vom Transkulturellen Betreuungsverein begrüßen.

Neben den Berichten aus den verschiedenen Einrichtungen stellten sich auch im zurückliegenden Jahr verschiedene Anbieter vor. Eine Mitarbeiterin von Carepool (Anbieter von Pflegedienstleistungen) berichtete über die Demenz-Wohngemeinschaften, die eingerichtet wurden.

Wir verschafften uns vor Ort ein Einblick in die Arbeit der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik in der Gartenstraße. Auch stellte sich FaB e. V. als Anbieter von Sozialpädagogischer Einzelfall- und Familienhilfe vor. Im Juni widmeten wir uns erneut dem Thema Vermittlung Arbeitssuchender und Berufsbegleitung von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben. Hier stellten zwei Mitarbeiterinnen des AWO-Integrationsfachdienstes ihre Arbeit vor.

In der September-Sitzung besprachen wir die Lücken, die in der psychiatrischen Versorgung innerhalb des Stadtteils bestehen.

- Trotz des Angebotes für suchtkranke Menschen in der Institutsambulanz Langenhagen ist die Versorgung suchterkrankter Menschen im Stadtteil Vahrenheide schwierig, da sie aus finanziellen Gründen die Ambulanz schlecht erreichen können.
- Aufgrund von fehlenden niedrigschwelligen Angeboten wird eine Kontaktstelle im Sektor der Plauener Straße vorgeschlagen. Hier könnten Gesprächsrunden, soziale Beratung und tagesunterstützende Maßnahmen stattfinden.
- Der Erhalt der Behandlungsermächtigung ist für den Sektor der Plauener Straße unerlässlich, da sich in räumlicher Nähe kein Facharzt niedergelassen hat.

Anschrift der Verfasserin:

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg- Empelde

von Martin Fochler (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Im Bereich der Beratungsstelle Ronnenberg -Empelde wurde quartalsweise ein Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft durchgeführt. Im Berichtszeitraum September 2007 bis September 2008 fanden folgende Veranstaltungen statt:

Sektorarbeitsgemeinschaft 17.10.2007

Themen: Neustrukturierung des Suchtbereiches nach Umzug (Fachabteilung Bad Rehburg nach Wunstorf).

Psychiatrische Versorgung durch das „ehemals“ LKH Wunstorf für den Beratungsstellensektor sowie zusätzliche psychiatrische Betten im Oststadtkrankenhaus.

Referenten waren Herr Dr. Unkel für den Suchtbereich, Frau Dr. Tammen und Frau Dr. Kirschnick-Tänzer.

Sektorarbeitsgemeinschaft 16.01.2008

Themen: Eingliederungshilfe für Junge Erwachsene. Herr Luczak -Frerichs, Jugendamt Region Hannover, referierte insbesondere auch zur Abgrenzung Eingliederungshilfe nach KJHG und SGB.

Außerdem stellte Frau Langelotz- Wanka Pro Aktiv vor.

Sektorarbeitsgemeinschaft 16.04.2008

Themen: Gerontopsychiatrische Institutsambulanz. Hierzu referierten Frau Dr. Diekmann als leitende Ärztin der Institutsambulanz sowie Frau Martin und Frau Gümmer sowie:

Ambulante psychiatrische Pflege. Hierzu referierten Herr Dr. Hamann-Roth und Frau Wilgeroth (Caritas).

Sektorarbeitsgemeinschaft 16.07.2008

Thema: Psychosozialer/Psychiatrischer Krisendienst (PPKD). Referent war Lothar Schlieckau. Weitere Ausführungen zu Praxisfragen ergänzte Frau Krumpholz.

Die nächste Sektorarbeitsgemeinschaft wird am 15.10.2008 stattfinden und einen Überblick über die psychiatrischen Versorgungsangebote innerhalb des Sektors der Beratungsstelle Empelde als Thema behandeln.

An den Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaften nahmen zwischen 19 und 28 Personen teil. Der Einladungskreis umfasst zurzeit 79 Personen, Institutionen, Organisationen bzw. Verwaltungen.

Die Themenauswahl wird von den Teilnehmern in der jeweiligen Sektorarbeitsgemeinschaft für das nächste Treffen bestimmt. Protokolle der Veranstaltung werden ebenso wie die Einladungen überwiegend per E-Mail bzw. teilweise per Post an den Einladungskreis versandt.

Anschrift des Verfassers:

Martin Fochler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Hansastr. 38 · 30952 Ronnenberg ·
E-Mail: Martin.Fochler@region-Hannover.de

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

von Uwe Blanke (*Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie*)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie tagt jeweils am ersten Donnerstag im Monat und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition und der höchsten Kontinuität. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 86 stimmberechtigte Mitglieder, 18 nichtstimmberichtigte Mitglieder und 21 Gäste mit beratender Stimme an. In bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Behandlung, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 65 Anbieter mit 27 Angebotsformen und ca. 200 Angeboten für Psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten.

Besondere Merkmale- im Vergleich zu anderen Sozialpsychiatrischen Verbänden sind die Mitgliedschaft des Vereins Psychiatrie Erfahrener (VPE) und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (AANB). Betroffene und Angehörige sind früh und nachhaltig an den fachlichen Diskussionsprozessen beteiligt.

Durchschnittlich haben an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Berichtszeitraum ca. 55 Personen – davon ca. 25 - 30 stimmberechtigte Mitglieder -teilgenommen. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches verstanden werden. Folgende Themen wurden bearbeitet:

02.08.07

- Unterhaltungspflicht, Regelungen in der Eingliederungshilfe (ambulant, teilstationär, stationär)
- Rückblick auf die Psychiatriewoche 2007

06.09.07

- Diskussion mit den Vertreterinnen/Vertretern der vier Psychiatrischen Versorgungskliniken in der Region, zum Thema Umsetzung der Hinweise des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie zur Situation auf den Akutstationen der betreffenden Kliniken nach dem Bericht der Besuchskommission des Arbeitskreises im Jahre 2004/2005

04.10.07

- Vorstellung der Burghof-Klinik als neuem Anbieter in der psychiatrischen klinischen Versorgung in der Region Hannover.
- Darstellung des Diskussionsstandes zur Regionalen Zielvereinbarung „Steigerung des Anteils von Personal mit abgeschlossener Zusatzqualifikation bei Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII für den Bereich des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover“
- Darstellung des Zwischenstandes der Umsetzung der Regionalen Zielvereinbarung „Verbesserung der Betreuungskontinuität bei psychosekranken Männern unter 25.“

01.11.07

- Vorstellung des Vereins ESTA (Verein zur Förderung emotionaler Stabilität e.V.) als neuer Anbieter in der Region Hannover. Anbieter von Wohnmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern.
- Offene Aussprache über mögliche neue Anforderungen/Lösungsansätze an das sozialpsychiatrische Versorgungsnetz

06.12.07

- Beantragung und Umsetzung des persönlichen Budget's für den Bereich der Region Hannover.
- Vorstellung und Erläuterung des neuen Formulars: Fachärztliche Stellungnahme/Empfehlung für die Beantragung von Eingliederungshilfe gemäß § 53 ff SGB XII.

07.02.08

- Wahl des Sprechers bzw. Sprecherin und der beiden VertreterInnen des AKG
- Neuaufnahmen: Psychiatrischer Fachpflegedienst Roddau (Springe), Praxis für Ergotherapie Vonholt (Hannover)

06.03.08

- „Bündnis gegen Depression Region Hannover“ Vorstellung des Konzeptes und des Entwicklungsstandes
- Neue Angebote des Zentrums Suchtmedizin im Klinikum Wahrenndorff

05.04.08

- Vorstellung der Arbeit der Besuchskommission für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung für das Gebiet Hannover.
- Aussprache über den Themenschwerpunkt des Sozialpsychiatrischen Plans 2008: Kinder- und Jugendpsychiatrie.

07.06.08

- Fortsetzung der Aussprache zum Themenschwerpunkt des Sozialpsychiatrischen Plans 2008: Kinder- und Jugendpsychiatrie

03.07.08

- Vorstellung der Gliederung des Sozialpsychiatrischen Plans 2009 (Schwerpunktthema: Arbeit für psychisch Kranke).
- Bericht aus der Fachgruppe Forensische Psychiatrie – Prävention und Nachsorge für psychisch Kranke im Maßregelvollzug

Die Übersicht der Themen läßt erkennen, daß der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie weiterhin regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt und neue Themen der psychiatrischen Arbeit aufnimmt. Gleichzeitig hat das Gremium eine Funktion der gegenseitigen Weiterqualifikation in für die Behandlung und Versorgung psychisch Kranker relevanter Fragestellungen die von hohem Nutzen für Betroffene, Angehörige und Professionelle ist.

Am 07.02.08 haben die turnusmäßigen Wahlen der SprecherInnen des AKG stattgefunden. Herr U. Blanke, Frau S. Kirschnick-Taenzer und Herr A. Türk stellten sich als Sprecher, Vertreterin und Vertreter wieder zur Wahl. Alle drei KandidatInnen wurden in getrennter Abstimmung einstimmig wiedergewählt.

Anschrift des Verfassers:

Uwe Blanke · Medizinische Hochschule Hannover · Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie · Carl-Neuberg-Str. 1 · 30623 Hannover · E-Mail: Blanke.Uwe@mh-hannover.de

Bericht des Regionalen Fachbeirates (RFP) Mitte 2007 bis Mitte 2008

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator der Region Hannover*)

Nachdem im letzten Sozialpsychiatrischen Plan 2008 in ausführlicherer Form eine Standortbestimmung des Regionalen Fachbeirates im Rahmen des Berichtes bezogen wurde, erfolgt nun für den oben genannten Zeitraum eine kurze Arbeitsübersicht der behandelten Themen.

Der RFP tagte in der Zeit von September 2007 bis September 2008 siebenmal.

Erstes Arbeitsfeld:

Beratung des Sozialdezernenten beziehungsweise der Region Hannover bezüglich möglicher Abschlüsse von Leistungsvereinbarungen für neue Angebote der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte nach SGB XII.

In dem genannten Zeitraum beschäftigte sich der RFP mit drei Neuanträgen im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen in denen jeweils eine entsprechende fachliche Stellungnahme an den Sozialhilfeträger Region Hannover abgegeben wurde. Teilweise lagen der Stellungnahmen mehrere Beratungstermine im RFP zugrunde. In allen drei Beratungsfällen konnte aus fachlicher Sicht jeweils keine positive Stellungnahme abgegeben werden. Es wurden jedoch in den fachlichen Stellungnahmen auch Lösungsmöglichkeiten für die beschriebenen Problemlagen aufgezeigt.

Zweites Arbeitsfeld:

Erstellung und Abarbeitung einer Themenagenda mit übergeordneten sozialpsychiatrischen Fragestellungen, bei denen eine Initiative des Regionalen Fachbeirates angezeigt erschien oder gefordert war.

Diese Agenda umfasste Punkte von der Einführung eines Krisenpasses in der Region Hannover bis hin zur Entwicklung der Psychiatrischen Notfallbereitschaft in der Region Hannover einschließlich der Fragen von Internetauftritt des Verbundes, wie auch Krisenstationen an Allgemein Krankenhäusern oder Behandlungsermächtigungen für Ärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover. In den meisten Punkten der Themenagenda konnte der Regionale Fachbeirat entsprechende fachliche Impulse in die jeweilige Fachdiskussion eingeben, beziehungsweise selbst initiieren. Einige Themenfelder sind noch offen (wie zum Beispiel Krisenstationen, beziehungsweise psychiatrische Abteilungen an Allgemein Krankenhäusern). Diese Themen werden aber weiter laufend behandelt.

Drittes Arbeitsfeld:

Die jeweilige Nachlese der Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie. Hier wurden die Schwerpunktthemen der jeweiligen Sitzungen des AKG nachbereitet. Dieses war insbesondere für Herrn Blanke, den Vorsitzenden des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, der regelmäßig als Mitglied an den Sitzungen des RFP's teilnimmt, hilfreich für die Vertiefung und Bearbeitung der Schwerpunktthemen des Arbeitskreises.

Insgesamt ist der Regionale Fachbeirat seiner Hauptaufgabe als beratendes Gremium des Sozialdezernenten der Region Hannover weiter gerecht geworden. Zusätzlich hat der Regionale Fachbeirat auch eigene Themen auf die Agenda gesetzt und hierzu beratend seine Position formuliert und in die Diskussion gebracht. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass zwar die Beratungstätigkeit im regionalen Zusammenhang in Anspruch genommen worden ist, dass aber Beratungsanfragen zum Beispiel des überörtlichen Sozialhilfeträgers, bei Neueinrichtung von Angeboten, beziehungsweise Abschlüssen von Leistungsvereinbarungen, faktisch im letzten Jahr nicht mehr erfolgten. Trotzdem wurden auch regional neue Angebote in anderer Kostenträgerschaft in der Region entweder neu eingerichtet oder erweitert.

Dieser zu kritisierende Punkt ist Anlass gewesen, dass der Sozialdezernent der Region Hannover eine Initiative starten will, bei den anderen Kostenträgern dafür zu werben, beziehungsweise dafür einzutreten, dass die Beratungskompetenz des Regionalen Fachbeirates auch von den anderen Kostenträgern in Anspruch genommen werden sollte

Anschrift des Verfassers:

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Weinstraße 2 · 30171 Hannover · E-Mail: Lothar.Schlieckau@region-hannover.de

2. Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen /Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover Berichtszeitraum 2007 und 2008

von Jürgen Gundlach (*Mitglied der Ombudsstelle*)

1. Vorbemerkungen

Die Beschwerdestelle (kurz: Ombudsstelle) nahm ihre Arbeit im Februar 2005 auf. Über die Entscheidungsgrundlagen, die zur Einrichtung der Ombudsstelle führten, und über die Geschäftsordnung als Fundament unserer Arbeit, haben wir ausführlich in unserem 1. Jahresbericht informiert.

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Tätigkeiten von Januar 2007 bis Dezember 2008. Für uns hat weiterhin die Geschäftsordnung in der Fassung vom 15. März 2006 Gültigkeit.

2. Sitzungen

Bis einschließlich Dezember 2008 haben insgesamt 23 Sitzungen, jeweils am zweiten Montag im Monat, stattgefunden. In diesem Zeitraum haben die Mitglieder der Ombudsstelle in Beschwerdefällen neben den obligatorischen Sitzungen an diversen Gesprächsterminen in der Region Hannover teilgenommen, um psychisch Erkrankten und deren Angehörigen helfend und beratend zu unterstützen.

3. Beschwerdefälle

Im Berichtszeitraum (Betrachtungsdauer: 24 Monate) wurden 52 Fälle bearbeitet. Das bedeutet eine Steigerung der Bearbeitungsfälle zum Vergleichszeitraum 2005 und 2006 (Betrachtungsdauer: 23 Monate, 34 Fälle) von 18 Fällen (= ca. 53 % Steigerung).

Die Beschwerden sind im Einzelnen wie folgt zu werten (Stückzahlbetrachtung):

1. Von welchen Personen wurden hauptsächlich Beschwerden an die Ombudsstelle gerichtet:
 - Von Betroffenen = 45 mal
 - Von Ehepartnern/Lebenspartnern (auch: gemeinsam mit Betroffenen) = 7 mal
 - Von Eltern = 2 mal

Woher kamen regional betrachtet die Beschwerden:

- Region Hannover, Bereich LH Hannover = 33 mal
- Region Hannover, Bereich Umland = 17 mal
- Außerhalb Region Hannover = 2 mal

Über welche Institutionen/Einrichtungen beschwerten sich die Beschwerdeführerinnen/Beschwerdeführer:

- Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf = 11 mal
- Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen = 4 mal
- MHH, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie = 2 mal
- Klinikum Wahrenndorff = 5 mal
- Betreuer = 8 mal
- ARGE, JobCenter, Sozialamt = 3 mal
- Sonstige, wie z.B. Wohnheime, private Einrichtungen, Institutionen der Eingliederungshilfe = 9 mal
- Weitere, die nicht direkt Institutionen/Einrichtungen zuzuordnen sind = 10 mal

Zum Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf ist anzumerken, dass diese Klinik die größte der 4 Kliniken ist und außerdem dort der Bekanntheitsgrad der Ombudsstelle als besonders hoch eingeschätzt wird.

Welche wesentlichen Gründe führten zu Beschwerden (Aufzählung):

- Probleme mit rechtlichen Betreuerinnen/Betreuern
- Ärztliche und klinische Behandlungen von Patientinnen/Patienten, wie z.B. geschlossene Unterbringung, zwangsweise Medikation
- Heimunterbringung/Betreuung im Heim
- Auseinandersetzungen mit der ARGE, dem JobCenter, dem Sozialamt

Die Bearbeitungsdauer richtet sich nach der Komplexität der Beschwerde, wie zum Beispiel beteiligte Personen/Institutionen. Unser Ziel ist es, die Beschwerden möglichst zeitnah abschließend zu bearbeiten. In Einzelfällen kann die Bearbeitung bis zu fast einem Jahr dauern. In diesem Zeitraum informieren wir die Beschwerdeführerinnen/Beschwerdeführer laufend über den derzeitigen Stand der Bearbeitung, zum Beispiel durch persönliche Gespräche, Telefonate oder

schriftliche Zwischenberichte. In Einzelfällen haben wir Beschwerden mehrfach, entweder mit gleichen oder anderslautenden Beschwerdeinhalten, bearbeitet.

Von exemplarischen Darstellungen von Beschwerden sehen wir ab, da wir in unserem 1. Jahresbericht drei Beispiele ausführlich abgehandelt haben.

4. Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit

Zur Verbreitung des Bekanntheitsgrades der Ombudsstelle wurden für Betroffene, Angehörige und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Betreuungs- und/oder Pflegeberufen ein neuer übersichtlicher einseitiger Flyer und ein gleich gestaltetes Informationsposter entwickelt und herausgegeben. Die Druckstücke, die z.B. Kliniken, Einrichtungen oder öffentlichen Gebäuden angeboten bzw. zugänglich gemacht wurden, sind an gut sichtbaren Flächen, wie z.B. an Informationstafeln oder am „schwarzen Brett“, auszulegen bzw. aufzuhängen.

Während der PsychiatrieWoche 2007 berichtete Herr Harig ausführlich über das Thema „Warum aus Betroffenenensicht die Arbeit einer Beschwerdestelle Sinn macht?“. Das Referat wurde im Buch Sozialpsychiatrische Schriften des Sozialpsychiatrischen Verbundes Region Hannover (Band 1) veröffentlicht.

Mitglieder der Ombudsstelle stellten regionsübergreifend auf Anforderung die Arbeitsweise, die Erfahrungen und praktische Fälle (anonym)

- im Sozialpsychiatrischen Verbund Braunschweig/Fachgruppe Beratung und Betreuung in Braunschweig, vertreten durch Frau Amende und Herrn Gundlach,
- in der Konferenz der AANB (Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.) im Klinikum Bremen-Ost, vertreten durch Herrn Gundlach,
- in der 14. Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes des Landkreises Nienburg/Weser, vertreten durch Herrn Gundlach,

vor und leisteten damit einen regionsübergreifenden Informationsaustausch, wie zum Beispiel bei grundsätzlichen Überlegungen zur Errichtung von Beschwerdestellen außerhalb der Region Hannover.

Weiterhin führten die Mitglieder der Ombudsstelle ein Informationsgespräch mit der unabhängigen Patientenberatung (UPD), Beratungsstelle Hannover, um Zielsetzungen und Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zu erörtern.

Den Mitgliedern der Ombudsstelle wurde ein „Ausweis“ zur Verfügung gestellt, der auf Nachfrage bei Gesprächen - in Verbindung mit dem Personalausweis- zur Legitimation vorzulegen ist.

5. Abschließende Betrachtungen

- Die Bearbeitung der eingehenden Anträge ist durch eine verbesserte Verfahrensweise, wie z.B. sofortiges Einholen von Vollmacht und Schweigepflichtsentbindungserklärung, erheblich zugunsten der Beschwerdeführerinnen/Beschwerdeführer beschleunigt worden.

Hierbei setzen sich die Mitglieder der Ombudsstelle nach Eingang der Beschwerden kurzfristig in Verbindung und stimmen untereinander die weitere Vorgehensweise ab.

- Gespräche mit Betroffenen, mit betreuenden oder pflegenden Berufen, mit öffentlichen Institutionen oder mit der „breiten“ Öffentlichkeit zeigen uns immer wieder, dass der Bekanntheitsgrad der Ombudsstelle in der Region Hannover, trotz vielfältiger Bemühungen, nicht stark ausgeprägt ist. Die Ursachen werden von den Mitgliedern der Ombudsstelle auch künftig analysiert, damit öffentlichkeitswirksame Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden können.

Für die Ombudsstelle:

Eva Amende, Margarete Wonnemann, Rudolf Breske, Jürgen Gundlach, Christian Harig

Geschäftsstelle und beratende Mitglieder:

Lothar Schlieckau, Psychiatriekoordinator Region Hannover

Dr. Thorsten Sueße, Teamleiter Gemeindepsychiatrie Region Hannover, Weinstr. 2,
30171 Hannover

Anschrift des Verfassers:

Jürgen Gundlach · Mitglied der Ombudsstelle · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund

Sonderteil

Hilfen für psychisch kranken Kinder, Jugendliche und deren Familien

von Stefan Pohl und Matthias Eller (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Wir begrüßen alle interessierten Leserinnen und Leser der Seiten für den Bereich „Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche“. Die meisten Anbieter im Kinder- und Jugendbereich, die im Sozialpsychiatrischen Verbund integriert sind, haben in diesem Jahr sehr informativ und inhaltlich interessant berichtet, so dass beim Lesen der Dokumentation die Möglichkeit besteht, Trends und innovative Ideen, aber auch Schwachpunkte der Versorgung zu erfahren. Sicherlich können die Beiträge nur einen Ausschnitt der sozialpsychiatrischen Versorgung darstellen, jedoch ergeben sich dadurch wichtige Vergleichsmöglichkeiten, die zum weiteren Austausch der verschiedenen Anbieter (z. B. innerhalb der Fachgruppe) beitragen können. An dieser Stelle möchten wir uns für die eingebrachten Beiträge bedanken. Wir hoffen, dass die Dokumentation in der Zukunft noch mehr zur Weiterentwicklung der Versorgung beitragen kann. Wir haben die Beiträge ohne inhaltliche Korrekturen übernommen.

Den folgenden Text haben alle Adressaten von uns zugesandt bekommen:

„Es wäre interessant, wenn Sie zu folgenden Stichwörtern einige Zeilen zukommen ließen:

- 1. Zur Versorgungssituation in meiner Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich (Belegung, Wartezeiten, Statistik, Personalstand, ...):*
- 2. In meiner/unserer Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich hat sich im Jahr 2006 folgendes verändert (konzeptionelle Veränderungen, neue Abteilungen, verändertes Klientel, ...):*
- 3. Es wird bei uns folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet:“*

Inhalt:

- Ambulante Versorgung
- Ambulante Versorgung durch Einrichtungen im Überschneidungsbereich von Kinder und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Erziehungsberatung
- Stationäre Versorgung
- Eingliederungshilfen

Ambulante Versorgung

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereiches Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover (OE 53.10.20)

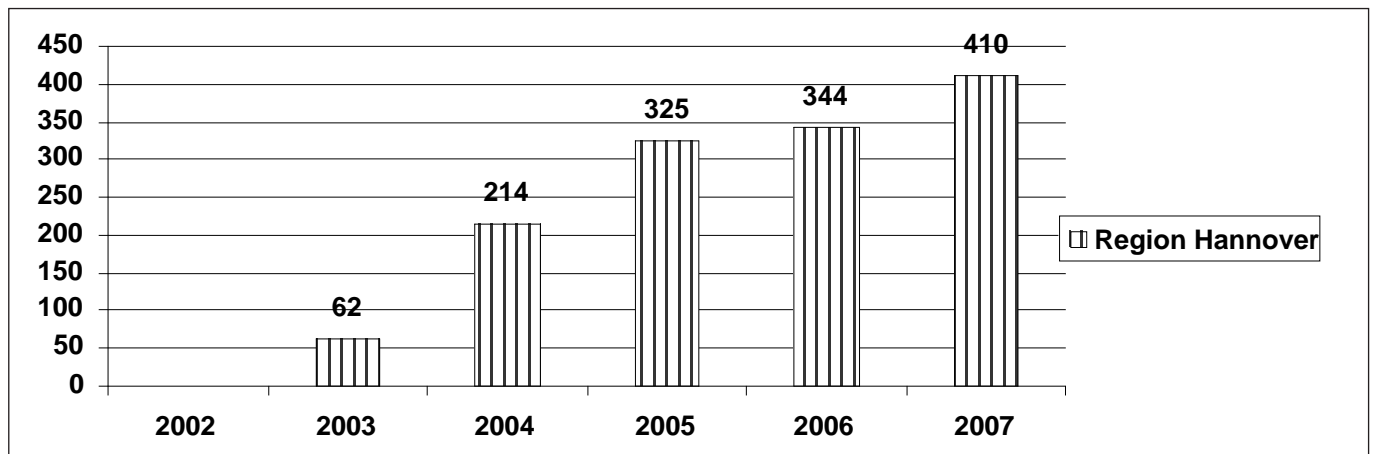
von Stefan Pohl (*Team Gemeindepsychiatrie*)

1. Zur Versorgungssituation in der Beratungsstelle:

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle hat ihre Statistik 2007 erstmals ausschließlich mit dem einheitlichen Datenverarbeitungsprogramm des Teams Gemeindepsychiatrie „BADO-K“ durchgeführt. Dabei sind diverse Probleme und Lücken entstanden, so dass die Statistik entsprechend

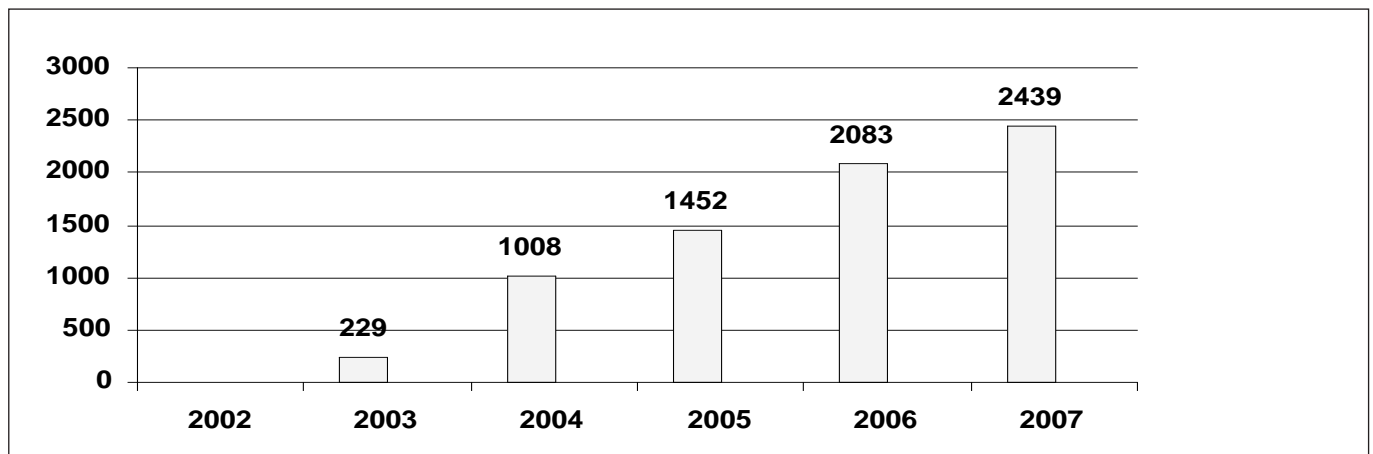
unvollständig und stellenweise wenig aussagekräftig ist. Mit den gleichen Problemen hatte eingangs auch der Erwachsenendienst zu kämpfen. Wir arbeiten daran, die Datenerhebung zu verbessern und hoffen für das nächste Jahr auf vollständigere Zahlen. Eine Übersicht ist dennoch möglich:

Klientenzahlen



Insgesamt ist ein leichter Anstieg der statistisch ausgewerteten Kontakte von 344 auf 410 zu verzeichnen - die Klienten also, die mindestens einen persönlichen Kontakt (incl. Hausbesuchen) wahrgenommen haben

Anzahl der Kontakte



Die Anzahl der persönlichen Kontakte für eine Beratung in unterschiedlichem Setting (Einzel-, Gruppen- oder Familienberatung) ist nochmals leicht angestiegen. Ebenso ist die Anzahl der durchgeführten Hausbesuche bzw. Hospitationen (z. B. in der Schule, im Heim oder in der Klinik) von 85 im Jahr 2006 auf 155 im Jahr 2007 angestiegen.

Die grundlegenden Basisdaten haben sich ansonsten kaum verändert (> s. SPP 2008). Die Altersstruktur der Klientinnen und Klienten bildet eine Ausnahme: Diese hat sich zugunsten der Betreuung von älteren Kindern und vor allem Jugendlichen verschoben.

2. Veränderungen in der Beratungsstelle

Im Jahr 2007 gab es keine statistisch relevanten personellen Veränderungen, bis auf einen Personalwechsel im November 2007: Unsere Diplom Sozialpädagogin Bianca Jungwirth ist leider ausgeschieden. Sie hatte übergangsweise nach ihrem Berufspraktikum die Vertretung von Astrid Zielhofer (Elternzeit) übernommen. Gleichzeitig ist Fr. Zielhofer zunächst mit reduziertem Stundenumfang wieder zu unserem Team zurückgekehrt. Die restlichen Stunden ihrer Vollzeitstelle hat Verena Handtke übernommen und so ihre Teilzeitstelle für zunächst ein Jahr aufgestockt.

Zudem hat sich mit dem Umzug im April von der Arnswaldtstraße zur Podbielskistraße 168 eine wesentliche Veränderung gegeben. Der neue Standort der Beratungsstelle ist mittlerweile allgemein bekannt und hat zu keinen relevanten Nachteilen in der Betreuung der Familien geführt. Wir sind weniger zentral – jedoch gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln angebunden, so dass uns Familien aus dem Umland ebenfalls relativ gut erreichen können.

3. Entwicklungen und Trends im KJP Bereich

Wir hatten im Jahr 2007 verhältnismäßig viele männliche Jugendliche, die depressiv sowie sozial zurückgezogen leben und dabei schulabstinentes Verhalten zeigen und eine Online-Spielsucht entwickelt haben. Einige haben bereits ohne Erfolge vielfältige Helfersysteme genutzt. Andere sind schwer zu erreichen, so dass auf Wunsch der Sorgeberechtigten ein Hausbesuch notwendig wurde.

Ansonsten sind uns erneut lange Wartezeiten bis zu einem halben Jahr für eine ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie aufgefallen.

Anschrift des Verfassers:

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

Winnicott-Institut

von Michael Kögler (*Leiter der Ambulanz und des Winnicott-Instituts*)

1. Versorgungssituation

Zurzeit warten ca. 150 Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern auf einen Termin für ein diagnostisches Erstgespräch. Nach Indikationsstellung zur ambulanten Psychotherapie gibt es bei uns nochmals _ Jahr Wartezeit.

2. Trend/Entwicklung

Es ist ein Medizinisches Versorgungszentrum zum Abbau der Wartezeiten geplant.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Michael Kögler · Winnicott Institut · Geibelstraße 104 · 30173 Hannover · E-Mail: info@winnicott-institut.de

Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten

von Rainer Janitzek (*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*)

Gegenwärtig sind, laut kassenärztlicher Vereinigung, 82 Kinder- und Jugendpsychiater in Niedersachsen niedergelassen, die ca. 21.000 Patienten pro Quartal versorgen. In Hannover und in der Region Hannover gibt es 19 niedergelassene Praxen, von denen 13 Praxen im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung arbeiten. 3 dieser Praxen sind Gemeinschaftspraxen mit 2, bzw. 3 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Schnitt versorgt ein Kinderpsychiater 350 bis 400 Patienten im Quartal, so dass von ca. 7000 bis 8000 durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater versorgten Patienten pro Quartal ausgegangen werden kann.

Trotz dieser hohen Versorgungsdichte sind die Wartezeiten im Schnitt 2 bis 3 Monate. Mittlerweile haben fast alle Praxen Notfall-Termine eingerichtet zur kurzfristigen Abklärung kinderpsychiatrischer Notfälle. Neben Diagnostik wird Therapie angeboten, wobei insbesondere Gruppentherapien in den sozialpsychiatrischen Praxen angeboten werden. Das Altersspektrum umfasst Kinder und Jugendliche von 2 bis 21 Jahren, deutlicher Schwerpunkt liegt im Grundschul- und Sekundarstufen I-Alter.

Zunehmend werden Multiproblem-Familien vorstellig, auch Zunahme von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Weiter ist eine deutliche Zunahme von psychischen Reaktionen auf den zunehmenden Schuldruck zu erkennen, zunehmend psychosomatische Reaktionen, aber auch eine gewisse Zunahme von Mobbing unter Schülern mit entsprechenden, z.T. heftigen Betroffenenreaktionen, insbesondere in weiterführenden Schulen. Desweiteren wie schon im Vorjahr besteht eine Tendenz zur Zunahme an Diagnosen des Asperger-Syndroms.

Angesichts des geplanten Gesundheitsfonds sind sämtliche Einzelverträge der Krankenkassen mit Berufsverbänden in der Überprüfung, insbesondere auch die Sozialpsychiatrievereinbarung. In anderen Bundesländern wurde diese schon vorsorglich seitens der Krankenkassen gekündigt, dies gilt für Niedersachsen noch nicht. Sämtliche Krankenkassen haben aber Interesse am Weiterbestehen dieser Vereinbarung geäußert. Nichtsdestotrotz bringt dies erneut Verunsicherung in die Versorgungslandschaft.

Anschrift des Verfassers:

Rainer F. Janitzek · Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie · Brabeckstr. 167B · 30539 Hannover ·
E-Mail: kontakt@praxis-janitzek.de

Ambulante Versorgung durch Einrichtungen im Überschneidungsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Erziehungsberatung

Familien- und Erziehungsberatungsstellen in Barsinghausen, Burgdorf und Neustadt, Fachbereich Jugend der Region Hannover

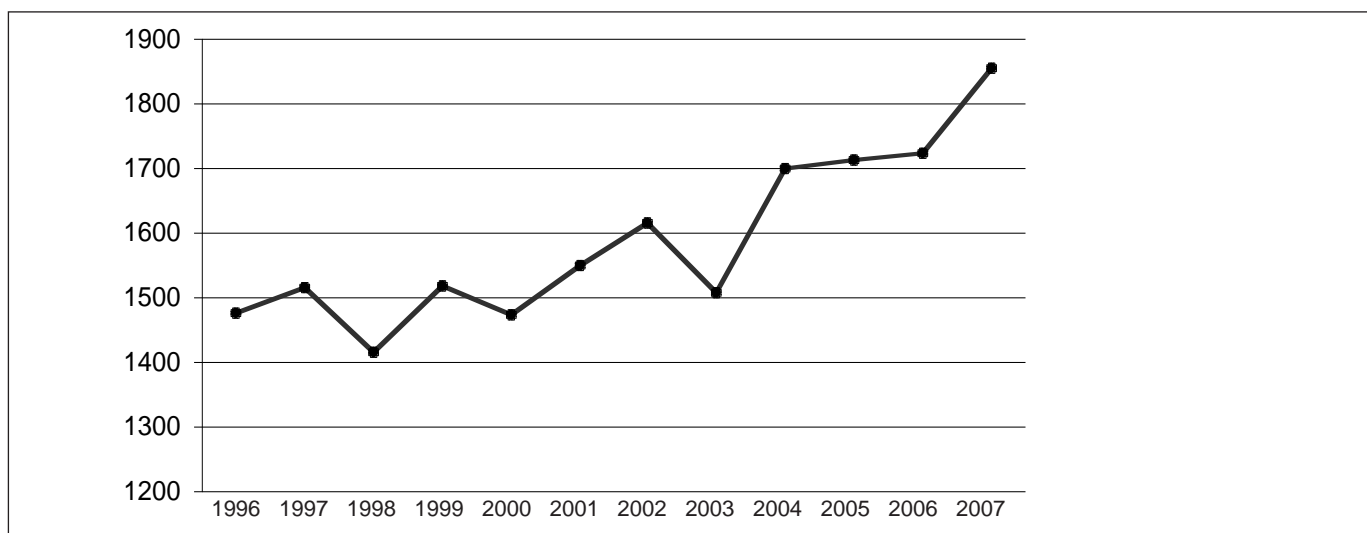
von Matthias Möller (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

1. Versorgungssituation:

In den drei Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover wurden im Jahr 2007 insgesamt 1854 Familien oder auch Jugendliche und junge Erwachsene beraten. Zusätzlich wird die Region durch 12 von ihr finanziell geförderte Beratungsstellen der Freien Träger mitversorgt: Ev. Beratungszentrum Hannover, Lebensberatungsstelle Isernhagen, Beratungsstelle für Erziehungs- und Lebensfragen Garbsen, Hannoversche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung, Gesellschaft für pädagogisch-psychologische Beratung Hannover, Hinterhaus Hannover, ev. Lebensberatungsstelle Laatzen, Lebensberatungsstelle Langenhagen, ev. Familien- und Lebensberatungsstelle Ronnenberg.

Zwei Drittel unserer Beratungsfälle konnten im Berichtsjahr abgeschlossen werden, bei einem Drittel wurde die Beratung im Folgejahr fortgesetzt. In Gebieten, die verkehrsmäßig ungünstig zur Beratungsstelle liegen oder die einen besonderen Beratungsbedarf haben, werden Sprechstunden angeboten. Während von den 15 Fachkraftstellen in den letzten beiden Jahren nur 13,5 Planstellen besetzt waren, stieg die Zahl der Beratungsfälle, wie die nachfolgende Tabelle zeigt, deutlich an, im Vergleich zum Vorjahr sogar um 131 Beratungsfälle. Vermehrt werden Klienten mit hohem Beratungsbedarf von den Sozialen Diensten an die FEBs der Region empfohlen.

Bearbeitete Fälle im 12-Jahres-Vergleich



Insgesamt nahmen die drei regionseigenen Beratungsstellen im Berichtsjahr 1217 Anmeldungen entgegen.

Schwerpunkt der Beratung war Erziehungsberatung nach § 28 und Trennungs- und Scheidungsberatung nach § 17 SGB VIII. In etwas mehr als der Hälfte aller Fälle standen die Eltern im Fokus der Beratung. 36 % der Beratungen wurden vorrangig mit der gesamten Familie durchgeführt, und in 10 % der Fälle lag der Schwerpunkt der Beratung auf Interventionen mit dem Kind, dem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen selbst.

Wartezeiten wurden in dringenden Fällen ganz vermieden und sonst so gering wie möglich gehalten, soweit der Personalschlüssel eine bald mögliche Versorgung zuließ.

1. Veränderungen

Ziel der Beratungsstellen der Region ist eine flächendeckende Versorgung mit Beratungsleistungen. Da die Gemeinde Uetze den Zuzug junger Familien zum Anlass nahm, ein Familienbüro in Uetze einzurichten, findet in diesem Rahmen seit September 2007 montagnachmittags eine Sprechstunde der FEB Burgdorf im Schulzentrum statt. Zugleich wurde entschieden, die Präsenz der FEB Barsinghausen in der Außenstelle Springe zu reduzieren und dafür im Jahre 2008 eine weitere Außenstelle in Seelze zu eröffnen. Ein Mitarbeiter ist dort seit dem 1.3.2008 an jedem Montag erreichbar.

Da der Diagnoseschlüssel entsprechend den Vorgaben der neuen Bundesstatistik verändert wurde, ergibt sich ein neuer Überblick über die Gründe der Hilfestellung, erhoben durch die fachliche Beurteilung der Beratungsfachkräfte zu Beginn der Beratung. Siehe Tabelle.

Gründe für die Hilfestellung	%
Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte aufgrund von Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind, Eltern-/Paarkonflikten, Stiefeltern- oder Pflegekinderkonflikten, Trennung/Scheidung, migrationsbedingte Konflikte	36
Eingeschränkte Erziehungskompetenz durch Erziehungsunsicherheit, pädagog. Überforderung, unangemessene Verwöhnung oder Erwartung	18
Entwicklungsauffälligkeiten/ seelische Probleme des jungen Menschen Entwicklungsrückstand, emotionale Probleme wie Ängste, Zwänge, selbstverletzendes Verhalten oder auch körperlich-seelische Auffälligkeiten wie Einnässen, Einkoten, Ess- oder Schlafstörungen	15
Auffälligkeiten im sozialen Verhalten	
Gehemmtheit, Isolation, Aggressivität, Drogen-/Alkoholkonsum, Delinquenz etc.	12

Schulische/berufliche Probleme des jungen Menschen Schwierigkeiten mit Leistungsanforderungen, Konzentrationsprobleme (ADS, Hyperaktivität), Hochbegabung, Schulschwänzen, Mobbingopfer	11
Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern aufgrund von körperlicher oder psychischer Erkrankung, Suchtverhalten, geistige oder seelische Behinderung	4
Gefährdung des Kindeswohls durch Traumatisierung oder Vernachlässigung, Verwahrlosung des jungen Menschen	2
Unzureichende Förderung/Betreuung/Versorgung in der Familie durch soziale, gesundheitl., wirtschaftl. Probleme	1
Unversorgtheit d. jungen Menschen durch Ausfall der Bezugspers. durch Krankheit, stationäre Unterbringung, Tod etc.	1

Die Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Kindertagesstätten ist insofern verstärkt worden, als die FEBs nicht nur über ihre Tätigkeit informierten, sondern auf Anfrage auch zu spezifischen Themen Stellung nahmen.

2. Geplante neue Projekte

Im Jahr 2008 soll ein Projekt zum Thema „frühe Hilfen für Eltern“ geplant und 2009 umgesetzt werden. In drei im Einzugsbereich ausgewählten Kindertagesstätten wollen die FEBs Beratung für Eltern junger Kinder anbieten, niederschwellig und präventiv, ehe gravierende Verhaltensauffälligkeiten überhaupt entstehen.

Anschrift des Verfassers:

Matthias Möller · Region Hannover · Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstelle Burgdorf · Spittaplatz 5 · 31303 Burgdorf · E-Mail: Matthias.Moeller@region-hannover.de

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie

von Michael Wachtendorf (Leitender Psychologe)

Das SPZ gab an, dass die Wartezeiten trotz Personalerweiterung noch lang (1/2 bis _ Jahr) sind. Die Anzahl der Anmeldungen steigt stetig. Der Bereich „Autismusdiagnostik“ wurde erweitert. Nachfolgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich wurde beobachtet: Die unterschiedlichen Störungsbilder nehmen an inhaltlicher Intensität zu. Die Elternkompetenzen nehmen eher ab. Projekte: Heidelberger Elterntermin, Elterngruppen für Eltern von autistischen Kindern (Asperger, HF, Ass).

Anschrift des Verfassers:

Michael Wachtendorf · SPZ · Janusz-Korczak-Allee 8 · 30173 Hannover · E-Mail: Wachtendorf@hka.de

Stationäre Versorgung

Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf

von Anette Redslob (*Chefärztin, kommissarisch*)

Das ehemalige LKH Wunstorf hat seit dem 03.01.2008 einen neuen Träger, das Klinikum Region Hannover GmbH und einen neuen Namen: Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH.

In der Versorgungssituation der Abteilung hat es in 2007 keine wesentlichen Veränderungen gegeben. Versorgungssektoren und Zahl der stationären (30) und teilstationären (8) Plätze sind unverändert. Auffällig ist eine bereits für 2006 beschriebene anhaltend hohe Zahl an Notaufnahmen in der Klinik, meist auf der Jugendlichenstation, mit dem Resultat einer auch für 2007 hohen Fallzahl bei weiterhin relativ geringer Verweildauer. Auf der Jugendlichenstation (14-18 Jahre) konnten in 2007 bei 83 % Notaufnahmen nur noch 17 % von der regulären Warteliste in stationäre Therapie genommen werden, so dass Wartezeiten für die Jugendlichen und ihre Familien bis zu 6 Monaten entstanden sind. Auf den übrigen Stationen (Kinderstation 5-12 Jahre/altersgemischte Station 10-15 Jahre) lagen die Wartezeiten bei etwa 3-4 Monaten.

Um Fehlplatzierungen von Jugendlichen, die aufgrund ihrer psychischen Störung besonderer Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen bedürfen, auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie zu vermeiden, wurden solche Jugendliche oft unter hohem Personaleinsatz versucht, auf der offenen Jugendlichenstation unter fakultativer Schließung zu behandeln. Dies sowie eine gute Kooperation mit der Krisenstation der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinderkrankenhauses auf der Bult haben dazu geführt, dass in 2007 nur noch in einzelnen Fällen und meist nur für einen Tag Jugendliche zu ihrem Schutz auf geschlossenen Stationen im Erwachsenenbereich untergebracht werden mussten. Der Bedarf für eine eigene Krisenstation für besonders geschützt unterzubringende Kinder und Jugendliche wird weiterhin gesehen.

Für die Institutsambulanz gab es auch in 2007 eine anhaltend hohe Nachfrage für Termine. Die Fallzahl ist auf über 1800 gestiegen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institutsambulanz haben ein Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt, versorgen und beraten auf Anfrage in Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie auch Kinder und Jugendliche von Eltern, die in der Erwachsenenpsychiatrie stationär oder ambulant behandelt werden bzw. beraten auch diese Eltern. Dieses Angebot soll weiter ausgebaut werden. Die Gruppenangebote in der Institutsambulanz wurden nochmals erweitert.

Anschrift der Verfasserin:

Anette Redslob · Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf · Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie · Südstraße 25, · 31515 Wunstorf · E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu

Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses auf der Bult

von Christian Schnetzer (*Chefarzt*)

1. Zur Versorgungssituation in der Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich (Belegung, Wartezeiten, Statistik, Personalstand,...)

KJP-Abteilung war im Jahresschnitt voll belegt, KJP-Notfälle aus dem Sektor werden sofort aufgenommen, weniger dringliche Patienten warten bis 2-3 Monate auf Aufnahme. Ambulante Steigerung der Fälle von 560 (2003) auf 750 (2004). Überregional therapiert die KJP Traumapatienten (nach Vorstellung in der Traumasprechstunde, suchtkranke Jugendliche, Essstörungen (Magersucht, Bulimie), sowie Diabetiker mit selbstdestruktiver Compliance. Die personelle Ausstattung erfolgt gemäß den Richtlinien der Psych. PV.

2. In der Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich hat sich im Jahr 2007 folgendes verändert (konzeptionelle Veränderungen, neue Abteilungen, verändertes Klientel,...)
Januar 2007 wurde die Tagesklinik eröffnet für Patienten von ca. 5-17 Jahren und 12 Plätzen. Die Nachfrage ist enorm, Auslastung > 100 %.
Die Umgestaltung der offenen Station in 3 Jugendlichen und 1 Kinderstation hat sich bewährt. Im sozialtherapeutischen Bereich wird ein breites Angebot gezielter Gruppenaktivitäten angeboten.
In der Ambulanz wird eine tiefenpsychologisch interaktionelle Gruppe für strukturell gestörte Jugendliche angeboten, die sehr gut angenommen wird.
Verstärkt alkoholintoxizierte, teils auch agitiere Patienten nach Comasaufen in zunehmend jüngerem Alter.
3. Es wird folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet:
Zunahme von desolaten, haltlosen familiären Strukturen, schwierigen sozialen Verhältnissen. Flucht im Internet und virtuelle Welten mit Umwandlung des Schlaf-/Wachrhythmus und Scheitern an der Realität.
Einrichtung eines Case-Managements in der KJP mit zunächst _ Stelle für 3 Jahre. Geplant ist eine weitere Verstärkung der Vernetzung hin zur Jugendhilfe, um wirksamere frühere Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Christian Schnetzer · Kinderkrankenhaus auf der Bult · Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie · Janusz-Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover · E-Mail: Schnetzer@hka.de

Bericht aus der Niedersächsischen Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim

von Hans-Jörg Bethge (*Leitender Psychologe*)

Die Anlage liegt reizvoll in einem Grüngürtel am Stadtrand von Hildesheim und verfügt über ein großes Park-, Spiel- und Sportgelände sowie über ein Schwimmbad. Im vollstationären Bereich bietet die Klinik 72 Behandlungsplätze, verteilt auf 7 Stationen. Die Tagesklinik arbeitet mit 14 Behandlungsplätzen verteilt auf 2 Stationen. Ein weiterer Bestandteil ist die Institutsambulanz. Die Aufgaben umfassen die Prävention, Diagnostik und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Dort wird geholfen in psychischen Krisensituationen, bei Beeinträchtigungen der seelischen und körperlichen Entwicklung, bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, bei Verhaltensstörungen und bei Suchtproblematiken leistet die Klinik eine Akutentgiftung.

Die Klinik hat einen Versorgungsauftrag für folgenden Einzugsbereich:
Stadt und Landkreis Hildesheim
Landkreis Hameln-Pyrmont
Südliche Bezirke des Landkreises Hannover
Landkreis Goslar
Stadt Salzgitter und Northeim

Spektrum des Behandlungsangebots

Die Behandlung ist verhaltenstherapeutisch und systemisch orientiert und geht auf die Anliegen und Bedürfnisse aller Beteiligten ein. Dort wird multiprofessionell therapiert und es wird je nach vorliegendem Störungsbild für den Patienten individuell ein Behandlungsplan vom Team erstellt. Das Team bestand 2007 einschließlich der Mitarbeiter aus der Institutsambulanz aus 3 Fachärzten, 9 Assistenzärzten, 8 Psychologen, 6 Sozialpädagogen, 7 Fachtherapeuten, 2 Psychologisch-Technische-Assistentinnen sowie ca. 100 Mitarbeitern im Pflege- und Erziehungsdienst.

Auf der Station wird nach dem Bezugspersonensystem im Pflege- und Erziehungsdienst gearbeitet, d.h. dass ein Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsdienst auf eine besondere Art und Weise eine Beziehung zu dem Patienten eingeht und sich für diesen verantwortlich fühlt und sich um alle Belange des Betreffenden kümmert.

Allgemeines Ziel ist es, die systemische und verhaltenstherapeutische Kompetenz der Mitarbeiter zu stärken. Hierzu wurden die Behandlungskompetenzen der Mitarbeiter erweitert durch berufsübergreifende Fortbildungen in den Bereichen Behandlung von Zwangserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von Traumata mittels EMDR, der Dialektisch-Behaviorale Therapie von Borderline-Störung und dem SELBST-Programm (Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen).

In der Institutsambulanz sind feste Elterngruppen für Triple-P und für Eltern von ADHS-betroffenen Kindern sowie das SELBST-Programm für Jugendliche und eine Kindergruppe zur Förderung sozialer Kompetenzen installiert.

Im Freizeitbereich wurden die erlebnispädagogischen Maßnahmen wie Klettern, therapeutisches Reiten und Waldgruppen ausgebaut.

Es wird eine kontinuierliche Zunahme von ADHS- und Schulvermeidungsproblematiken sowie von erheblichen Erziehungsdefiziten bei Eltern beobachtet.

Anschrift des Verfassers:

Hans-Jörg Bethge · AMEOS Klinikum Hildesheim · Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie ·
Goslarsche Landstraße 60 · 31135 Hildesheim · E-Mail: hanb.kjp@hildesheim.ameos.de

Eingliederungshilfen

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH

von Christine Voigt (*Leitende Dipl. Pädagogin*)

- Schule im Bonhoeffer-Haus – anerkannte Tagesbildungsstätte – (Tabi)
- Sonderkindergarten (SoKi)
- Wohngruppen für autistische Kinder und Jugendliche (WG)
- Ambulanz und Beratungsstelle (A)

Die Versorgungssituation stellt sich in den einzelnen Einrichtungen wie folgt dar:

- Tabi/Soki: insgesamt 36 Kinder, davon 34 Kostenanerkennnisse nach SGB XII, 2 nach SGB VIII. Die Einrichtung ist zurzeit ausgelastet.
- WG: 12 Plätze belegt, regelmäßige Abgänge und Neuaufnahmen
- A: 65 Kinder und Jugendliche, davon 1/3 der Kostenanerkennnisse nach SGB XII, 2/3 nach SGB VIII

Veränderungen seit 2007:

- (A) Im Arbeitsfeld der ambulanten Förderung der autistischen Kinder und Jugendlichen wird eine deutliche Zunahme der Kostenanerkennnisse nach SGB VIII, also der Kinder und Jugendlichen mit Asperger-Autismus, verzeichnet.
- (WG) In den Wohngruppen ist festgestellt worden, dass der Hilfebedarf der neu aufgenommenen Kinder und Jugendlichen deutlich höher ist als bisher. Bezüglich der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern (SGB XII) wird die Erfahrung gemacht, dass diese sehr zögerlich Kostenanerkennnisse ausstellen und die Einrichtung dadurch Fehlzeiten in der Belegung hinnehmen muss.
- (Tabi/Soki) In der Schule sowie im Sonderkindergarten werden vermehrt Kinder aufgenommen, deren Familien einen erhöhten Gesprächs- und Begleitungsbedarf haben.

Anschrift der Verfasserin:

Christine Voigt · Therapiezentrum für autistische Kinder gemeinnützige mbH · Prinz-Albrecht-Ring 63 · 30657 Hannover

Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen

von Holger Thiermann (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

Anträge auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen werden für den Zuständigkeitsbereich der Region Hannover (Region Hannover ohne die Städte Burgdorf, Laatzen, Langenhagen, Lehrte, Springe und Stadt Hannover) von der Arbeitsgruppe 51.LD bearbeitet. In der Arbeitsgruppe werden die Anträge aufgenommen, die notwendige Diagnostik durchgeführt und die Entscheidungen über die Gewährung von Eingliederungshilfe getroffen. Für die Städte Burgdorf, Laatzen und Springe wird die Diagnostik durchgeführt.

2007 wurde zusätzlich ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit 19 Wochenstunden eingestellt, so dass der Arbeitsgruppe 13 Fachkräfte mit 137 Arbeitsstunden pro Woche (3,5 Personalstellen) und 2 Schreibkräfte mit insgesamt 58,5 Std. pro Woche (1,5 Personalstellen) zur Verfügung standen.

Ab 01.10.2007 wird in der Arbeitsgruppe 51.LD gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Untersuchung der seelischen Gesundheit nur noch von entsprechenden Fachkräften gemäß § 35a, Abs. 1a SGB VIII durchgeführt. Andere Fachkräfte innerhalb der Arbeitsgruppe prüfen die (drohende) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und entscheiden letztendlich über die Bewilligung oder Ablehnung der Anträge auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII.

Bearbeitet wurden 2007 insgesamt 655 Anträge, davon ca. 68% im Zusammenhang mit vorliegenden Lese- und Rechtschreibstörungen, ca. 27% im Zusammenhang mit einer vorliegenden Rechenstörung und ca. 5% im Zusammenhang mit kombinierten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. In ca. 73% der gestellten Anträge kam die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis, dass eine Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII nicht vorliegt, in ca. 6% der Fälle haben Eltern den Antrag auf Eingliederungshilfe zurückgenommen.

Im Durchschnitt mussten die Eltern mit ihren betroffenen Kindern ca. 4 - 5 Mon. ab Antragstellung auf einen Diagnostiktermin und einen anschließenden Bescheid über ihren Antrag warten.

Die gestellten Antragszahlen sind im Jahre 2007 (697) im Vergleich zum Jahre 2006 (704) auf hohem Niveau stabil geblieben.

Anschrift des Verfassers:

Holger Thiermann · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover ·
E-Mail: Holger.Thiermann@region-hannover.de

Teilstationäre und Stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung von Michael Theidel (*Pestalozzi Stiftung, Jugendhilfe*)

1. Zur Versorgungssituation

Stationäre Jugendhilfe:

Die Wohngruppen mit 81 Plätzen waren im Jahr 2007 kontinuierlich gut ausgelastet. Für die drei 5-Tage-Gruppen wurde 2007 eine Rückführungsquote von 75 % (20 Rückführungen bei 27 Plätzen) erreicht. Die gute Belegungssituation hat sich 2008 in der stationären Jugendhilfe stabilisiert. Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im stationären Bereich. Für 2007 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden konstant.

Teilstationäre Jugendhilfe:

Die Tagesgruppen mit 43 Plätzen waren im Jahr 2007 voll belegt. Die Belegungsdauer umfasste in der Regel zwei Jahre. Bei drei Kindern zeigte sich im Verlauf der Hilfe, dass eine teilstationäre Maßnahme nicht ausreicht. Mit einer internen Verlegung in eine 5-Tage-Gruppe konnte dem veränderten Hilfebedarf der Eltern und ihrer Kinder nachgekommen werden. Es gab keine Wartezeiten bei den Aufnahmeanfragen im teilstationären Bereich. Für 2007 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden konstant.

Ambulante Jugendhilfe:

Flexible Erziehungshilfen:

Die Fallzahlen im Bereich der Flexiblen Erziehungshilfen haben seit 2007 bis heute deutlich zugenommen und das Mitarbeiterteam hat sich vergrößert. Von ursprünglich fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei 26 Fällen zum Anfang des Jahres 2007 ist das Team der Flexiblen Erziehungshilfen auf mittlerweile zehn Mitarbeitende bei aktuell 54 Fällen angestiegen. Die Wartezeiten im Bereich der Flexiblen Erziehungshilfen konnten trotz dieser gestiegenen Nachfrage gering gehalten werden.

Soziale Gruppenarbeit:

Die Nachfrage im Bereich der Sozialen Gruppenarbeit hat sich im Verlauf des Jahres 2007 bis heute erhöht. Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen.

2. Erweiterte und neue Angebote:

Aktivierende Familienarbeit in der Landeshauptstadt Hannover:

Seit 2007 setzt das Team in der Stadt Hannover (LHH) ein neues ambulantes Konzept zur aktivierenden Familienarbeit um. Dieses Angebot ist geeignet für Familien, die zielgerichtet und ressourcenorientiert an ihrer derzeitigen Problematik arbeiten wollen, um eine geplante Rückführung von Kindern aus der Bereitschaftspflege zu überprüfen, vorzubereiten, zu begleiten.

Aktivierende Familienarbeit in der LHH ist für Familien geeignet, deren Kinder vorübergehend durch den Bereitschaftspflegedienst des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) der Stadt Hannover betreut werden. Grundgedanken der aktivierenden Familienarbeit sind:

- Der Lebensweltbezug der Familie ist Ausgangspunkt möglicher Veränderungsprozesse.
- Familienerhaltende Maßnahmen haben Vorrang.
- Jede Familie besitzt das Potential und die Ressourcen für Veränderungen.
- Krisen werden als Wendepunkt, als Chance in einer Lebenssituation gesehen.

Zielsetzungen:

- Dauerhafter Verbleib/Rückkehr des Kindes/Jugendlichen in seine/r Familie
- Entwicklung einer angemessenen Erziehungs- und Lebenssituation
- Wiederentdeckung der vorhandenen Stärken und Kompetenzen
- Herstellung bzw. Training der Erziehungsfähigkeit der Eltern
- Stärkung des Selbstwertgefühles der Familienmitglieder

Rahmenbedingungen:

Eine familienaktivierende Maßnahme findet über einen Zeitraum von maximal sechs Monaten statt. Die Arbeit erfolgt in der Familie. Die aktivierende Familienarbeit wird von zwei Mitarbeitenden aus den Flexiblen Erziehungshilfen durchgeführt und von der zuständigen Erziehungsleitung begleitet.

Die Maßnahme der Familienaktivierung wird in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des Bereitschaftspflegedienstes des KSD durchgeführt und beginnt im Einzelfall direkt mit der Unterbringung des Kindes in einer Bereitschaftspflegestelle.

Die Fallzuständigkeit bzw. Verfahrensverantwortung für die Hilfeplanung liegt dabei bei der zuständigen Sachbearbeitung in der KSD-Bezirkssozialarbeit.

3. Beobachtete Trends, geplante Projekte:

Im stationären Bereich werden vermehrt Kinder und Jugendliche mit längeren Psychiatricaufenthalten angefragt.

Im teilstationären Bereich wurden in 2007 vermehrt Kinder und Jugendliche angefragt, deren kognitives Leistungsvermögen im Grenzbereich zwischen Lernbehinderung und geistiger Behinderung liegt.

Die Jugendhilfe sieht eine steigende Zahl von Eltern mit psychischen Störungen.

Es wird der Umzug einer 5-Tage-Gruppe in den Sozialraum der Landeshauptstadt Hannover und die Umsetzung des Konzeptes Erziehungsstellen für Kinder, die mit einer längeren Perspektive in einem Familiensystem leben sollen und können geplant.

Anschrift des Verfassers:

Michael Theidel · Pestalozzi Stiftung · Jugendhilfe · Pestalozzistraße 7 · 30938 Burgwedel ·
E-Mail: mtheidel@pestalozzi-stiftung.de

Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover

von Ursula Lerch-Fricke (*Leitung der Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover*)

Da es sich ausschließlich um Inobhutnahmen handelt, gibt es keine Wartezeiten.

Die Belegung in der Clearingstelle lag 2007 bei 58,66 %.

Die Clearingstelle hat 2007 319 Kinder und Jugendliche in Obhut genommen und 138 Inobhutnahmeplätze vermittelt.

Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 457 Inobhutnahmen.

Im Jahr 2007 gab es keine konzeptionellen Veränderungen.

Besonders zu erwähnen scheint, dass Inobhutnahmen häufig von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten gewünscht werden, weil sie sich überfordert fühlen und in diesem Zusammenhang ein hoher Beratungsbedarf erkennbar ist. Signifikant mangelnde Kooperationsbereitschaft war bei männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu beobachten.

Ein hoher Prozentsatz der Jugendlichen kann als so genannte „Grenzgänger“ zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie bezeichnet werden.

Diese Tatsache erschwert den Zugang zu dieser Klientel und bedarf einer sehr differenzierten und zeitaufwendigen Hilfeplanung.

Das Inobhutnahmesystem der LHH soll weiter ausgebaut werden.

Durch die veränderten Problemlagen wäre es wünschenswert, wenn die Anbieter für stationäre Jugendhilfe, bedarfsgerechtere Angebote vorhalten könnten.

Anschrift der Verfasserin:

Ursula Lerch-Fricke · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Nicolaistraße 13 ·
30159 Hannover · E-Mail: Ursula.Lerch-Fricke@Hannover-Stadt.de

Zusammenstellung des Gesamtbeitrages:

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

E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de

Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Zielperspektiven des Sozialpsychiatrischen Verbundes:

Der Sozialpsychiatrische Verbund nach § 8 NPsychKG arbeitet für das Gebiet der Region Hannover.

Er dient der Erfüllung der in § 6 Abs. 7 NPsychKG beschriebenen Aufgabe, auf gemeindenahe Hilfeleistungen hinzuwirken. Seine Arbeit richtet sich an folgenden Zielperspektiven aus:

- Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes konzentriert sich auf Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen. Sie laufen Gefahr, unter unzureichenden Versorgungsbedingungen entweder in stationären Langzeiteinrichtungen untergebracht, mangels geeigneter außerstationärer Hilfen häufiger als notwendig klinisch behandelt zu werden oder ganz ohne Hilfe zu bleiben. Für sie werden vor allem ambulante Behandlungs- und Unterstützungsangebote benötigt, die flexibel nach dem jeweiligen Bedarf einsetzbar sind.
- Therapieerfolg, Krankheitsverlauf und Lebensqualität des Betroffenen hängen eng miteinander zusammen und sind von der Mitwirkung der Betroffenen abhängig. Der Sozialpsychiatrische Verbund dient der Förderung einer partnerschaftlichen und wirkungsvollen Zusammenarbeit zwischen dem psychisch Kranken, seinen Angehörigen und den verschiedenen professionellen oder ehrenamtlichen Helfern.
Dabei geht es darum, sowohl die Fähigkeiten der betroffenen Personen zur Selbstorganisation ihres Alltags zu fördern als auch die Ressourcen zur Unterstützung in ihrem Lebensumfeld zu aktivieren.
- Der Sozialpsychiatrische Verbund koordiniert die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen auf der Grundlage der Sektorisierung der gemeinde-psychiatrischen Versorgung (siehe hierzu auch Punkt 5). Im Rahmen der Möglichkeiten sind die Hilfen wohnortnah und integriert zu leisten.
- Der Sozialpsychiatrische Verbund setzt sich ein für eine verbindliche, bei Bedarf auch langfristige, kontinuierliche und qualifizierte Hilfe für chronisch psychisch Kranke. Wenn sinnvoll und möglich, soll die Betreuung durch einen ambulant tätigen Bezugstherapeuten erfolgen, der gegebenenfalls auch für die fallbezogene Koordination und Planung weiterer Hilfen verantwortlich ist (Case-Management). Multidisziplinäre Teamarbeit ist für schwierige, aufwendige und langfristige Betreuungen eine wesentliche Erweiterung der Hilfsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang wird auch ein regionales Psychiatriebudget der zuständigen Kostenträger angestrebt.

Zusammensetzung, Mitgliedschaft und Gremien:

Der Sozialpsychiatrische Verbund setzt sich zusammen aus den Anbietern von Hilfen im Sinne des § 6 NPsychKG, insbesondere den Trägern von Einrichtungen zur Therapie und Rehabilitation chronisch Kranken und seelisch Behinderter.

Die Region Hannover lädt alle in der Region aktiven Einrichtungsträger von Hilfen nach § 6

NPschyKG zur Beteiligung am Sozialpsychiatrischen Verbund ein.

Zur Erfüllung der Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Verbundes sind folgende Gremien vorgesehen

- Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG),
- Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP),
- Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG).

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie

Aufgaben:

Der AKG dient der Vernetzung der in der Region Hannover tätigen sozialpsychiatrischen Initiativen und Einrichtungen.

Er fungiert als Delegiertenversammlung der am Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligten Anbieter von Hilfen nach § 6 NPschyKG unter Mitwirkung der durch ihn gebildeten Fachgruppen und anerkannten Zusammenschlüssen von Selbsthilfegruppen und Berufsverbänden, soweit sie sich am Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligen.

Der AKG wählt alle 2 Jahre aus der Mitte seiner stimmberechtigten Mitglieder eine Vorsitzende/einen Vorsitzenden, unter deren Versammlungsleitung der AKG fachöffentlich in monatlichen Abständen tagt.

Zusammensetzung:

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie setzt sich aus stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern sowie ständigen Gästen zusammen. Über Aufnahme und Status neuer Mitglieder entscheidet auf schriftlichen Antrag der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie. Bei einem Sitz außerhalb der Region Hannover ist ausschlaggebend, in welcher Kommune die größere Zahl an Plätzen für psychisch Kranke vorgehalten wird.

Stimmberechtigt sollen sein:

- Der Vertreter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover.
- Die jeweiligen Vertreter der am Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligten und bei der Erstellung des sozialpsychiatrischen Planes nach § 4 der Vereinbarung vom 25.06.1998 mitwirkenden wesentlichen Einrichtungsträger sozialpsychiatrischer Hilfsangebote,
- Die Vertreter der am gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligten Selbsthilfegruppen und Berufsverbände.

Beratende Mitglieder sollen sein:

Einrichtungsträger oder Zusammenschlüsse von Einrichtungsträgern, die sich nicht oder noch nicht an den unter in § 4 der Vereinbarung vom 25.06.1998 genannten Formen der Ermittlung von Bedarf und Angebot an Hilfen beteiligen.

Ständige Gäste mit beratender Stimme sollen sein:

- Die gewählten Sprecher der vom Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie gebildeter Fachgruppen
- Vertreter des Landes Niedersachsen (Psychiatrierreferat im Sozialministerium),
- Vertreter der verschiedenen Kostenträger von Hilfen für psychisch Kranke,
- Vertreter der zuständigen kommunalen Behörden und Leistungserbringer im Rahmen des Betreuungsgesetzes.

Regionaler Fachbeirat Psychiatrie

Zusammensetzung:

Es obliegt der Region Hannover einen regionalen Fachbeirat einzurichten.

Aufgaben:

Der RFP berät den Dezernenten für soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG in der jeweils geltenden Fassung ergebenden Fragen.

Insbesondere wirkt er mit bei der Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot gemäß § 9 NPsychKG.

Sektor-Arbeitsgemeinschaften

Aufgaben:

Einzelfallbezogene Koordination der bestehenden sektorbezogen arbeitenden ambulanten, stationären und komplementären Hilfen,

Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf,

Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohner ihres Einzugsgebietes.

Zusammensetzung:

Für jeden Versorgungssektor bildet die jeweils zuständige dezentrale Beratungsstelle des Teams Gemeindepsychiatrie mit den übrigen Anbietern dezentraler Hilfsangebote für psychisch Kranke Sektor-Arbeitsgemeinschaften.

Die zuständige Beratungsstelle übernimmt den Vorsitz und die Geschäftsführung in den gebildeten SAG, lädt zu den möglichst monatlich stattfindenden Sitzungen ein, fertigt die Sitzungsprotokolle und leitet sie den Teilnehmern der SAG und der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu.

Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Aufgaben allgemein:

Mitwirkung bei der Erarbeitung von Konzeptionen und Unterstützung der unter Ziffer 2.3 genannten Gremien in der organisatorischen Umsetzung,
Erstellung von Vorgaben zur Abfassung der statistischen Jahresberichte,
Sammlung, Auswertung und Weitergabe der statistischen Jahresberichte,
Teilnahme an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Erstellung der Sitzungsprotokolle und Versendung der Sitzungsprotokolle an die Mitglieder des AKG spätestens eine Woche vor der nächsten Sitzung unter Angabe der Tagesordnung.

Aufgaben im Zusammenhang mit der Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes:

Die Einrichtungsträger im Sozialpsychiatrischen Verbund stellen ihre statistischen Jahresberichte bis zum 31.03. des Folgejahres der Geschäftsstelle zur Verfügung.
Die Geschäftsstelle wertet die Ergebnisse bis zum 30.06. des laufenden Jahres aus und leitet diese an die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes weiter.

Im AKG, seinen Fachgruppen und in den SAG erfolgt anschließend auf der Grundlage dieser Daten bis zum 30.09. des laufenden Jahres die Erarbeitung der Beiträge für ihren Zuständigkeitsbereich. Die Beiträge laufen bei dem Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover zusammen, die gemäß § 4 der Vereinbarung vom 25.06.1998 bis zum Ende des laufenden Jahres die Sozialpsychiatrischen Pläne erstellt.

Sodann wird die Sozialpsychiatrischen Plan mit einer Stellungnahme der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover sowie des Vereins Psychiatrie Erfahrener (VPE) und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) vorgelegt.

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

Gesetzliche Grundlage zur Bildung des SPV ist § 8 NPsychKG.
Die Gremien "Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)" sowie der "Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP)" haben sich als Arbeitsgrundlage eine Geschäftsordnung gegeben.

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) besteht aus folgenden Gremien:

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)

Aufgaben:

- Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen
- Delegiertenversammlung des SPV
- Wahl der/s Vorsitzenden alle 2 Jahre
- Beteiligung bei der Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes (§ 9 NPsychKG)

Zusammensetzung:

- Stimmberechtigt:
- Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG
 - Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
 - Vertreter der am SPV beteiligten Selbsthilfegruppen und Berufsverbände
 - Gewählte SprecherInnen der vom AKG gebildeten Fachgruppen mit beratender Stimme
 - Gäste mit beratender Stimme

Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)

Aufgaben:

- Der RFP berät den Dezernenten für soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG ergebenden Fragen

Zusammensetzung:

- Fachdezernent der Region Hannover als Vorsitzender
- 3 vom Fachdezernat benannte Mitglieder (z.Zt. leitende Ärztin des Klinikums Region Hannover Wunstorf GmbH, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Fachbereiches Gesundheit und Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH)
- 4 vom AKG zur Berufung durch den Fachdezernenten/die Fachdezernetin vorgeschlagene Mitglieder (z.Zt. 2 VertreterInnen von Selbsthilfegruppen Betroffener und ihrer Angehörigen, 1 Sprecher des AKG, 1 Vertreter der freien und gemeinnützigen Träger)

Sektor-Arbeits- gemeinschaften (SAG)

Aufgaben:

- Einzelfallbezogene Koordination der bestehenden sektorbezogenen ambulanten, stationären und komplementären Hilfen
- Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf
- Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohner des Einzugsgebietes

Zusammensetzung:

- Dezentrale Beratungsstelle der Sozialpsychiatrischen Dienste (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen

Fachgruppen (FG)

Aufgaben:

- Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbeiten hierzu Lösungsvorschläge
- Wahl eines Sprechers für die jeweilige Fachgruppe
- Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG

Zusammensetzung:

- Der AKG setzt Fachgruppen ein, deren personelle Zusammensetzung von den Fachgruppen selbst festgelegt wird. Siehe hierzu die Regelungen der Geschäftsordnung des AKG

Codierungsliste

Legende zu den Datenblättern A:			
Code Kostenträger:	01 = Krankenversicherung		
	02 = Rentenversicherung		
	03 = Arbeitsverwaltung		
	04 = Überörtlicher Sozialhilfeträger		
	05 = Kommune/ örtlicher Sozialhilfeträger		
	06 = Pflegeversicherung		
	07 = Eigenmittel des Einrichtungsträgers (einschl. Spenden)		
	08 = Eigenmittel des Patienten/Klienten		
	09 = Hauptfürsorgestelle		
	10 = Nds. Wissenschaftsministerium		
	11 = Nds. Sozialministerium (einschl. Beihilfen der Bezirksregierung)		
	12 = Nds. Justizministerium		
	13 = Bundesministerium für Frauen, Arbeit und Soziales		
	88 = Sonstige Kostenträger; Bitte Klartext angeben:		
	99 = Unbekannt/Unklar		
Code Einzugsgebiet:	01 = BS Ronnenberg/Empelde	Versorgungsarten:	
	02 = BS Freytagstraße	1 = ambulant	
	03 = BS Plauenerstraße	2 = teilstationär	
	04 = BS Deisterstraße	3 = stationär	
	05 = BS Königstraße		
	06 = BS List /MHH		
	07 = BS Burgdorf		
	08 = BS Neustadt		
	09 = BS Laatzen		
	10 = BS Langenhagen		
	11 = BS Poliklinik/MHH		
	12 = Andere Teilgebiete der Region		
	13 = Gesamtes Gebiet der Region Hannover		
	14 = Gesamtes Stadtgebiet Hannover		
	15 = Andere Teilgebiete der Stadt Hannover		
	16 = Gesamtes Umland in der Region		
	17 = Andere Teilgebietes des Umlandes		
	19 = Kein definiertes Einzugsgebiet		
Angebotsformen:	Code-Nr.		
Ambulante Hilfen	10 Ambulante Dienst für Erwachsene (PIA/SpDi)		
	11 Ambulante Dienst für Kinder (PIA/SpDi)		
	12 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen		
	13 Ambulant betreutes Wohnen gemäß § 39		
	14 Andere Hilfen zum Wohnen und zur Selbstversorgung		
	15 Spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung		
	16 Spezielle Hilfen für Suchtkranke		
	17 Spezielle komplementäre Hilfen für Kinder und Jugendliche		
	18 Spezielle komplementäre Hilfen für alle Menschen		
	19 Sonstige ambulante Hilfen		
Teilstationäre Hilfen	20 Tagesklinische Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie		
	21 Tagesklinische Behandlung in der Kinder-Jugend-Psychiatrie		
	22 Tagesklinische Behandlung in der gerontopsychiatrie		
	23 Tagesstätten gemäß § 39 BSHG		
	24 Werkstätten für seelisch behinderte Menschen (WfBM)		
	25 Andere Hilfen zur Arbeit, Ausbildung, Tagesstrukturierung		
	26 Spezielle tagesklinische Angebote für Suchtkranke		
	27 Spezielle komplementäre Hilfen für Kinder und Jugendliche		
	28 Spezielle komplementäre Hilfen für alle Menschen		
	29 Sonstige teilstationäre Leistungen		

Stationäre Hilfen	30	Behandlung (SGB V) in einer Klinik für Erwachsene		
	31	Behandlung (SGB V) in der Kinder und Jugendpsychiatrie		
	32	Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs		
	33	(Übergangs-) Wohnheim/Wohngruppe (§ 39 BSHG)		
	34	Psychiatrisches Pflegeheim/Wohngruppe (§ 39 BSHG/PfIV)		
	35	Spezielle komplementäre Hilfen für Wohnungslose		
	36	Spezielle komplementäre Hilfen für Suchtkranke		
	37	Spezielle komplementäre Hilfen für Kinder und Jugendliche		
	38	Spezielle komplementäre Angebote für alle Menschen		
	39	Sonstige stationäre Leistungen		
Legende zu den Datenblättern B:				
Kostensätze 1 bis 5: "Code Zeitraum":	1	= Pro Stunde		
	2	= Am Tag		
	3	= Im Monat		
	4	= Im Quartal		
	5	= Im Jahr		
Grundqualifikationen:				
	1	= Medizin, Psychologie, Pädagogik u. ä.		
	2	= Sozialpädagogik, Krankenpflege, Ergotherapie, Heilerziehungspflege, Meister u. ä.		
	3	= Hauswirtschaft, Heilhilfberufe, Facharbeiter		
	4	= Verwaltungspersonal		
Zusatzqualifikationen:				
	1	= Psychotherapeutische Qualifizierung (Zusattitel, Facharzt-Anerkennung, Abschluss einer PT-Ausbildung)		
	2	= Sozialpsychiatrische/Sozialtherapeutische Zusatzausbildung		
	3	= Sonstiges:		

A) Datenblatt für Einrichtungsträger

Berichtsjahr:

1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers

	(Code-Nr.)

2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung

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

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

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

Code vorrangiger Kostenträger

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

Code Leistungsart

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

Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)

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

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

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

Berichtsjahr:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar

Erläuterung: "ja" bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

(Fortsetzung auf der Rückseite)

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

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

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

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

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

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

3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte
Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

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

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

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ankreuzen)
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
med. Behandlung	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (gemäß SGB V)
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (gemäß SGB V)
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambul. Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. SGB XII (z.B. als häusliche Pflege)
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. SGB XII (z.B. in Alten-/ Pflegeheim)
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation (z.B. in RPK-Einrichtungen, BTZ, BFW oder ähnliches)
		4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit
		4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder ähnliches

Autorenverzeichnis

Bartusch, Stefan, Dr.	Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Bethge, Hans-Jörg	Leitender Psychologe, AMEOS Klinikum Hildesheim, Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Goslarsche Landstraße 60, 31135 Hildesheim
Blanke, Uwe	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagog, Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Medizinische Hochschule Hannover Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover
Bunde, Wolfgang	Dipl. Pädagoge, Sprecher der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Arbeiterwohlfahrt, Deisterstr. 85 a
Elgeti, Hermann, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Oberarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Eller, Matthias	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Fochler, Martin	Dipl.-Sozialarbeiter Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Hansastr. 38, 30952 Ronnenberg
Georgiadis, Hildegard	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12A, 30169 Hannover,
Gerecke, Uwe, Dr. med.	Facharzt für Arbeitsmedizin - Umweltmedizin, Sportmedizin - Notfallmedizin - Suchtmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement - CDMP Verband Dt. Betriebs- und Werksärzte e.V., enercity - Ltd. Betriebsarzt, Ihmeplatz 6f, 30449 Hannover

Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Harig, Christian	Dipl. Sozialwirt, Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE), Rückertstr. 17, 30169 Hannover
Harnau, Brigitte	Leitung Caritas Forum Demenz, Sozialpsychiatrische Fachpflegekraft, Sprecherin der Fachgruppe Gerontopsychiatrie
Hemmesmann, Reinhold	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Sprecher der Fachgruppe Legale Sucht Geschäftsführer der SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover,
Jamroszczyk, Ulrike	Diplom Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen, Ostpassage 7a, 30853 Langenhagen
Janitzek, Rainer F.	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl. Pädagoge, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover
Jordan, Erwin	Regionsrat, Dezernent für Soziale Infrastruktur, Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
Kögler, Michael, Dr.	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Winnicott Institut, Geibelstraße104, 30173 Hannover
Lerch-Fricke, Ursula	Dipl.-Sozialpädagogin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nicolaistraße 13, 30159 Hannover

Mahlau, Martin	Dipl.-Sozialwirt (FH), Dipl. Soz.-päd. (FH), staatl. anerk. Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe Arbeit & Rehabilitation, Pädagogische Werkstattleitung der Pestalozzi-Werkstatt für behinderte Menschen, Pestalozzistr. 22, 30938 Burgwedel
Masurek, Gerd	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover
Michel, Horst-Peter, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
Möller, Matthias	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstelle Burgdorf, Spittaplatz 5, 31303 Burgdorf
Noort-Rabens, Ingeborg	Ärztin, Sprecherin der Fachgruppe Kinder- und Jugendliche Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover,
Pohl, Stefan	Dipl. Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Redslob, Anette	Komm. Chefärztin, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstraße 25, 31515 Wunstorf
Reichertz-Boers, Uwe	Dipl.-Sozialpädagoge, Sprecher der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit, SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
Röber, Irene	Dipl.-Pädagogin, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Roempler, Andreas	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozial- psychiatrische Beratungsstelle, Königstraße 6, 30175 Hannover

Rolfes-Neumann, Doris	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
Sandau, Michael	Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge , Vorstandsmitglied beta89, Calenberger Str. 34, 30169 Hannover
Seelhorst, Rose-Marie	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
Schäfer, Therese	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekoordinator, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Schnetzer, Christian, Dr.	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychoanalyse, Chefarzt, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Steinmüller, Susanne	Dipl.-Sozialpädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Poliklinik I, Carl-Neuberg-Straße 1,30625 Hannover
Sueße, Thorsten, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Sprecher der Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst, Interkultureller Beauftragter des Betriebes + Leiter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Tänzer, Andreas	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe Forensische Psychiatrie, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 30515 Wunstorf

Theidel, Michael	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
Theißing, Annette	Diplom-Psychologin, Einrichtungsleitung, Sprecherin der Fachgruppe Arbeit & Rehabilitation, beta-REHA-Nachsorge, Calenberger Str. 34, 30169 Hannover
Thiermann, Holger	Dipl.- Psychologe, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Tomaske, Sabine	Diplom-Sozialpädagogin/Diplom-Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover
Voigt, Christine	Ltd. Dipl.-Pädagogin, Therapiezentrum für autistische Kinder gemeinnützige GmbH, Prinz-Albrecht-Ring 63, 30657 Hannover
Wachtendorf, Michael	Ltd. Psychologe, Sozialpädiatrisches Zentrum, Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover
Weidner, Oliver	Dipl.-Ergotherapeut, stellvertretender Sprecher der Fachgruppe Arbeit & Rehabilitation, Ergotherapeutische Ambulanz, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen,
Wellmann, Barbara	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Herausgeber

Region Hannover
Team Gemeindepsychiatrie als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Weinstraße 2
30171 Hannover
www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de
ISSN 1865-7699