

Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover
als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Sozialpsychiatrische Schriften Band 5

„Vorwärts nach weit“

**15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund
in der Region Hannover**

Sozialpsychiatrischer Plan 2013/2014

Inhalt

Vorwort

(Thorsten Sueße und Lothar Schlieckau) 5

15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover

Psychiatriepolitisches Engagement, Marktteilhabe und Qualitätssicherung

(Uwe Blanke, Sabine Kirschnick-Tänzer, Ali Türk, Lothar Schlieckau) 6

Was war denn los? – Entwicklungen in der Allgemeinpsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

(Thorsten Sueße) 15

Entwicklung des Hilfesystems in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

(Matthias Eller, Inge Noort-Rabens & Stefan Pohl) 18

Entwicklung des Hilfesystems in der Gerontopsychiatrie

(Brigitte Harnau) 22

Entwicklung des Hilfesystems in der Drogen und Suchthilfe

(Lothar Schlieckau und Alfred Lessing) 25

Entwicklung des Hilfesystems zur Arbeitsrehabilitation und auf dem Feld der Beschäftigungsangebote

(Oliver Weidner) 32

Entwicklung des Hilfesystems im Bereich „Wohnen und soziale Teilhabe“

(Vera Koch, Monika Lüpke und Manfred Preis) 36

Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Aus Sicht der Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur

(Hermann Elgeti) 39

Aus Sicht des VPE Hannover (Christian Harig) 47

Aus Sicht der Vertretung der Angehörigen psychisch Kranker

(Rose-Marie Seelhorst) 49

Aus Sicht eines Betreuers (Joachim Homeyer-Broßat) 51

Aus Sicht der Politik (Erwin Jordan) 53

Aus Sicht eines externen Experten (Eberhard Höfer) 54

Materialien

Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes	58
Organigramm	63
Stellungnahme des Regionalen Fachbeirats (<i>Hermann Elgeti</i>)	64
Stellungnahme der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen/Ombudsstelle (<i>Jürgen Gundlach</i>)	69
Stellungnahme der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (<i>Oliver Weidner</i>)	74
Stellungnahme der Fachgruppe „Dokumentation“ (<i>Hermann Elgeti</i>)	78
Stellungnahme der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (<i>Andreas Tänzer</i>)	81
Stellungnahme der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ (<i>Susanne Batram</i>)	87
Stellungnahme der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (<i>Ingeborg Noort-Rabens</i>)	91
Stellungnahme der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ (<i>Thorsten Sueße</i>)	96
Stellungnahme der Fachgruppe „Migration“ (<i>Ahmet Kimil</i>)	98
Stellungnahme der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (<i>Henning Kurth, Peter Dziobaka und Uwe Reichertz-Boers</i>)	105
Stellungnahme der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (<i>Wolfgang Bunde</i>)	109
Stellungnahme der Sektorarbeitsgemeinschaft in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle „Deisterstrasse“ (<i>Doris Rolfes-Neumann</i>)	112
Stellungnahme der Sektorarbeitsgemeinschaft in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle „Freytagstrasse“ (<i>Hildegard Georgiadis</i>)	114
Stellungnahme der Sektorarbeitsgemeinschaft in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle „Königstrasse“ (<i>Andreas Roempler</i>)	116
Regionale Psychiatrieberichterstattung für die Jahre 2011 und 2012 (<i>Hermann Elgeti</i>)	121
Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken des Systems der Hilfen für psychisch Kranke sowie der Zusammenarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund (<i>Hermann Elgeti und Lothar Schlieckau</i>)	159
Autorenverzeichnis	168
Sektorenkarte des Sozialpsychiatrischen Dienstes	171



Mitglieder der Fachgruppe Dokumentation: Thorsten Sueße, Matthias Eller, Stefan Pohl, Vera Koch, Monika Lüpke, Hermann Elgeti und Lothar Schlieckau (v.l.)

Vorwort

Fünfzehn Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover – für uns ein Anlass, um mit diesem Band der Sozialpsychiatrischen Schriften Rückschau zu halten, wie sich die Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch Kranke und ihre Angehörigen in dieser Zeit entwickelt haben:

Welche Forderungen der Betroffenen konnten umgesetzt werden? Welche Hoffnungen sind ggf. bis heute unerfüllt? Die Beschäftigung mit der Vergangenheit ist mit einem Ausblick in die Zukunft verbunden. Was sind die Herausforderungen der nächsten Jahre, denen sich professionelle Helfer, psychisch Kranke und deren Angehörige im Dialog zu stellen haben?

Der Weg nach vorn erscheint uns lang aber lohnenswert. Bezüglich des Mottos halten wir es insofern mit Kurt Schwitters: „Vorwärts nach weit.“

Unser Rück- und Ausblick, verfasst von unterschiedlichen Autorinnen und Autoren, richtet sich zum einen auf verschiedene Teilbereiche: Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchthilfe, Arbeitsrehabilitation sowie Wohnen und soziale Teilhabe. Zum anderen geht es um die jeweilige Sichtweise der Beteiligten: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, (Berufs-)Betreuer, Politiker oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verbundgremien. Abgerundet wird das Ganze durch einen Blick auf den Hannoverschen Verbund von außen – durch den ehemaligen langjährigen Vorsitzenden des Niedersächsischen Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und Besuchskommissionen.

Der vorliegende Band 5 der Sozialpsychiatrischen Schriften ist gleichzeitig eine Zusammenfassung der Sozialpsychiatrischen Pläne 2013 und 2014 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. Der Verbund hat sich in den Jahren 2012 und 2013 in Zukunftswerkstätten, speziellen Arbeitsgruppen und Fachgruppensitzungen als Schwerpunktthema mit seiner eigenen Vergangenheit („was war?“) und seinen Visionen zur Weiterentwicklung („was soll sein?“) beschäftigt. Die Einzelergebnisse sind dieser Publikation als Materialiensammlung beigelegt. Unter den Materialien ist zudem die Geschäftsordnung des Verbundes zu finden.

Verweisen möchten wir noch auf die „Liste der Angebotsformen/Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover – Stand Januar 2014“, die separat zu diesem Band der Sozialpsychiatrischen Schriften veröffentlicht wird.

Dr. med. Thorsten Sueße
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst

Lothar Schlieckau
Psychiatriekoordinator

15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover

Psychiatriepolitisches Engagement, Marktteilhabe und Qualitätssicherung

von Uwe Blanke, Sabine Kirschnick-Tänzer, Ali Türk, Lothar Schlieckau
(Sprecherkreis des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie als Spiegel der Entwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

1 Einführung

Will man die Besonderheit des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover verstehen, so empfiehlt es sich auch, die Zeit vor der offiziellen Gründungsversammlung im Jahr 1998 in den Blick zu nehmen. Aus der Gründungsgeschichte erklärt sich die Entscheidung zur Beibehaltung des Begriffs „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ (AKG) für die Vollversammlung der Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover. Auf dem Hintergrund der bereits zurückgelegten Entwicklung bis zum Jahr 1998 erklärt sich die nach wie vor ungewöhnlich hohe inhaltliche und zeitliche Dichte in der Zusammenarbeit. Dem Verbund gehören aktuell 90 stimmberechtigte Mitglieder und 30 nichtstimmberechtigte Mitglieder an. In Bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Therapie und Pflege, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG die 90 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 236 Angeboten vertreten. Pro Jahr finden nach wie vor 10 Sitzungen im Haus der Region statt, an denen in den letzten beiden Jahren durchschnittlich 70 Personen teilnahmen. 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 nicht zuletzt dadurch früh und nachhaltig an den fachlichen Diskussionsprozessen beteiligt und können dementsprechend Einfluss nehmen. Alle Sitzungen des AKG sind öffentlich und damit allen Bürgern zugänglich.

Die fachliche Arbeit im Plenum des AKG wird ergänzt durch die Arbeit der 12 Fachgruppen:

- Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan (seit 1998/99)
- Krisen und Notfalldienste (seit 1998/99)
- Psychiatrie und Obdachlosigkeit (seit 1998/99)
- Legale Suchtmittel (seit 1998/99)
- Illegale Suchtmittel (hier der Runde Tisch Sucht und Drogen der LHH seit 1998/99)
- Gerontopsychiatrie (seit 1998/99)
- Soziale Wiedereingliederung (seit 1999)
- Kinder und Jugendliche (seit 2000)
- Arbeit und Rehabilitation (seit 2001)
- Forensische Psychiatrie (seit 2003)
- Migration und Psychiatrie (seit 2006)
- Geistige Behinderung und psychische Störungen (seit 2009)

Der Sprecher des Arbeitskreises, der zusammen mit zwei Stellvertretern im Rhythmus von 2 Jahren gewählt wird, vertritt den AKG im Regionalen Fachbeirat Psychiatrie der Region Hannover.

2 Die Entwicklung von 1975 bis 1998

Ausgangspunkt:

Die Psychiatrie-Enquête

Der „Bericht zur Lage der Psychiatrie“ an den Deutschen Bundestag beschrieb die Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik 1975 als „elend und menschenunwürdig“(1). Das Thema wurde auf höchster politischer Ebene wahr- und ernstgenommen. Kernforderungen der Enquête-Kommission waren u.a.:

- Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen
- Gemeindenahe Versorgung
- Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser
- Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte
- Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie
- Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Der Modellverbund der Bundesregierung und das „Gemeindepsychiatriegespräch“ in Hannover

Der politische Entscheidungsprozess führte zur Förderung von Modellverbänden zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen. Als „Projekt: Hannover“ wurde der Modellverbund „Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt“ aufgebaut. Die Erfahrungen aus diesem Projekt wurden 1983 in der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit veröffentlicht (2) und das „Gemeindepsychiatriegespräch“ als Beispiel gelungener Koordination im Rahmen „indirekt patientenbezogener Tätigkeiten“ besonders hervorgehoben:

- Das Gemeindepsychiatriegespräch tagte einmal im Monat
- Die Einladung erging an:
 - die 4 Psychiatrischen Kliniken im Raum Hannover
 - das Gesundheitsamt/die 5 Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen
 - die Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige
 - das Drogenberatungszentrum
 - das Landessozialamt
 - den Gesundheitsausschuss der Stadt Hannover
 - und ggfs. Gäste zu bestimmten Themen
- Die Federführung lag beim Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie der MHH
- Die Aufgaben des Gemeindepsychiatriegesprächs waren:
 - Definition und Abgrenzung der Arbeitsbereiche
 - Festlegung der Sektorgrenzen, d.h. der Einzugsgebiete der Psychiatrischen Kliniken
 - Diskussion sektorübergreifender Versorgungskonzepte
 - Erarbeitung gemeinsamer Stellungnahmen
 - Versuch auf die politische Entscheidungsbildung Einfluss zu nehmen
 - Anstoß zur Bildung von Arbeitsgruppen

Nächster Meilenstein waren die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich vom 11. November 1988 (3). Im Kapitel C.5. wird der Gemeindepsychiatrische Verbund als Fundament allgemeinspsychiatrischer Versorgung definiert. Empfohlen wurde der Aufbau eines Verbundes funktionsgerechter Einrichtungen Raum der jeweiligen Gebietskörperschaft mit:

- aufsuchend ambulanten Diensten,
- Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion
- Tagesstätten
- die Weiterentwicklung bestehender Angebote
- die Einrichtung von entsprechenden neuen Angeboten
- und die Einrichtung einer Koordinationsstelle in der jeweiligen Gebietskörperschaft

Die daraus entstandene bundesweite Diskussion wurde 1990 im Rahmen einer Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE dokumentiert (4).

Auf dem Weg vom Freizeitheim ins Neue Rathaus: Psychiatrie und Politik

Bis Ende 1992 tagte das Gemeindepsychiatriegespräch unter dem neuen Namen „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ im Freizeitheim Lister Turm. Ab Januar 1993 fanden die Sitzungen im Gobelinsaal des Neuen Rathauses der Landeshauptstadt Hannover statt. Die Psychiatrie war nun auch in Hannover symbolisch im politischen Raum angekommen.

Ebenfalls 1993 wurden die Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen veröffentlicht (5). Das Konzept „Sozialpsychiatrischer Verbund“ sollte demnach in einem 3-Phasen-Modell auf Landesebene, auf Bezirksebene, auf kommunaler Ebene, auf der Ebene der Freien Träger und auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung flächendeckend umgesetzt werden.

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Verbund

Folgerichtig diskutierte der AKG am 24.05.1994 Überlegungen zur künftigen Struktur und Leitung der eigenen Arbeit. Der AKG betonte auf diesem Hintergrund das in den davor liegenden 20 Jahren gewachsene Selbstverständnis:

„... Die Tendenz geht eindeutig dahin, dass ein Weiterbestehen des Arbeitskreises als ein offenes Diskussionsforum gewünscht wird, in welchem Informationsaustausch, persönlicher Kontakt, die Möglichkeit Ideen in einem frühen Stadium vorzutragen und auszutauschen, das frühe Erkennen von Entwicklungen und Defiziten, dann aber auch das Kennenlernen der sozialpsychiatrischen Perspektive psychiatrischen Tuns durch neue Teilnehmer von besonderem Wert sind. ...

Eine Tendenz zu stärkerer Strukturierung und höherer administrativer bzw. politischer Verbindlichkeit des Arbeitskreises ergibt sich aus den Diskussionsbeiträgen nicht.“ (Protokoll vom 02.06.1994)“

Als weiterer politischer Meilenstein ist die Weiterentwicklung des zweiten Teils des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke im Jahr 1997 (6) zu nennen.

Nds.PsychKG vom 30. Mai 1978	NPsychKG vom 16. Juni 1997
<p>Zweiter Teil</p> <p>Hilfen</p> <p>§ 3 Zweck und Art der Hilfen § 4 Träger der Hilfen, Zusammenarbeit § 5 Mitteilung von Feststellungen</p>	<p>Zweiter Teil</p> <p>Hilfen</p> <p>§ 4 Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften § 5 Verpflichtung zu Hilfen § 6 Zweck und Art der Hilfen § 7 Sozialpsychiatrischer Dienst § 8 Sozialpsychiatrischer Verbund § 9 Sozialpsychiatrischer Plan § 10 Zusammenarbeit, Übertragung von Aufgaben § 11 Mitteilung von Feststellungen, Behandlungs-Ermächtigung</p>

In § 6 NPsychKG wurde das Postulat der Gemeindenähe und in § 8 die Rahmenbedingungen für die neu zu schaffenden Sozialpsychiatrischen Verbände definiert.

§ 6 Abs. 7 – Die Hilfen sind gemeindenah zu leisten, so dass die betroffene Person soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben darauf hinzuwirken, dass Einrichtungen ... in Anspruch genommen werden können.

§ 8 (Sozialpsychiatrischer Verbund) Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. Im Sozialpsychiatrischen Verbund sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 Abs. 1 vertreten sein. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt dessen laufende Geschäfte.

Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen, um die Versorgung nach Maßgabe des § 6 Abs. 7 sicherzustellen. Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

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

3. Die Entwicklung des Sozialpsychiatrischen Verbundes von 1998–2013

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie wird ein Gremium des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Am 15.07.1997 schlug der damalige Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie dessen Umbenennung in „Sozialpsychiatrischer Verbund“ vor. Das Gremium hat sich bis heute entschlossen bei seinem traditionellen Namen zu bleiben. Gleichwohl bildete der AKG am 04.12.1997 den Rahmen für die Gründungsversammlung des SPV in der Landeshauptstadt Hannover und wurde in der Folge ein Gremium des nun entstandenen komplexeren SPV. Die Teilnehmerliste der Gründungsversammlung des SPV wurde von 25 Personen, die 20 Einrichtungen vertraten, unterschrieben.

Die Landeshauptstadt Hannover und der Landkreis Hannover nahmen im SPV bereits ab dem 21.07.1998 die Zusammenführung zur Region Hannover vorweg und bildeten einen gemeinsamen Verbund, der sich in der folgenden Struktur etabliert hat:

- Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) mit 12 Fachgruppen (FG)
- Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)
- Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

Die politische Entwicklung fand wiederum im Wechsel des Tagungsortes seinen Niederschlag. Ab dem 03.01.2002 tagte der AKG im Gebäude der Region in der Arnswaldstrasse. Im landesweiten Vergleich zeigt sich, dass die Ausgestaltung der Sozialpsychiatrischen Verbünde eine große Heterogenität in Bezug auf Qualität und Quantität der Arbeit aufweist. Dem versucht der Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen mit Empfehlungen für die Arbeit im SPV (z.B. 20.09.2002) entgegenzuwirken, um vergleichbare Standards zu schaffen.

Der AKG als Vollversammlung der Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

Seit der Einführung des Gemeindepsychiatriegesprächs vor mehr als 30 Jahren hat sich ein eindrucksvoller Wandel in der Teilnehmerstruktur des AKG vollzogen. In der Gründungsphase gingen die Initiative und die Themenvorgaben im Wesentlichen von den Psychiatrischen Kliniken aus. Politische Weichenstellungen wurden vorbereitet und zum Teil erfolgreich realisiert. An erster Stelle ist hier die Konzipierung und Einführung von Versorgungs- bzw. Behandlungsverpflichtungen zu nennen, die unter dem Begriff Sektorisierung bahnbrechende Bedeutung für das gesamte Bundesgebiet entfaltet hat.

Heute stellen die Kliniken zahlenmäßig nur noch einen kleinen Teil der vertretenen Einrichtungen im Verbund. Im Januar 2007 wies die Liste der Einrichtungen und Angebotsformen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover (6) ca. 60 Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen mit 27 verschiedenen Angebotsformen und ca. 200 Angeboten auf. Die Teilnehmerliste des AKG spiegelt dies mit 81 Stimmberechtigten, 18 Nichtstimmberechtigten und 21 Gästen mit beratender Stimme, d.h. mit insgesamt 120 Mitgliedern wieder.

Neben den nach wie vor relevanten Themen aus der Gründungszeit zeigen sich in den letzten 15 Jahren im AKG folgende neu hinzugekommenen Themenhorizonte:

- Dokumentation und Sozialpsychiatrischer Plan,
- Information zu aktuellen Entwicklungen – Neue Gesetzeslagen etc.,
- Qualitätsdiskussion (z.B. Betreutes Wohnen, Psychiatrische Kliniken),
- Vorstellung neuer Anbieter/neuer Angebote.

Neue Herausforderungen im Spannungsfeld zwischen psychiatrie-politischem Engagement und Marktteilhabe

Bis auf die Vertreter der Betroffenen und der Angehörigen sowie den teilnehmenden Bürgern aus der Region Hannover sind alle Teilnehmer Vertreter oder Mitarbeiter von Anbietern psychiatrischer Dienstleistungen. Die Zeit von den ersten Sitzungen des „Gemeindepsychiatriegesprächs“ Ende der siebziger Jahre bis hin zur Gründung des Sozialpsychiatrischen Verbundes kann als eine Epoche des psychiatriepolitischen Engagements für eine fachlich angemessene und menschenwürdige Ausgestaltung der psychiatrischen Behandlungsstrukturen gesehen werden. Nach der Einführung des Sektorprinzips für die Psychiatrischen Kliniken folgten zahlreiche Neuentwicklungen von Angeboten (ambulant betreutes Wohnen, Tages- und Kontaktstätten etc.), die vor allem die ambulante Seite der Behandlung stärkten.

Die Zeit nach der Gründung des SPV im Jahr 1998 kann auch als ein Zeitabschnitt gesehen werden, in der die Konkurrenz unter einer stetig wachsenden Zahl von Anbietern und Dienstleistungen an Bedeutung gewinnt. Auf Seiten der Kostenträger findet dies seine Entsprechung in verschiedenen Weiterentwicklungen der Bewilligungs- und Prüfungsstrukturen im Rahmen der Hilfefunktionen und in der Auseinandersetzung mit der Frage, ob Leistungen dem SGB V oder dem SGB XII zuzuordnen sind. Als neues Element differenziert sich die Diskussion um die Entwicklung von Qualitätsstandards z.B. in der Gerontopsychiatrie (7) und im ambulant betreuten Wohnen heraus.

Gemeinsames Merkmal aller an diesem Prozess beteiligten Akteure war bis 2011, dass sie jeweils ihren professionellen Hintergrund in Einrichtungen und Organisationen hatten, die, wie z.B. die Kliniken seit mehr als 100 Jahren in der heutigen Region ihren Ursprung hatten, ebenso wie die neuen Anbieter, die erst in den letzten beiden Jahrzehnten entstanden sind. Unterschiede gab es in Bezug auf die Organisationsform der Anbieter, die vom kleinen eingetragenen Verein, über Wohlfahrtsverbände bis hin zu großen privatwirtschaftlichen Trägern reichte. Dies hat im beschriebenen Zeitraum wiederholt zu Kontroversen geführt, wie z.B. in der Auseinandersetzung um den Verkauf der ehemaligen niedersächsischen Landeskrankenhäuser, in der sich der AKG dezidiert für eine kommunale Lösung ausgesprochen hat.

Ein Paradigmenwechsel in der Anbieterlandschaft zeichnete sich mit der Ausschreibung der AOK-Niedersachsen für die integrierte Versorgung von Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis ab. Das Ausschreibungsverfahren mündete in den „Selektivvertrag zu Integrierten Versorgung – AOK/I3G“. Damit präsentierte sich zum ersten Mal ein Akteur in der psychiatrischen Versorgung, der seine Wurzeln und seine wirtschaftliche Verankerung nicht im Gebiet der Region Hannover hat, da hinter der I3G-GmbH die Pharmafirmen Janssen-Cilag GmbH (Deutschland) und Johnson & Johnson (USA) stehen.

Zu drei Terminen im Februar, März und April 2011 wurden daher VertreterInnen

- des Landesfachbeirats Psychiatrie,
- der care4S,
- des Psychiatrieausschusses nach dem NPsychKG,
- des niedersächsischen Sozialministeriums,
- der Psychiatrischen Kliniken in der Region Hannover,
- des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover,
- der niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie,
- der Pflegedienste,
- der Angehörigen (AANB),
- der Betroffenen (VPE) sowie
- der Sozialdezernent der Region Hannover

gehört und deren Positionen erörtert. Dies mündete in eine öffentliche Stellungnahme des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (8), die sich an die entscheidenden politischen Gremien und alle Beteiligten richtete mit den Kernaussagen, dass neue Entwicklungen, die den Betroffenen zu verbesserten Behandlungen verhelfen, begrüßt werden und dass die neuen Akteure aufgefordert sind im Rahmen der bestehenden Strukturen aktiv mitzuarbeiten. Kritisch wurde diskutiert, dass eine Pharmafirma über indirekte Verknüpfungen versucht das Geschäftsfeld auf den Bereich der Integrierten Versorgung auszuweiten.



jetziger Tagungsort des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie – Haus der Region, Hildesheimer Straße 20

4 Zusammenfassung und Perspektiven

Zunächst ging die Initiative für das damalige Gemeindepsychiatriegespräch von den 4 Kliniken im Raum Hannover aus. Eingeladen wurden zu den monatlich stattfindenden Sitzungen das Gesundheitsamt/5 Sozialpsychiatrische Beratungsstellen, die Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige, das Drogenberatungszentrum, das Landessozialamt, Vertreter des Gesundheitsausschusses der Stadt Hannover sowie zu speziellen Fragestellungen Gäste.

Die Anwesenheitsliste der Gründungsversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Hannover am 04.12.1997 ist von 25 Personen unterschrieben, die bereits ein erheblich breiteres Spektrum an Organisationen repräsentieren und zu denen auch Vertreter der Betroffenen (VPE) und der Angehörigen (AANB) zählen.

Anwesenheitsliste zur Gründungsversammlung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes i. d. L.H.H.
v. 4. 12. 97

Gesundheit Osw. Bil	Sozialverband Tollense e.V.	Uli D.O.
Siemens	Gesellschaft f. psychosoz. Hilfe von e.V. Hannover	
Contenius	AANB Hannover	Contenius
Wandley	Winkelstrasse 18E	P. Darday
Ein. Forderungsbüro (M.H.A.N.N.O.V.E.R.S.)	Hannover	U. Schuffelbold
L. Blauke	M.H.H. - Allg. Psychiatrische Poliklinik	G. Fricke
M. Meiser	Kambelstraße f. jugendl. Betroffene	H. Olsch
G. Blatz	VPE Rindstraße 17	S. Blatz
Tagelohr-Fische	Kerkhof c. v. Bodelshöpe, 30661 H.	H. Mehlh. - Fricke
V. Neuperst	Hannover, Alte Welfenstraße ca. Hausnr. 20 30625 H.	G. Langel
B. Harman	Coachingzentrum Hannover e.V. Gesundheits- u. Psychotherapie	D. Harman
P. Bastiaan	M.H.H. Abt. Sozialpsychiatrie	P. Bastiaan
Dr. C. Oesterich	Nds. Landeskrankenhaus Geistlich. Hosp. St. 30555 Hannover	C. Oesterich
G. Kurre	KIPP	Kurre
H. Elger	sozialpsychiatrische Klinik M.H.H.	H. Elger
Wieland Machlich	Sozialpsychiatrie + Psychotherapie M.H.H.	Wieland Machlich

Klausur Brocker, Dr. i. d. Rechtswissenschaften		
Wolfgang Böhler	Klin. Wahrensdorff	Wolfgang Böhler
Ronald Luboda	Verein zur Förderung real. BtB	Ronald Luboda
M. Georgiadis	SPD Freytag Str.	M. Georgiadis
J. Krümel	SPD Plattenstraße	J. Krümel
Stefan Stehr	Caritas Seelhilfeberatung	Stefan Stehr
S. Franzen	iNITA Hannover	S. Franzen
Christian Schulte	KJP Welfenstraße auf der Höhe	Christian Schulte

Die Einladungsliste des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie – Stand 15.10.1998 – nach der Bildung eines gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbundes zwischen der Landeshauptstadt und dem Landkreis Hannover weist bereits 48 stimmberechtigte Mitglieder, 12 nichtstimmberechtigte Mitglieder und 18 Gäste auf.

Die Anzahl der Beteiligten ist seitdem kontinuierlich angestiegen. In den letzten zwei Jahren haben an den Sitzungen des AKG im Durchschnitt ca. 70 Personen teilgenommen. Zu den Teilnehmenden zählen derzeit 90 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 236 Angeboten (9), Vertreter der Betroffenen, der Angehörigen sowie Gäste und interessierte Bürger.

Die Übersicht der bearbeiteten Themen, die kontinuierlich in der Publikation „Sozialpsychiatrischer Plan“ (10), in den „Sozialpsychiatrischen Schriften“ Bd. 1 – 3 (12) und auf den Internetseite des Verbundes (12) dokumentiert ist, spiegelt die hohe Produktivität und die fachliche Bandbreite der Arbeit wieder. Dies war und ist nur möglich auf dem Hintergrund einer hohen Bereitschaft aller Beteiligten aktiv sowohl in den Fachgruppen mitzuarbeiten, als auch verantwortlich spezielle Themenbereiche im Plenum vorzustellen und sich damit dem fachlichen Diskurs auszusetzen und zur gemeinsamen Qualifizierung beizutragen, in dem Sinne, dass Wissen sich durch Teilung vermehrt.

Diese hohe Konstanz in der Entwicklung spricht für eine Weiterführung des AKG im bisherigen Rahmen als einem Gremium des offenen, wenig normierten fachlichen Austausches im gegenseitigen Respekt mit dem gemeinsamen Ziel die Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen stetig zu verbessern.

Literatur: Bei den Verfassern – E-Mail: Blanke.Uwe@mh-hannover.de

Anschrift der Verfasser:

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

Sabine Kirschnick-Tänzer · Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf
Email: Sabine.Kirschnick-Taenzer@krh.eu

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

Ali Türk · Institut für Transkulturelle Betreuung · Freundallee 25 · 30173 Hannover · E-Mail: Ali.Tuerk@itb-ev.de

Was war denn los? – Entwicklungen in der Allgemeinpsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

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

Mir ist die Aufgabe zugefallen, etwas zur Entwicklung der Allgemeinpsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover zu Papier zu bringen. Was hat sich innerhalb der letzten fünfzehn Jahre getan?

Dabei ist mir ein Aphorismus zum Thema Psychiater von Lena Sten (*1991) in die Hände gefallen: „Die Psychiatrie steht geschlossen hinter mir.“ Ein zentraler Punkt in der Allgemeinpsychiatrie ist sicherlich die veränderte Rechtsauffassung zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik gemäß aktueller Gesetzeslage (Stichwort „Ausschließliche Verwahrung ohne klinische Behandlung von zwangsuntergebrachten Patienten auf geschlossenen Stationen“). Aus ärztlicher Sicht notwendige Behandlungsmaßnahmen sind momentan in zahlreichen Fällen gegen den Willen eines psychisch Kranken nicht mehr erlaubt. Angesichts von Rechtsunsicherheit und therapeutischer Unzufriedenheit wird momentan an der Änderung der entsprechenden Gesetzestexte gearbeitet.

Zusätzlich sind auch die Verfahrensabläufe bei der Zu- und Rückführung dringend behandlungsbedürftiger Patienten gegen ihren Willen in die Klinik komplizierter und zeitaufwendiger geworden. Auf Einzelheiten will ich an dieser Stelle nicht weiter eingehen.

Wie überall in Deutschland sind die durchschnittlichen „Liegezeiten“ in den psychiatrischen Kliniken kontinuierlich gesunken. „Ambulant vor stationär“ – das ist die dahinter stehende Devise. Inhaltlich zunächst zu begrüßen, geht es doch darum, psychisch Kranke vermehrt in die Gemeinde zu integrieren anstatt sie in irgendwelchen Spezialeinrichtungen auszugrenzen. Aber „Ambulant vor stationär“ hat natürlich auch etwas mit Kostendruck zu tun. Die Behandlung soll preiswerter werden. Durch die frühzeitige Entlassung kommen auch vermehrt „akutere“ Patienten auf ambulante Nachbehandler zu, im schlechtesten Fall resultiert daraus ein klinischer „Drehtür-Effekt“. Andererseits verwundert es mich, dass die psychiatrischen Kliniken in den letzten Jahren meistens überbelegt waren. Zusatzbetten in den Zimmern (oder auf dem Stationsflur) waren offenbar keine Seltenheit. Wenn ich einen Patienten in die Klinik einweise, höre ich häufig von diensthabenden Ärzten die Anmerkung, dass der Patient aber in ein „Zusatzbett“ müsse und nur noch auf einer geschlossenen Station unterkommen könnte, weil alle anderen Betten auf offenen Stationen belegt sind. Das passt auf den ersten Blick überhaupt nicht zusammen. In einer Diskussionsrunde im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie werteten einige Klinikvertreter die überfüllten Kliniken als Ausdruck sich verschlechternder ambulanter Bedingungen. Was kann damit gemeint sein? Dass das Leistungsspektrum der Berufsbetreuer zurückgegangen ist? Dass sich ambulante Dienste wie das Präventionsprogramm Polizeisozialarbeit oder der Kommunale Sozialdienst der Stadt Hannover entweder aufgelöst oder aus einigen Versorgungssegmenten komplett zurückgezogen haben? Dass die Zeitressourcen der Mitarbeiter in den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Beratung und Krisenintervention aufgrund steigender Zulaufzahlen zunehmend zusammenschmelzen?

Auf der anderen Seite hat sich die ambulante Versorgung im Bereich Eingliederungshilfe eindeutig verbessert. Plätze im ambulant betreuten Wohnen gibt es ausreichend und flächendeckend. Es wird bereits darüber gesprochen, ob nicht inzwischen ein Überangebot besteht, weil die Versorgung seelisch behinderter Menschen offenbar durchaus ein interessanter Markt ist, den es mittels Akquise zu erschließen gilt. Insofern sind die laufenden Bemühungen, in der Region Hannover mit allen Beteiligten Qualitätsstandards für ambulant betreutes Wohnen zu erarbeiten, sicherlich sehr zu begrüßen.

Welche ambulanten Verbesserungen sind noch zu nennen? Ich denke an den Ausbau des Angebotes ambulanter psychiatrischer Pflegedienste, (anscheinend) ausreichende Plätze in psychosozialen Tagesstätten und ein erhöhtes Kontingent an Tageskliniken.

Die Zahl der Heimbetten hat sich trotz der Zunahme der gewährten Leistungen in der ambulanten Eingliederungshilfe nicht verringert. Wahrscheinlich spielt hierbei eine Rolle, dass einige psychiatrischen Heime auch gerne psychisch Kranke aus anderen Bundesländern (z. B. Berlin) aus finanziellen Erwägungen aufnehmen.

Schon 1995 wurde in Hannover beschlossen, die Notfallversorgung für psychisch Kranke rund um die Uhr mit Fachärzten für Psychiatrie zu gewährleisten – mit dem Ziel, dadurch die Zahl von Zwangseinweisungen durch Nicht-Psychiater zu verringern. Ergebnis dieses Beschlusses war die Einrichtung eines nervenärztlichen Hintergrunddienstes, der dem primärärztlichen Notdienst auf dem Gebiet der Städte Hannover und Laatzen im Bedarfsfall kompetent die Arbeit abnehmen konnte. Während der normalen Praxisöffnungszeiten unterstützt seit 1997 eine psychiatrische Notfallbereitschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes das vertragsärztliche System in Hannover. Mit der Einführung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes halbierte sich nahezu die Zahl der Zwangseinweisungen. Für Mitte 2014 ist jetzt vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung eine Auflösung des nervenärztlichen

Hintergrunddienstes geplant. Damit wird die Notfallversorgung wieder auf den Stand des übrigen Landes Niedersachsen fallen, wo es nach meiner Kenntnis bisher auch keinen nervenärztlichen Hintergrunddienst gegeben hat.

Erfreulich ist, dass der Fortbestand des seit 1997 bestehenden Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes (PPKD) in Trägerschaft der Seelhorst-Stiftung, finanziert von der Region Hannover, weiterhin gesichert ist. Der gut in Anspruch genommene Dienst wird von Betroffenen und Angehörigen zu Recht sehr geschätzt.

Die AOK ist mit ihrem Vorhaben, in Niedersachsen schizophrene Erkrankte selektiv in ein Programm Integrierter Versorgung (IV) einzubinden, um damit Krankenhausbehandlungen zu vermindern, in Teilen des Sozialpsychiatrischen Verbunds auf Kritik gestoßen. Einige der Befürchtungen gingen dahin, dass durch die selektive IV an anderer Stelle notwendige Ressourcen abgezogen würden und die versprochenen Leistungen auch für die eingeschriebenen Patienten nicht im versprochenen Umfang erbracht werden können. Die Anzahl der bisher für die IV eingeschriebenen Patienten soll – nicht nur in der Region Hannover – sehr überschaubar sein. Dabei ist anzumerken, dass die damit im Zusammenhang stehende Hilfsform des „Hometreatments“, die Versorgung eines „Akut-Patienten“ im häuslichen Bereich, grundsätzlich äußerst erstrebenswert ist. In der Diskussion im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie um das Für und Wider des AOK-Selektiv-IV-Vertrags wurde von Vertretern einer Klinik betont, dass es Überlegungen gäbe, zukünftig von Klinikseite „Hometreatment“ anzubieten. Leider konnte ich bislang keine Hinweise auf eine zeitnahe Umsetzung erkennen.

Der zwischenzeitlich immer wieder aufflammende Wunsch nach Krisenbetten an Allgemeinkrankenhäusern ist momentan nicht Gegenstand konkreter Planungen im Krankenhausbereich.

Welche weiteren Herausforderungen gibt es in den nächsten Jahren noch für die Allgemeinpsychiatrie des Verbundes der Region Hannover?

Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund, die Hilfe beim (sozial-)psychiatrischen System suchen, wird sich Prognosen zufolge erhöhen. Wie können wir den Anforderungen gerecht werden, die Menschen aus anderen Kulturkreisen an uns stellen? Die Region hat dazu zwei Studien beim Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse in den Jahren 2008 und 2013 veröffentlicht worden sind. Einige Resümees dieser Studie: Es besteht ein vermehrter Bedarf an professionellen Helfern mit eigenem Migrationshintergrund, die Kultursensibilität und interkulturelle Kompetenz der Helfer sollte – durch entsprechende Fort- und Weiterbildung – insgesamt erhöht werden.

Psychisch Kranke ohne Arbeit und/oder ohne Wohnung sind weitere Klientel, die in naher Zukunft unserer gezielten Unterstützung bedürfen. Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie hat Ende 2013 beschlossen, sich intensiv mit konzeptionellen Überlegungen für einen inklusiven Sozialraum zu beschäftigen.

Seit 1980 existierte in Räumlichkeiten der Waldseestraße 1 in Hannover-List eine gelungene Kooperation zwischen Landeshauptstadt und MHH, welche später von der Region (zuletzt in der Podbielskistraße 158) fortgeführt wurde: Psychiatrische Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischer Dienst unter einem Dach. Patienten stand gemeindenah ein gut differenziertes Angebot zur Ver-

fügung. Im April 2013 hat die MHH ihre Institutsambulanz aus den Räumlichkeiten in der List zurückgezogen und auf dem Campus zentralisiert, in der List zurückgeblieben ist inzwischen lediglich der Sozialpsychiatrische Dienst. Für ihren Rückzug nannte die MHH finanzielle Notwendigkeiten. Inzwischen ist der Kooperationsvertrag vonseiten der MHH zum 31.12.2014 gekündigt worden. Die Region wird mit eigenen Mitarbeitern die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes im bisherigen Zuständigkeitsbereich der MHH übernehmen. Darüber hinaus gibt es Überlegungen im Sozialpsychiatrischen Verbund, durch die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Zentren im gesamten Regionsgebiet neue Kooperationen mit Schnittstellenpartnern zu realisieren. Gemeindepsychiatrisches Zentrum meint das inhaltliche und räumliche Zusammenrücken von Sozialpsychiatrischem Dienst, Psychiatrischer Institutsambulanz, Tagesklinik sowie optional psychosozialer Tagesstätte, ambulanter Ergotherapie und ambulantem psychiatrischen Pflegedienst. Im Idealfall erhalten Patienten dadurch schneller und unkomplizierter Zugang zu Hilfen anderer Schnittstellenpartner, wobei die Helferseite möglicherweise Synergieeffekte im Personalbereich nutzen kann.

Die Diskussion um die Vor- und Nachteile Gemeindepsychiatrischer Zentren in der Region Hannover hat bereits in der Mitarbeiterschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes lebhaft begonnen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Suesse · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Weinstr. 2 · 30171 Hannover

E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de

Entwicklung des Hilfesystems in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

von Matthias Eller, Inge Noort-Rabens & Stefan Pohl

(Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche)

Vor 15 Jahren – genauer am 01.07.1998 – wurde im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in den Soz. Psych. Verbund besprochen. 1999 gab es eine Vorbereitungsgruppe für eine Fachgruppe KJP, die im Jahr 2000 ihre Tätigkeit aufnahm. Ein neues Verständnis für die besondere Situation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher begann sich zu entwickeln. Berücksichtigt werden sollten alle die KJP umfassenden Bereiche: Prävention, Erkennung, Behandlung, Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen und bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten sowie die Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Die Notwendigkeit multiprofessionell und vernetzt zu arbeiten begann sich durchzusetzen.

15 Jahre später lässt sich auf eine bewegte und vielseitige Entwicklung zurückblicken. Einige wichtige Gesetzesgrundlagen wurden verändert bzw. verfeinert (beispielsweise zum Kinderschutz, § 8a des KICK). Herausragende Themen wie „Kinder psychisch kranker Eltern“, „Bündnis gegen Depressionen im Kindes- und Jugendalter“ und „Grenzgänger – der Umgang mit sozial sehr auffälligen Jugendlichen“ sowie „Chancen und Risiken der rasanten medialen Entwicklung für die Jugend“ und „Komasaufen“ beschäftigen auch weiterhin die Fachwelt. Es sind diverse neue Hilfsangebote innerhalb der Jugendhilfe und im sozialpsychiatrischen Bereich entstanden. Die Hilfsmaßnahmen sind differenzierter und spezifischer geworden. Damit ist auch die Notwendigkeit von verbesserten Kooperationen gestiegen und hat sich in vielen Bereichen durchgesetzt. Während Gesundheitswesen und Jugendhilfe enger zusammenrückten, blieb eine Verzahnung mit dem Bildungswesen noch schwierig. Gerade bei aktuellen Themen wie Inklusion, Schulbegleitung und Teilleistungsstörungen ist eine Vernetzung mit der Schule und allen schulischen Instanzen dringend erforderlich.

Wie in anderen Arbeitskontexten sind auch im KJP-Bereich die Folgen einer Zunahme der Komplexität der Aufgaben spürbar – bei wachsendem Verwaltungsaufwand steigt die Belastung der Arbeitskräfte. Trotz einer Erweiterung der Angebote bleibt eine Zunahme seelischer Probleme und psychischer Störungen aktuell. Neben der verbesserten Diagnostik und einer größeren Bereitschaft, professionelle Hilfen anzunehmen, werden höhere Anforderungen an die Jugend und die zunehmend stärker sozial, emotional sowie wirtschaftlich belasteten Elternteile als Ursache für diese Entwicklung gesehen.

Innerhalb der ambulanten Versorgung entwickelte sich ein deutlich verbessertes Angebot an Facharztpraxen für KJP insbesondere in der Stadt Hannover (2001: 8 Praxen, 2007: 20 und 2013: 26). Vergleichbare Datenerhebungen liegen uns ansonsten nur ansatzweise vor, so dass wir die Entwicklungen hier lediglich skizzieren können.

Die drei zuständigen Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Region Hannover haben ihre Angebote ebenfalls erweitert. 2003 nahm die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche ihre Tätigkeit auf und trägt mit ihrem Arbeitsauftrag „Krisen- und Notfallinterventionen“ zur Differenzierung der Angebotspalette bei. Parallel zur Dezimierung des schulpsychologischen Bereiches in Niedersachsen hat die Bedeutung der Schulsozialarbeit in der Region Hannover zugenommen. Zahlreiche Jugendhilfeträger wie beispielsweise „BAF“, „FAB“ und „Mannigfaltig“ haben sich neben den bestehenden Einrichtungen etabliert. Für die psychotherapeutischen Angebote im Kinder- und Jugendbereich bestehen allerdings in der Regel weiterhin lange Wartezeiten. Die Jugend-Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Stadt und im Umland, das Sozialpädiatrische Zentrum und das Winnicott-Institut verzeichnen stetig zunehmende Inanspruchnahmezahlen. Diese Angebote konnten teilweise erweitert werden. Der Bedarf an ambulanten Hilfen erscheint hoch und die Bereitschaft der Familien, professionelle psychotherapeutische sowie (sozial-) psychiatrische Hilfen zu nutzen, ist in den letzten 15 Jahren deutlich gestiegen.

Zum stationären Versorgungssystem zählen die Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie mit voll- und teilstationären Behandlungsplätzen und die therapeutischen Wohngruppen für exakt definierte psychiatrische Störungsbilder.

1998 waren das die KJP Kliniken in Wunstorf, in Hannover auf der Bult und in Hildesheim. Therapeutische Wohngruppen wurden vom Stephansstift angeboten.

Seit 1998 ist ein neues Verständnis gewachsen, welche Versorgungsstrukturen im KJP – Bereich notwendig sind. In den ersten Jahren ab 1998 kam es zu einer kontinuierlichen Zunahme vollstationärer Klinikplätze. Ab 2001 (Wunstorf) sind Tageskliniken als wichtiges Versorgungsinstrument in der KJP dazugekommen (neben den Institutsambulanzen, die als erste Anlaufstellen immer mehr an Bedeutung gewinnen). Im stationären Bereich werden verstärkt spezialisierte und differenzierte Behandlungskonzepte entwickelt. Bereits seit 1999 bietet die KJP Auf der Bult in Hannover ein spezielles Behandlungskonzept für alkohol- und drogenabhängige Jugendliche (TSI Teen Spirit Island, 18 Behandlungsplätze), das 2010 um 6 Plätze und den Bereich der PC- und Internetsucht erweitert werden konnte. Eine enge Verzahnung mit ambulanten Einrichtungen findet statt, die sowohl im Vorfeld als auch in der Nachbetreuung gezielt in Erscheinung treten. Spezialisierungen u.a. für die Behandlung von Traumata und Essstörungen (Bult), Asperger-Autismus, ADHS und psychische Störungen bei geistiger Behinderung (Hildesheim) und Konzepte für die Behandlung von Kindern psychisch kranker Mütter/Väter (Wunstorf) wurden (weiter-)entwickelt.

Alle Kliniken beschreiben eine Zunahme von Notfällen. Neben Suizidgefährdung werden zunehmend (schwere) Traumatisierungen, (frühe) Bindungsstörungen und Flucht in virtuelle Ersatzwelten gesehen.

Mit der Verschiebung des Schwerpunktes von der vollstationären Behandlung zur teilstationären (und sobald möglich zur ambulanten Behandlung) geht eine Verkürzung der Behandlungszeiten einher. Die Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen und seinem Umfeld, um Bedingungen zu schaffen, die ein Kind braucht, um sich ungestört zu entwickeln bzw. eine Störung zu überwinden, bekommt Vorrang vor der Arbeit „am“ Kind/Jugendlichen. Hierzu gehört eine Rückbesinnung auf Eigenverantwortung und Ressourcen (des Kindes, der Eltern, des Umfeldes etc) und eine Korrektur der Tendenz zu einer Abgabe an Profis. Störung(-sbewusstsein) und Behandlungsbedürftigkeit im Kinder- und Jugend- und im Erwachsenenbereich sind kaum vergleichbar.

Die Notwendigkeit wohnortnaher Behandlungsmöglichkeiten hat Tageskliniken in unmittelbarer Nähe der Region entstehen lassen (Alfeld, Hameln, Celle, Goslar), was zu einer Entlastung der Versorgungssysteme in der Region beiträgt.

Eine scharfe Abgrenzung zwischen psychiatrischer und pädagogischer Problematik ist nur selten möglich. Eine enge Kooperation mit den Jugendämtern, Jugendhilfeeinrichtungen, Schulen, Jobcenter, niedergelassenen Therapeuten u.a. wird im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen immer mehr zum Standard. Leitlinien zur Kooperation wurden entwickelt.

Im Bereich der therapeutischen Wohngruppen sind neue störungsspezifische Angebote entstanden wie z.B. Wohngruppen für internalisierende Störungen, für Essstörungen oder für minderjährige, psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern.

Die stationären Versorgungsstrukturen haben in den letzten 15 Jahren einen deutlichen Wandel erfahren. Strukturen haben sich den neuen Erkenntnissen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachwelt, den gesellschaftlichen Veränderungen aber insbesondere den Bedürfnissen der betroffenen Kinder und Jugendlichen angepasst. Die Kooperation verschiedener Berufsgruppen in unterschiedlichen Institutionen mit unterschiedlichen (z. T. vom Gesetzgeber her bestimmten) Wirkungs- bzw. Aufgabenbereichen wird immer mehr zum Standard.

Rechtsgrundlage für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist seit 1993 der § 35a SGB VIII. Mit dieser Zuordnung wollte der Gesetzgeber seelisch behinderte Kinder und Jugendliche primär als junge Menschen mit altersgemäßen Bedürfnissen behandelt wissen. Die Eingliederungshilfe für geistig und/oder körperlich behinderte Kinder und Jugendliche verblieb dagegen in der Sozialhilfe. Die Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII richtet sich an Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung, die z.B. an Psychosen, Neurosen, Suchterkrankungen, emotionalen oder sozialen Störungen leiden und dadurch nicht ihrem Alter entsprechend am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Die Kosten werden vom Jugendamt getragen. Bei teilstationären und stationären Hilfen werden die Eltern und jungen Volljährigen je nach Einkommen beteiligt. Die Form der Hilfe richtet sich nach dem Bedarf des Einzelnen und erfolgt als ambulante Hilfe, z. B. durch eine Schulbegleitung, als teilstationäre Hilfe, z. B. durch den Besuch einer Tagesgruppe oder eines Sonderkindergartens und als vollstationäre Hilfe, zum Beispiel durch den Aufenthalt in einer therapeutischen Wohngruppe.

Die Region Hannover hat einen zentralen Fachdienst für Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige im Fachbereich Jugend eingerichtet. Entwicklung im Zuständigkeitsbereich des Fachbereichs Jugend der Region Hannover:

2005 = 146 Fälle gesamt, 82 Fälle vollstat. , 60 Fälle ambulant, 5 Fälle teilstat.

2010 = 209 Fälle gesamt, 79 Fälle vollstat., 105 Fälle ambulant, 25 Fälle teilstat.

Schulbegleitung:

2005 = 15 Fälle, 2010 = 50 Fälle. 2011 = 75 Fälle.

(Quelle: Sozialpsychiatrischer Plan 2012)

Seit Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Neuanträge und der Fallzahlen zu verzeichnen. Im Rahmen der Umsetzung der Inklusion ist ein zusätzlicher Anstieg der Fallzahlen zu erwarten.

Die Stadt Hannover hat Ihren Fachdienst für Eingliederungshilfe dezentralisiert. Dabei sind zwei geschulte Mitarbeiter eines jeden KSD – Standortes für die Eingliederungshilfe nach § 35a zuständig. Wir haben leider keine Zahlen des Fachbereichs Jugend der Stadt Hannover sowie von den freien Jugendämtern (Stadt Laatzen, Stadt Springe, Stadt Lehrte, Stadt Langenhagen und Stadt Burgdorf) erhalten.

Die fachlich-inhaltlichen Standards und Positionen sind in den einzelnen Jugendämtern sehr unterschiedlich. Die Unterscheidung in „seelische Störung“ und „Teilhabebeeinträchtigung“ erscheint teilweise unscharf. Welche Diagnoseverfahren für die Teilhabebeeinträchtigung gewählt werden, differiert stark. Ob und bei welchen Eingliederungshilfen ein Hilfeplanverfahren nach §36 und wie insgesamt eine Hilfestellung – insbesondere bei ambulanten Hilfen – durchgeführt wird, ist ebenfalls von Jugendamt zu Jugendamt verschieden.

Mit dem Ziel der Erarbeitung einheitlicher Standards haben sich alle im Regionsgebiet befindlichen Jugendämter in einer Arbeitsgruppe zum § 35a zusammengefunden.

Fazit und Ausblick

In 15 Jahren hat sich ein Umdenken bezüglich der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Unterstützt durch Anpassung der Gesetzgebung hat sich weitgehend die Grundannahme etabliert, dass Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft eigene kind- und jugendspezifische Bedürfnisse und Schwierigkeiten haben. Die Frage, welche Fähigkeiten und/oder Hilfen in unserer modernen Gesellschaft notwendig sind, um eine Teilhabe zu ermöglichen, muss neu gestellt werden. Europäisierung und Globalisierung tun das ihre dazu, deutlich zu machen, dass Konzepte einer Anpassung und neuer Zielsetzungen bedürfen. Inklusion als neues Paradigma der Gesellschaft muss nicht nur „eingeführt“ sondern in der breiten Öffentlichkeit verstanden und unterstützt werden.

Eine enge Kooperation und die Entwicklung neuer Konzepte sollte nach unserer Einschätzung insbesondere für den Bereich der jungen Volljährigen mit psychischen Problemen, die nicht mehr in das System der KJP aber auch (noch) nicht in den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie hineinpassen, vorangetrieben werden (Stichwort: Adoleszenzpsychiatrie).

Insgesamt schaut der SPV im KJP-Bereich auf 15 Jahre sehr bewegter und konstruktiver Arbeit zurück. Die Position der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte gestärkt werden und sich eine eigene „Lobby“ erobern. Diese Entwicklung wurde durch engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in verschiedensten Einrichtungen des SPV ermöglicht. Eine Fortsetzung dieses Weges ist geplant.

Anschrift der Verfasser

Ingeborg Noort-Rabens · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & Familien
Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover

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

Entwicklung des Hilfesystems in der Gerontopsychiatrie

von Brigitte Harnau (*Leitung Caritas Forum Demenz*)

Unter der Maßgabe des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und des personenzentrierten Ansatzes entwickelten sich in der Region Hannover richtungsweisende Versorgungsansätze für ganz Niedersachsen.

Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren – Casemanagement mit Lotsenfunktion im personenzentrierten Hilfenetz

Das Bundesmodellprojekt „Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren“ mit dem Ziel einer stadtteilorientierten ambulanten gerontopsychiatrischen Vollversorgung – u.a. Vermeidung vorzeitiger Heimeinweisungen sowie unnötiger Klinikaufenthalte – wurde 2000 bis 2003 von drei großen Trägern in der LHH durchgeführt. Vorzugsweise rekrutierte sich die Klientel aus im Alter psychisch erkrankten Menschen und deren Umfeld, demzufolge psychiatriefernen Strukturen. Die Netzwerkarbeit berücksichtigte daher insbesondere die Verknüpfung von Altenhilfe- und sozialpsychiatrischen Strukturen: SGB V, SGB XI und SGB XII Leistungen. Fachliche Beratung und Casemanagement, enge Kooperation mit Haus-, Fachärzten und Kliniken, Qualifizierungsmaßnahmen für Haupt- und Ehrenamtliche sowie therapeutische Gruppenangebote für Erkrankte und Angehörige sicherten den Verbleib im vertrauten häuslichen Umfeld. Ungeachtet des unstrittigen Bedarfs und ersichtlicher Einsparpotentiale gelang es auch durch intensive Bemühungen mit den entsprechenden Kostenträgern nicht eine Folgefinanzierung zu erwirken. Sicherung und landesweite Weiterentwicklung der Projektergebnisse sind seit 2005 Aufgabe des landesgeförderten Kompetenzzentrums Caritas Forum Demenz.

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege, Integrierte gerontopsychiatrische Versorgung:

Die Empfehlungen zur Umsetzung der „Ambulanten Gerontopsychiatrischen Pflege“ – erarbeitet unter Federführung der Psychiatriekoordination des Sozialdezernates der LHH mit Mitgliedern der Fachgruppe Gerontopsychiatrie des SpV, des Sozialministeriums und Vertretern der Kostenträger auf Landesebene – die in der „Niedersächsischen Konferenz zur ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege“ im April 1997 ohne Kostenübernahmezusage verabschiedet wurden, bildeten die Grundlage für das Modellprojekt „Häusliche Krankenpflege für alte Menschen mit psychischen Veränderungen“, das von 2002 bis 2004 mit Übernahme der Casemanagementfunktion durch die drei Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren (AGZ) für die drei kooperierenden ambulanten gerontopsychiatrischen Pflegedienste mit Stadtgebietsbezug in der LHH erfolgreich durchgeführt wurde.

Mit Erweiterung der Bundesrahmenrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen um die ambulante psychiatrische Pflege im Jahr 2005 konnte dieser wichtige Baustein der ambulanten Versorgung in die Regelfinanzierung übergeführt werden. Auf Initiative und über eine Anschubfinanzierung des Fachbereichs Soziales der Region Hannover gelang es 2007 für das Umland drei weitere ambulante gerontopsychiatrische Pflegedienste zu etablieren. Der Mangel an verordnenden/kooperierenden psychiatrischen Fachärzten erschwerte die Bedingungen erheblich. Der Einbezug von Hausärzten in enger Kooperation mit Fachpflege und Erstdiagnostik über den Facharzt schuf hier eine Alternative. Drei nervenärztliche/psychiatrische Arztpraxen schlossen 2007 Verträge mit drei großen Krankenkassen über die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V sowie mit drei kooperierenden Fachpflegediensten unter Einbezug weiterer Versorgungsanbieter (Hausarzt, Ergotherapie, Krankengymnastik etc.) des Stadtgebietes. Dieser wichtige Baustein eines vernetzten Versorgungssystems sichert die Lebensqualität älterer Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch ambulante (geronto-)psychiatrische Pflege in der Geborgenheit des eigenen Zuhauses solange wie möglich. Fachärztliche Behandlung – wenn nötig durch zeitnahe Hausbesuche sowie feste Ansprechpartner rund um die Uhr in akuten Krisensituationen helfen unnötige Klinikeinweisungen zu vermeiden und Klinikaufenthalte zu verkürzen. Ausgehend von dieser Behandlungsform in der Gerontopsychiatrie sowie auf Grund des großen Bedarfes entwickelte sich der Einbezug jüngerer allgemeinspsychiatrischer Patienten. Ambulante psychiatrische Pflege (mit neun Pflegediensten) und Integrierte Versorgung (mit ca. 17 niedergelassenen Fachärzten) sind 2013 ein fester Bestandteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung Erwachsener aller Altersklassen in der Region Hannover. Die besondere Beachtung der Bedarfe gerontopsychiatrischer Patienten darf dabei jedoch nicht verloren gehen.

Gerontopsychiatrische Fachberatung

Gerontopsychiatrische Fachberatung muss in der Lage sein bereits beim Erstkontakt die aktuelle Situation fachlich einzuschätzen, ggf. sofortige Hilfsmaßnahmen einzuleiten sowie hochkomplexen Beratungsinhalte – von Krankheitsbild und Umgang mit Symptomen bis zu Leistungen der Kranken-, Pflegeversicherung, Vorsorgevollmacht etc. – zu vermitteln, um mit bedarfsgerechten Steuerungsmaßnahmen Fehlplatzierungen im Versorgungssystem zu verhindern. Die Gewährleistung von Neutralität ist Voraussetzung um die Bedienung wirtschaftlicher Versorgungsketten zu vermeiden. Die zur Verfügung stehenden Beratungs-/Informationsdienste (Demenzberatung, sozialpsychiatrische Dienste, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung der Pflegekassen etc.) erfüllen diesen qualitativen Anspruch in der Regel nicht/bzw. nicht ausreichend. Die Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren (AGZ) sind nicht mehr aktiv, sodass dieser wichtige Versorgungsbaustein der qualifizierten Erstberatung eher zufallsbezogen zum Tragen kommt. Eine gesicherte Fachberatung für die gerontopsychiatrische Klientel ist anzustreben. Der „Pflegestützpunkt am Markt“ als Modellprojekt des BMG (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) in Trägerschaft der Region Hannover von April 2008 bis Ende 2010 in Langenhagen berücksichtigte die Belange der gerontopsychiatrischen Klientel über eine Kooperationsvereinbarung mit einer fachlichen Beratung durch einen gerontopsychiatrischen Pflegedienst. Auch hier blieb die Finanzierung der Beratung letztlich ungesichert.

Seit Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PFLEG) 2002 sind Niedrigschwellige Betreuungsangebote (NBA) abrechenbare Leistungen im Pflegeversicherungsgesetz. In der Region Hannover existiert mittlerweile eine fast flächendeckende Angebotsstruktur. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer übernehmen die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich und ent-

lasten so die pflegenden Angehörigen. Bislang kam diese Betreuungsform – neben den somatisch Pflegebedürftigen – maßgeblich Demenzerkrankten und ihren Angehörigen zugute. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 01.01.2013 können die zusätzlichen Betreuungsleistungen erstmals auch von Versicherten mit der Pflegestufe 0 in Anspruch genommen werden, in die auch Betroffene mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund weiterer psychiatrischer Erkrankungen – nicht ausschließlich Demenz – eingestuft werden. Bezüglich Antrags- / bzw. auch Widerspruchsverfahren bei Pflegekassen/MDK bedarf es einer sachgerechten Beratung und Unterstützung maßgeblich der Angehörigen.

Ambulant betreute Wohnformen und stationäres Wohnen

In Stadt und Umland der Region Hannover gab es 2012 für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung 26 betreute Wohngemeinschaften sowie zwei Angebote speziell für (geronto-)psychiatrische Klientel. Die Niedersächsische Wohnberatung listet auf ihrer Homepage die Angebote auf. Damit hat sich diese Wohnform bei leichteren bis mittelgradigen dementiellen Einbußen als Alternative zum stationären Wohnen etabliert. Für alt gewordene psychisch kranke Menschen tritt diese Wohnform bisher kaum in Erscheinung – die Entwicklung bleibt abzuwarten.

Das Angebot stationären Wohnens für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung ist in den letzten 15 Jahren erheblich gestiegen. Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie erarbeitete 2001 das Positionspapier „Geschlossene Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ und erstellte 2007 Qualitätsstandards für die stationäre gerontopsychiatrische Pflege, verabschiedet in der Pflegekonferenz der Region Hannover. In Zeiten schöner Neubauten und des Pflegekräftemangels ist die Versorgungsqualität der Bewohner jedoch schwer einzuschätzen. Nicht selten sind Pflegeheime „kleine Psychiatrien“ ohne entsprechendes Fachpersonal und angemessene ärztlicher Versorgung. Klinik-einweisungen als Ventil eines überlasteten Systems sind die Folge. Hier sind neue Problemlösungsstrategien dringend erforderlich. Ein weiteres Thema bleibt das Wohnen alt gewordene psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen. Diese treffen mit ihrem spezifischen Hilfebedarf auf hochbetagte Demenzerkrankte – Konflikte sind vorprogrammiert. Die kreative Gestaltung angemessener Wohnformen ist ein Auftrag für die Zukunft.

Unter dem Aspekt der Zusammenführung komplexer Versorgungsstränge der Altenhilfe- und Psychiatriestrukturen erarbeiteten – auf Initiative und unter Federführung des Caritas Forum Demenz sowie des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover – Teilnehmer der Fachgruppe Gerontopsychiatrie im Rahmen einer Zukunftswerkstatt (von 2010 bis 2013) zur „Weiterentwicklung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover“ einen Versorgungspfad. Dieser ist systemübergreifend – Leistungsbereiche und Berufsgruppen – und anhand der regionalen Gegebenheiten im Sozialpsychiatrischen Verbund erarbeitet. Er bietet Transparenz der Angebote für Patienten, Angehörige und Leistungserbringer. Die Ziele des Versorgungspfades sind einerseits die Steuerung des gesamten Versorgungssystems und andererseits die Steuerung des individualisierten Versorgungsverlaufes. Um dem komplexen und variablen Verlauf gerontopsychiatrischer Erkrankungen gerecht zu werden basiert ein Versorgungspfad auf einzelnen Modulen, die nach dem aktuellen Zustand eines Patienten ausgewählt und zu einem persönlichen Versorgungsraster kombiniert werden.

Die Umsetzung des Versorgungspfades befindet sich in der Planungsphase.

Neben der Gruppe der mit einer psychischen Erkrankung altgewordenen Menschen sind im Alter erstmals schwerwiegend psychisch Erkrankte bisher nicht ausreichend versorgt. Ziel ist es, von einer zufallsbezogenen zu einer geregelten personenzentrierten Versorgung zu gelangen.

Anschrift der Verfasserin:

Brigitte Harnau · CARITAS FORUM DEMENZ · Bohlendamm 4 · 30159 Hannover

E-Mail: ForumDemenz@caritas-hannover.de

Entwicklung des Hilfesystems in der Drogen und Suchthilfe

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

& Alfred Lessing (*Drogenbeauftragter Landeshauptstadt Hannover*)

Im Rahmen der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes ist dieser Bereich zum einen über die Fachgruppe „legale Sucht“ zum anderen über den als „Fachgruppe“ assoziierten Runden Drogentisch (jetzt Runder Tisch für Sucht und Drogen) der LHH bearbeitet worden. Für die Entwicklung im Bereich Drogen ist als Teil der Bericht des Drogenbeauftragten der LHH aufgenommen, der anlässlich des Deutschen Fürsorgetages 2012 entstanden ist.

Entwicklung des Hilfesystems im Bereich Suchthilfe

Der Bereich Beratung, Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen (hier vor allem Alkohol und Medikamente) hat in den vergangenen 15 Jahren der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes immer eine gewisse Sonderrolle gehabt. Einmal, im Jahre 2011, wurde das Thema als Schwerpunkt des Sozialpsychiatrischen Plans festgelegt. Ansonsten wurde versucht über die Fachgruppe „legale Sucht“ das Thema inhaltlich zu bearbeiten. Ein Manko dieser Fachgruppe war aber, dass sich praktisch nur ein Teil der Suchtberatungsstellen beteiligt haben und ein Anbieter aus dem ambulant betreutem Wohnen mit Schwerpunkt Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen, die Kliniken bzw. sonstige Anbieter fehlten dauerhaft.

Da alle Einrichtungen auch gleichzeitig im Runden Tisch für Sucht und Drogen der LHH teilnahmen, führte dies zur Auszehrung der Fachgruppe „legale Sucht“ und schließlich zur Einstellung der Arbeit Anfang 2012, da sich auch keine Person/Einrichtung für die Sprecher/innenfunktion mehr fand.

Trotzdem hat es in diesem Bereich wichtige Entwicklungen gegeben, die über die Psychiatriekoordination mit begleitet und entwickelt wurden.

1. Die Vereinbarung zwischen der Region Hannover und den Suchtberatungsstellen bezüglich der Beratung von Menschen im ALG II-Bezug, die Vermittlungshemmnisse aufgrund einer möglichen Suchterkrankung haben.

Die Auswertung, verbesserte Inanspruchnahme sowie inhaltliche Weiterentwicklung wäre sicher ein Thema der nächsten 5 Jahre. Hier gilt es mit dem für die Abwicklung zuständigen Jobcenter und dem Fachbereich Soziales der Region Hannover sowie den Beratungsstellen erneute Gespräche zu suchen und Aktivitäten abzusprechen.

2. Die Neuordnung der Förderung der Suchtberatungsstellen in der Region Hannover durch Anhebung der Fördersumme um 100 % und Abschluss von 3-Jahresverträgen zum inhaltlichen Leistungsangebot. Dies hat dazu geführt, dass nunmehr für alle Städte und Gemeinden eine sektorale Zuständigkeit einer Suchtberatungsstelle gegeben ist, wobei natürlich die Wahlfreiheit der Ratsuchenden nicht eingeschränkt ist, außerdem gibt es eine einheitliche Leistungsbeschreibung und Teilnahmeverpflichtung an der regionalen Psychiatrieberichterstattung.
3. Die Auseinandersetzung bezüglich der Beratungsbedarfe bei stoffungebundenem Suchtverhalten bzw. missbräuchlichen Umgang hat zu neuen Förderstrukturen sowohl durch die Region Hannover als auch die LHH geführt (Beratungsstellen Return und Prisma bezüglich exzessiven Medienkonsums).
4. Im Bereich des ambulant betreuten Wohnens (Eingliederungshilfe SGB XII) für Menschen mit Suchtabhängigkeiten bzw. Doppeldiagnose hat es in den letzten 15 Jahren eine deutliche Ausweitung der Kapazitäten gegeben (inzwischen fast ein Drittel der ca. 1500 Betreuten in der Region).
5. Durch eine jetzt vom Psychiatriekoordinator der Region angeregte Neuausrichtung der Zusammenarbeit im Bereich Sucht und Drogen soll die Effektivität der inhaltlichen Arbeit verstärkt werden (gedacht ist hier an nur noch ein gemeinsames fachliches Gremium für LHH und Umland für die Verbundarbeit) bei jeweiliger Verantwortung für die Förderstruktur.

Die Bereiche der klinischen Suchthilfe wie auch der Selbsthilfe sind eindeutig verstärkter in den Fokus zu nehmen, wie auch solche Thematiken wie Sucht im Alter und Sucht bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen.

Entwicklung des Hilfesystems im Bereich Drogenhilfe

Hannover – von der Drogenmetropole des Nordens zur Modellstadt der Sucht- und Drogenhilfe – Ausgangslage und Herausforderung

Die Stadt Hannover ist mit ca. 500.000 Einwohnern die Landeshauptstadt Hannover des Bundeslandes Niedersachsen.

Bereits seit 1970 sah sich die Stadt Hannover konfrontiert mit einer zunehmenden Entwicklung von Handel und Konsum von illegalen Drogen.

Dies war nicht allein ein Problem in der Stadt Hannover sondern war seinerzeit festzustellen in vielen anderen europäischen Großstädten und Ballungszentren.

Neben der rasanten allgemeinen Entwicklung von Angebot und Nachfrage im illegalen Drogenhandelssektor gab es in Hannover noch eine Verschärfung der Gesamtsituation durch strukturelle Probleme:

- Die Stadt Hannover war als Landesmetropole Anziehungspunkt für Drogenkonsumenten und für Drogenhändler aus einem überregionalen Einzugsgebiet bis hin zu einem Radius von ca. 100 km über die Stadtgrenze hinaus.
- Bereits seit den 70iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts gab es eine Nord-Süd-Handelsachse zwischen den Städten Hamburg und Frankfurt. Da die Stadt Hannover direkt an der Autobahnverbindung zwischen diesen beiden Städten lag, wurde sie gern als Zwischenstation genutzt, um größere Mengen von illegalen Drogen hier in den Handel zu bringen.
- Anfang 1990, seit dem Fall der innerdeutschen Grenze, gab es eine neue Handelsachse von Westen nach Osten, sprich Amsterdam – Berlin; auch hier liegt Hannover direkt an der Autobahnverbindung zwischen diesen Städten.

Die Interventionsstrategien in den 70iger und 80iger waren im Bereich der Drogenhilfeeinrichtungen Angebote von Beratung und stationären Langzeittherapien, im Bereich der Polizeiaktivitäten wurde der Fokus auf Bekämpfung des Drogenhandels und der offenen Drogenszene gerichtet; beide Bereiche, Drogenhilfe und Polizei meinten seinerzeit, die sich neu entwickelnde Drogensituation mit den jeweils eigenen Mitteln in den Griff bekommen zu können. Trotzdem fand bereits damals auf kommunaler Ebene eine breite Diskussion statt und dank der Unterstützung durch die politisch verantwortlichen Gremien und des engen Austausches mit der Polizei konnten schon sehr frühzeitig neue und innovative Wege in der Drogenhilfe und -bekämpfung gefunden und realisiert werden.

Diese unterschiedlichen inhaltlichen und strukturellen Faktoren haben letztendlich dazu geführt, dass die Stadt Hannover seit Anfang 1990 zu den bundesdeutschen Ballungszentren gehörte, die am stärksten betroffen waren durch Drogenhandel, Anzahl der Drogenabhängigen und durch die Anzahl der Drogentodesfälle.

Ausgehend von ca. 5.000 Opiatabhängigen allein im Stadtgebiet Hannover, 65 Drogentodesfällen im Jahr 1992 und einer ausufernden offenen Drogenszene in den Jahren 1994 und 1995 stellt sich die Situation im Jahr 2012 glücklicherweise deutlich anders dar:

- Bereits im Jahr 1991 wurde auf politische Initiative ein sogenannter Runder Drogentisch konstituiert, welcher unter der Leitung des damaligen Gesundheits-, Jugend- und Sozialdezernenten die Aufgabe hatte, die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich von Drogenhilfe und Drogenbekämpfung zu koordinieren und neue Projektüberlegungen zu bewerten. Zeitgleich mit der Entstehung des Runden Drogentisches wurde die Stelle eines Drogenbeauftragten eingerichtet, welcher die Aufgabe hatte, in direktem Kontakt mit den unterschiedlichen Akteuren im Bereich Drogenhilfe und Drogenbekämpfung die Vernetzung zu optimieren und gemeinsam mit den Einrichtungen neue Konzepte einer innovativen Sucht- und Drogenhilfe zu entwickeln und ggfls. den Ratsgremien zur Entscheidung vorzuschlagen.
- Mittlerweile befinden sich jährlich ca. 2.500 Drogenabhängige entweder in medizinischer Behandlung, in Beratung oder therapeutischer Behandlung. Allein ca. 1.700 ehemals Drogenabhängige werden mit dem Ersatzmedikament Methadon behandelt; für sie besteht keine Notwendigkeit mehr, kriminell zu werden oder sich zu prostituieren um ihre Drogensucht zu finanzieren.

- Die offene Drogenszene am Nordkopf des Hauptbahnhofes in der Tivolistraße konnte durch ein Bündel von sozialen und polizeilichen Maßnahmen auf ein für alle Beteiligten erträgliches Ausmaß reduziert werden, also sowohl im Sinne der Drogenabhängigen wie auch der Bevölkerung, der Gewerbetreibenden und der Besucher der Stadt Hannover. Auch während der Expo 2000 konnte sich die Stadt Hannover ohne störende Nebenerscheinungen aus diesem Bereich präsentieren.
- Die Zahl der Drogentoten konnte von 65 Todesfällen im Jahr 1992 (höchste Anzahl in der Stadt Hannover) erheblich reduziert werden auf unter 20 Todesfällen in den letzten Jahren.

Für die Stadt Hannover bedeuten diese gesamten Tatbestände sicherlich keine Entwarnung, aber sie zeigen eine deutliche Trendwende.

Zurückzuführen ist diese Trendwende auf die vielfachen Hilfsangebote, die in den vergangenen Jahren unter erheblichen finanziellen Aufwendungen und im breiten politischen Konsens in der Ratsversammlung beschlossen wurden und nicht zuletzt gab es überaus konstruktive Abstimmungen mit der Polizei.

So wurden allein die Finanzmittel seit 1988 (ca. 220.000 €) deutlich aufgestockt auf ca. 1.8 Mio. € im Jahr 2012.

Mit diesen Finanzmitteln konnten folgende Hilfsangebote realisiert werden:

- 1971 Eröffnung der ersten Drogenberatung (Drobs) in Hannover
- 1971 bis 1975 bundesweit erstes Methadon-Programm der Drobs Hannover
- 1972 Eröffnung der christlichen Drogenberatung Neues Land e. V.
- 1984 Eröffnung der Hannöverschen AIDS-Hilfe
- 1984 Eröffnung der ersten Übernachtungseinrichtung („Sleep-In“ Bachstrasse)
- 1985 Eröffnung des Tagescafés „Café Connection“
- 1986 Gründung des Landesverbandes der Elternkreise
- 1986 Gründung der Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit
- 1987 Beginn der Spritzenabgabe im „Café Connection“
- 1990 In-Kraft-Treten der NUB-Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien) zur Methadon-Behandlung
- 1992 Gründung des Arbeitskreises Substitution (seit 1997: AK Substitution und Schwangerschaft und seit 2006: AK Familie und Sucht)
- 1993 Gründung des Arbeitskreises Prävention
- 1994 Gründung des Arbeitskreises Drogen und Justiz
- 1992 wurde aufgrund der stark angestiegenen Zahl von Methadon-Substituierten die erste Schwerpunktpraxis für Drogenkranke eingerichtet.
- 1992 wurde ein städtisches Gebäude saniert und bietet seitdem für 15 Methadon-Substituierte betreutes Wohnen durch die Selbsthilfegruppe Drogengefährdeter e. V. an.
- 1993 wurde der Betrieb des „Methadon-Mobils“ als Zusatzangebot der Praxis für Drogenkranke ermöglicht.
- In den Folgejahren wurden drei Übernachtungseinrichtungen (Sleep-In Bachstraße, Unterkünfte in Lahe und Wörthstraße) für obdachlose Drogenabhängige eingerichtet, mit einer Gesamtkapazität von ca. 100 Schlaf-Plätzen, unter anderem zur Minimierung der offenen Drogenszene.

- 1994 wurde die Einrichtung „La Strada“ eröffnet, als Beratungs- und Betreuungsangebot für Mädchen und Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen.
- 1985 Eröffnung des Projektes „Nachtschicht“ von „La Strada“
- Zur Kontaktaufnahme mit Drogenabhängigen anderer Nationalitäten wurden bereits ab 1995 erstmalig türkisch- und russischsprachige Sozialarbeiter eingesetzt.
- Es gibt mittlerweile in der Region Hannover drei Entgiftungsstationen an unterschiedlichen Krankenhäusern angebunden, mit einer Gesamtzahl von ca. 40 Betten.
- 1995 startete INUIT e. V. mit dem Angebot der sozialpädagogischen Familienhilfe für Methadon-Substituierte mit Kindern, um Fremdunterbringung der Kinder zu vermeiden.
- 1996 startete das Modellprojekt „Interkulturelle Suchthilfe – Prävention und Beratung für Migranten des Ethno-Medizinischen-Zentrums.
- 1997 eröffnete das SOS-Bistro des Neuen Landes (Tagescafé für Drogenabhängige).
- Im Dezember 1997 wurde in Hannover der erste Drogenkonsumraum an der Hamburger Allee geöffnet (Fixpunkt), in welchem Drogenabhängige unter sterilen und stressfreien Bedingungen ihre zum Eigenkonsum mitgebrachten Drogen auch konsumieren dürfen.
- Ab 1998 wurden mehrere Arbeitsprojekte für ehemals Drogenabhängige realisiert, u. a. ein Malerprojekt, eine Fahrradstation mit Fahrradwerkstatt ein Gebäudereinigungsprojekt und ein Grünflächenprojekt.
- Es gibt drei Einrichtungen in Hannover, die sich speziell um die Belange von jugendlichen Drogenkonsumenten kümmern, Bed by night (seit 1996 Übernachtungseinrichtung u. a. auch für drogenabhängige Straßenkinder), „Teen Spirit Island“ (seit 1999 als Entzugsstation und intensiv-therapeutische Behandlung) und „STEP-KIDS“ (seit 2000 als pädagogisch-therapeutische Gemeinschaft).
- Im August 2002 startete in sieben bundesdeutschen Städten das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, welches mittlerweile erfolgreich abgeschlossen ist und ab 01.10.2010 in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen überführt werden konnte.

Entstehungsgeschichte, Zusammensetzung und Zielsetzung des Runden Drogentisches der Landeshauptstadt Hannover

Der Runde Drogentisch wurde initiiert auf Grund eines Ratsantrags von SPD und Bündnis 90 Die Grünen im Februar 1990, verbunden mit der politischen Forderung, die Drogenhilfeaktivitäten in Hannover mögen nunmehr durch die Verwaltung koordiniert und geplant werden.

Der damals amtierende Gesundheits-, Jugend- und Sozialdezernent Herr Dr. Konrad Deufel setzte diese Ratsinitiative um und lud bereits im Oktober 1990 alle in den Bereichen Drogenhilfe und Drogenbekämpfung tätigen Akteure aus der Stadt Hannover zur ersten Sitzung des Runden Drogentisches ein, unter seiner Leitung.

Zeitgleich wurde die Stelle eines Drogenbeauftragten neu geschaffen und u.a. mit der Geschäftsführung des Runden Drogentisches betraut.

Im weiteren Verlauf der folgenden Sitzungen stieg das Interesse am Runden Drogentisch stetig an, so dass nach anfänglich ca. 30 eingeladenen Einrichtungen und Institutionen, der Verteiler zum heutigen Zeitpunkt auf 72 Einzuladende angewachsen ist.

Der Runde Drogentisch tagt bis zu viermal pro Jahr und setzt sich folgendermaßen zusammen:

Verwaltung	Politik	Drogenhilfeeinrichtungen
AIDS-Hilfe	Polizei	Staatsanwaltschaft
Ärzeschaft	Kostenträger	Entzugskliniken
Elternkreise	Bewährungshilfe	Justizvollzugsanstalten
Arbeitsverwaltung	Wohlfahrtsverbände	Selbsthilfegruppen
Landesministerien		

Der Runde Drogentisch versteht sich als Informations- und Koordinierungsgremium, in welchem alle Belange und Planungen aus den Bereichen Drogenhilfe und Drogenbekämpfung vorgestellt und diskutiert werden.

Obwohl der Runde Drogentisch keine direkte Entscheidungskompetenz hat (diese ist den Ratsgremien vorbehalten), kann trotzdem konstatiert werden, dass alle wesentlichen Impulse für eine innovative Drogenpolitik in der Stadt Hannover in den vergangenen 22 Jahren vom Runden Drogentisch ausgegangen sind.

Fortschreibung der Sucht- und Drogenhilfe in der Stadt Hannover

Parallel zu diesen konkreten Projekten war es immer auch ein Bedürfnis der Stadt Hannover, die präventiven Aktivitäten, zur Vermeidung von Drogenkonsum, weiter zu entwickeln und fortzuschreiben.

Obwohl festzuhalten ist, dass die bundesweiten Zahlen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Bezug auf den Konsum von Opiaten bzw. Cannabis seit dem Jahr 2004 und die Zahlen der Raucherinnen und Raucher seit dem Jahr 2008 (Zigarettenkonsum erst ab 18 erlaubt) rückläufig sind, hat die Anzahl der Jugendlichen, welche einen problematischen bis hin zum exzessiven Alkoholkonsum praktizieren eher zugenommen.

Als Herausforderungen für die kommenden Jahre sehen wir in Hannover:

Bei Substanzbezogenen Themenstellungen:

- Alkoholprävention
- Konsum von legalen Medikamenten als „Gehirndoping“ in Schule, Universität und im Berufsleben
- illegal hergestellte psychoaktive Substanzen
- exzessiver Cannabiskonsum

Bei Substanzunabhängigen Themenstellungen:

- Exzessiver Medienkonsum
- Suchtmittelabhängige in der Alten- und Pflegehilfe

Anschrift der Verfasser:

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund

Weinstraße 2 · 30171 Hannover · E-Mail: Lothar.Schlieckau@region-hannover.de

Alfred Lessing · Landeshauptstadt Hannover · Dezernat III · Jugend- und Sozialdienst · Ihmeplatz 5 · 30449 Hannover



1. Tagungsort des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie – Walderseestraße 1

Entwicklung des Hilfesystems zur Arbeitsrehabilitation und auf dem Feld der Beschäftigungsangebote

von Oliver Weidner (*Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“*)

Bedeutung des Themas Arbeit für psychisch erkrankte Menschen

Der Begriff Arbeit steht für viele unterschiedliche Bedeutungen. Unter anderem spricht die Betriebswirtschaftslehre von

„einer Komponente der Produkterzeugung, die Philosophie vom bewusst schöpferischen Handeln des Menschen, die Sozialwissenschaft von bezahlter Erwerbstätigkeit und unbezahlter Reproduktionsarbeit und für die Volkswirtschaftslehre ist Arbeit einer der Produktionsfaktoren.“

Aus dieser Aufzählung heraus wird schnell ersichtlich, dass sich Arbeit als ein vielschichtiges und sehr individuell gedeutetes sowie bewertetes Thema präsentiert.

Ebenso vielschichtig und individuell stellt sich heute die Ausgestaltung des zur Verfügung stehenden Hilfesystems zur Arbeitsrehabilitation sowie die Beschäftigungsangebote für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover dar.

Zur Beschreibung der Entwicklung dieser beiden wichtigen und ineinandergreifend organisierten Angebotskomplexe wird im Folgenden auf den Zeitraum der letzten 15 Jahre zurückgeblickt und für die Region Hannover institutionelle sowie privatwirtschaftliche Initiativen ebenso auf die gesetzlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf eben diese Aktivitäten aufgegriffen.

Hilfesystem zur Arbeitsrehabilitation

Allgemein

Das Hilfesystem zur Arbeitsrehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland und somit auch in der Region Hannover erfuhr vor mehr als 15 Jahren durch die im Arbeitsförderungsreformgesetz (ging 1998 als Drittes Buch in das Sozialgesetzbuch ein) neu geregelte Gesetzgebung eine Neuausrichtung. Unter anderem wurde festgelegt, dass nicht automatisch jeder Mensch mit Behinderung eine Reha-Leistung erhält. Vielmehr sollte abgewogen werden, in wie weit allgemeine Vermittlungsleistungen eine berufliche Integration ermöglichen.

2001 wird das SGB IX mit dem Grundgedanken der selbstbestimmten Teilhabe eines behinderten Menschen eingeführt.

„Selbstbestimmte Teilhabe“ bedeutet [...], dass der/die Rehabilitand/in aktiv in die Rehabilitation unter Beachtung der Zielsetzung der Teilhabe einbezogen wird. Berufliche Reha-Leistungen, oder in der neuen Diktion, „Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben“ fordern nicht nur seine Mitwirkung, sondern seinen „aktiven“ Einsatz für das Teilhabeziel. In den berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung ist beispielsweise ausdrücklich eine Aktivierungsphase vorgesehen.

(Quelle: Berufliche Rehabilitation im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft, Inaugural-Dissertation in der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg vorgelegt von Rudolf C. Zelfel, 13.12.2007)

Das SGB IX gibt dem behinderten Menschen die Möglichkeit, selbstbestimmt seine Rehabilitation zu planen und durchzuführen. U.a. wird dies durch die Einführung des persönlichen Budgets ermöglicht.

Auch wurde mit dem SGB IX festgeschrieben, dass Betriebe eine feste Anzahl an schwerbehinderten Menschen beschäftigen müssen. (§ 71 SGB IX, Abs. 1: Private und öffentliche Arbeitgeber [...] mit jahresdurchschnittlich monatlich mindestens 20 Arbeitsplätzen im Sinne des § 73 haben auf wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen.) Kommen Betriebe dieser Verpflichtung nicht nach, sind sie zur Zahlung einer Schwerbehindertenabgabe verpflichtet. Diese Zahlung ist an das zuständige Integrationsamt zu entrichten.

Ebenfalls wurde im SGB IX (§38 a) das Konzept der unterstützten Beschäftigung gesetzlich verankert. Daraufhin wurde von der Agentur für Arbeit die Maßnahme zur individuellen betrieblichen Qualifizierung (InbeQ) eingeführt, im Rahmen derer individuelle berufliche Qualifizierung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes durchgeführt wird.

Weitere richtungweisende Änderungen durch die Einführung des SGB IX waren:

- Einführung des Persönlichen Budgets als Form der Leistungen zur Teilhabe.
- Erstmals festgeschriebene Regelung zur Einbindung von Menschen mit psychischer Erkrankung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM).

Schlaglichter zu einigen Einrichtungsformen und Gremien in der Region Hannover

Ambulante Ergotherapie (Ambulanzen, Praxen)

Die ambulante Ergotherapie hat sich in der Region Hannover in besagtem Zeitraum mit verschiedenen umfangreichen Angeboten auf den vielfältigen Bedarf der Klientel eingestellt. Mit der Schaffung von ergotherapeutischen Ambulanzen und der Gründung von Praxen bzw. der fachlichen Ausrichtung bestehender Praxen wurde ein Behandlungsangebot geschaffen, das beinahe jede Lebenssituation eines Menschen mit psychischer Erkrankung aufgreifen kann um dem Wunsch nach Arbeitsrehabilitation gerecht zu werden. Die angebotenen Behandlungsinhalte haben die (Wieder-)herstellung von körperlichen und psychischen Funktionen sowie die Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zum Ziel. Der überwiegende Teil dieser Angebote wird über die im SGB V geregelten ärztlichen Verordnungen mit den Krankenkassen als Kostenträger abgerechnet.

Zu finden sind hier u.a. Programme zur Überprüfung der Grundarbeitsfähigkeit, Arbeitstrainingsbereiche in unterschiedlichen praxisnahen Ausrichtungen sowie Gruppen mit Angeboten zu Stressbewältigung, Bewerbungstraining und der Förderung der sozialen Kompetenzen.

Berufsbildungsbereich WfbM (BBB)

Dieser Bereich einer WfbM (früher als Arbeitstrainingsbereich bezeichnet) hat neben der Vermittlung von Fertigkeiten und der Förderung des Arbeits- und Sozialverhaltens die Aufgabe der schnellen Vermittlung der Teilnehmer in Praktika. Hiermit soll eine lang angelegte Beschäftigung in einer

WfbM mit entsprechendem Gewöhnungseffekt und damit reduzierter Vermittlungsbereitschaft vermieden werden.

Durch die Vermittlung in ein Praktikum, das in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes durchgeführt wird soll nach Möglichkeit entweder ein dauerhaft eingerichteter ausgelagerter Werkstattarbeitsplatz geschaffen oder eine Übernahme des Praktikanten als Beschäftigter des Betriebes erreicht werden.

Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)

In der Region Hannover befinden sich zwei RPK-Anbieter, die seit 20 Jahren und länger die berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen betreibt. Inhaltlich wird durch die Kombination einer institutionellen Intervention in Verbindung mit Praktika in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes ein individuell geplanter Rehabilitationsverlauf umgesetzt.

„RPKs bieten individuelle, realitäts- und wohnortnahe medizinische und berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen an.

RPK-Maßnahmen sind Komplexleistungen, medizinische und berufliche Leistungen sind nahtlos unter dem Dach einer Einrichtung miteinander verzahnt. Die Angebote sind individuell prozessorientiert ausgerichtet. Der persönliche Unterstützungs- und Entwicklungsbedarf ist die Grundlage für einen individuell zu erstellenden Rehabilitationsplan.

RPK-Einrichtungen sind kleine Einrichtungen (10 bis 50 Plätze), die regional vernetzt sind, in ihrer Struktur überschaubar und sich durch ein besonderes therapeutischrehabilitatives Milieu auszeichnen. Entsprechend regionaler Besonderheiten steht ein differenziertes Spektrum an Angebotsstrukturen – stationär und/oder ganztägig ambulant – zur Verfügung.

Ziel der Rehabilitation ist der Erhalt und eine möglichst umfassende Verbesserung der Gesundheit. Die Handlungs- und Teilhabefähigkeit in den Alltagsbezügen im beruflichen und privaten Bereich soll so weit wie möglich wieder hergestellt werden und eine“(Wieder-)eingliederung in das Arbeitsleben erreicht werden“.

(Quelle: <http://www.bagrpk.de/konzept.html>)

Tagesstätten

Viele Tagesstätten in der Region Hannover gründeten sich in den letzten 20 Jahren. Der Betätigungsaspekt spielte hierbei immer eine große Rolle. So wurden häufig Kiosk- oder Caf ebetriebe eingerichtet, in denen sich die Teilnehmer der Tagesstätten betätigen können.

Tagesstätten in der Region Hannover bieten niederschwellige Einstiegsmöglichkeiten als Einstieg in den evtl. Verlauf einer beruflichen Rehabilitation an. Die Schaffung einer dauerhaft bestehenden Tagesstruktur ist hierbei häufig die erste Aufgabe, um die Teilnehmer auf den nächsten Schritt des Rehaverlaufes vorzubereiten. Arbeitstherapeutische Angebote helfen dabei, die Grundarbeitsf higkeit (wieder) zu erlangen.

Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation

2001 wurde aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover heraus die Fachgruppe Arbeit & Rehabilitation gegründet.

Die Ziele der Fachgruppe waren und sind:

- die Förderung neuer bedarfsorientierter Angebote zur besseren beruflichen Integration psychisch Kranker,
- die politische Arbeit für den Erhalt und die Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke im privaten und öffentlichen Sektor,
- eine verbesserte Transparenz in Bezug auf die Angebote, sowohl gegenüber den Klienten als auch gegenüber den Anbietern untereinander,
- die fachliche Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Schwerpunkten der Fachgruppe.

Neben vielen bearbeiteten Themen, auf die in einem separaten Bericht dieses Sozialpsychiatrischen Plans eingegangen wird, ist die Erstellung des Leitfadens Reha-Scout an dieser Stelle zu erwähnen. Dieses Verzeichnis von Anbietern aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation gibt einen Überblick über die verschiedenen Abschnitte eines Rehabilitationsverlaufes mit den dazugehörigen Einrichtungen.

Servicestellen gemäß SGB IX

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben im SGB IX wurden bis Ende 2002 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Gemeinsame Servicestellen eingerichtet, die jedem Rat- und Hilfesuchenden in allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe als Anlaufstelle zur Verfügung stehen.

Mit den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wurde das bereits seit Jahren bestehende umfangreiche Beratungsangebot der Rehabilitationsträger um ein neues trägerübergreifendes Angebot ergänzt. Die Reha-Servicestellen sind zwar organisatorisch immer bei einem bestimmten Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Rentenversicherungsträger, gesetzliche Unfallversicherungsträger, Agenturen für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge oder öffentliche Jugend- oder Sozialhilfeträger) angesiedelt. Durch Bildung regionaler Beratungsteams stehen jedoch jeder Gemeinsamen Servicestelle jederzeit die Mitarbeiter anderer Rehabilitationsträger für Rückfragen zur Verfügung. Grundsatz ist, dass kein Betroffener an eine andere Stelle verwiesen wird, sondern in der Reha-Servicestelle umfassend, qualifiziert und zeitnah beraten wird.

In der Reha-Servicestelle erhält der Ratsuchende Auskünfte über die Zielsetzung, Zweckmäßigkeit und Erfolgsaussicht möglicher Leistungen zur Teilhabe. Es wird der individuelle Hilfebedarf ermittelt und geklärt, welcher Rehabilitationsträger für die Leistungen zuständig ist. Sind Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger angezeigt, koordiniert die Reha-Servicestelle die Zusammenarbeit dieser Träger. Außerdem helfen die Mitarbeiter der Reha-Servicestelle bei der Antragstellung und Weiterleitung von Anträgen an den zuständigen Rehabilitationsträger und stehen dem Betroffenen bis zur Leistungserbringung unterstützend zu Seite.

(Quelle: <http://www.reha-servicestellen.de/>)

WfbM

In allen Werkstätten für behinderte Menschen der Region Hannover sind im Verlauf der letzten 15 Jahren Arbeitsplätze für Menschen mit seelischen Behinderungen eingerichtet worden. Dies trägt den unterschiedlichen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung.

Um den von Menschen mit einer in der seelischen Behinderung begründeten zum Teil bestehenden reduzierten Leistungsfähigkeit ebenfalls die Möglichkeit einer Beschäftigung in der Werkstatt zu ermöglichen wurden Teilzeitarbeitsplätze eingerichtet.

Zuverdienst

Verschiedene Zuverdienstprojekte gibt und gab es in Hannover im Zeitraum der vergangenen 15 Jahre. Eine Zuverdiensttätigkeit ermöglicht einen das Haupteinkommen (ALG I, ALG II, Erwerbsminderungsrente, etc.) ergänzenden Verdienst. Sie ist im Regelfall eine Teilzeitbeschäftigung und richtet sich an Menschen, die über eine dauerhaft eingeschränkte Leistungsfähigkeit verfügen. Durchgeführt werden Zuverdiensttätigkeiten entweder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in Beschäftigungsprojekten. Der Eigenbehalt des erzielten Verdienstes richtet sich nach den gesetzlich definierten Höchstgrenzen.

Anschrift des Verfassers:

Oliver Weidner · KRH Psychiatrie Langenhagen · ErA Praxis für Ergotherapie · Deisterstr. 17B · 30449 Hannover

E-Mail: oliver.weidner@krh.eu

Entwicklung des Hilfesystems im Bereich „Wohnen und soziale Teilhabe“

von Vera Koch (*Dr. med. A. Wilkening Pflegeheime GmbH*), Monika Lüpke, (*Einrichtung psychisch Genesender*), Manfred Preis, (*Pro Casa Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH*)

Im Bereich des Wohnens und der sozialen Teilhabe hat die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, eine Entwicklung unter den Mitgliedern voranzutreiben, die psychisch erkrankten Menschen mehr Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglicht.

Zum einen haben die zunehmende Vernetzung und der fachliche Austausch in den unterschiedlichen Gremien des Verbundes einen sich langsam immer deutlicher vollziehenden Kulturwandel in diese Richtung vorangetrieben.

Zum anderen stellte die Einführung von Hilfekonferenzen ein wesentliches Instrument dar, die Wohnform für und vor allem mit psychisch Erkrankten transparenter auszuwählen und anzupassen.

Wohnen

Angebote des ambulant betreuten Wohnens haben sich deutlich ausgeweitet (1998: 291 Plätze; 2012: 1507 Plätze) Betroffene können aus einer Vielzahl von Anbietern auswählen, allerdings wird dadurch auch ein Vergleich der Leistungen erschwert.

Eine (angestrebte) Reduzierung der Wohnheimplätze wurde in diesem Zusammenhang allerdings nicht erreicht. (1998: 525 SGBXII-Plätze, 2012: 1555 SGBXII-Plätze.)

Gegenwärtig stehen im Bereich des Wohnens vor allem Aspekte der Quantität im Vordergrund des Austausches zwischen VertreterInnen der Anbieter und der Region Hannover. Qualitätskriterien werden zwar für das ambulante Angebot diskutiert, für das stationäre Wohnen sind Kriterien der Betreuungsqualität in Ansätzen noch kein Thema. Die Heimaufsichten übernehmen allerdings Qualitätsprüfungen im Rahmen des Heimgesetzes. Unterbringungsqualität (Einzelzimmer und eigenes Bad) haben die Klienten selber durch ihre Wahlmöglichkeiten mitbewirkt.

Die Entwicklung von Qualität und Quantität geschlossener Unterbringungen in den regionalen und überregionalen Heimbereichen transparent zu machen, steht noch aus.

Für den Bereich des stationären Wohnens fand eine wichtige Veränderung durch Einführung der Hilfebedarfsermittlung (Schlichthorst-Verfahren) statt. Diese notwendige Operationalisierung des Betreuungsaufwandes kann im Zusammenhang den steigenden Kosten der Eingliederungshilfe gesehen werden; in der konkreten Umsetzung bedingt sie jedoch eine Erhöhung des Verwaltungsaufwandes, so dass die Betreuungszeit für den Klienten reduziert wird, und sie erschwert die Perspektive der Ressourcenorientierung der konkreten Arbeit. Eine Hilfebedarfsermittlung findet auch für Menschen mit einer geistigen Behinderung statt.

Die Nutzung des persönlichen Budgets sowohl für das ambulante wie auch für das stationäre Wohnen ist gering, in Ansätzen werden darüber in einigen Fällen Teilhabeleistungen finanziert.

Pflegeheimplätze (SGB XI und XII) wurden 1967 nur 230 Plätze angegeben, hier gab es ebenfalls einen kontinuierlichen Anstieg auf rund 1500. Die Qualitätskriterien im SGB XI Bereich sind festgeschrieben. Ihre Einhaltung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Heimaufsicht überprüft. Hier wird u. a. auch überprüft, ob die soziale Betreuung der Bewohner anhand ihrer Biographie, ihrer Ressourcen und Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Heimbeiräte/Bewohnervertretung in den Wohn- und psychiatrischen Pflegeheimen haben inzwischen ebenfalls gelernt, sich als wichtiges Gremium zur Interessenvertretung der BewohnerInnen zu verstehen. Sie sind im regelmäßigen Dialog mit den Leitungen der Häuser und werden auch über die Stadt Hannover geschult. Bei Qualitätsprüfungen in Einrichtungen werden Heimbeiräte/Bewohnervertretungen einbezogen.

Soziale Teilhabe

Die Behandlung in Bezug auf die SGB V Leistungen, u. a. die ärztliche Versorgung, die häusliche Krankenpflege, ergänzende Rehabilitationsleistungen und die Psychotherapie sind immer noch unzureichend. Gerade auch für junge Erwachsene mit schweren Persönlichkeitsstörungen zeigen sich Defizite bei den Behandlungsangeboten.

Die Beteiligung an der Berichterstattung, z. B. im Sozialpsychiatrischen Plan und die Mitwirkung in allen Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes, sowie der Besuchskommission des Niedersächsischen Landtags stärkt die Stellung von Psychiatrie Erfahrenen. Nicht in allen Gremien ist die

Mitarbeit gleich, so fehlen Vertreter des VPE oder des Angehörigenverbandes häufig in den Fachgruppen. Das Problem ist, dass nicht ausreichend Betroffene oder Angehörige für die Gremienarbeit zur Verfügung stehen.

Die organisierte Selbsthilfe im Sozialpsychiatrischen Verbund hat sich immer weiter entwickelt. Der VPE (Verein Psychiatrie Erfahrener) ist für viele Betroffene eine Anlaufstelle und mit seinen Tagesstrukturierenden Angeboten ein wichtiger Baustein in der ambulanten Betreuung. Die Wochenendangebote und die langen Öffnungszeiten in der Rückertstraße werden regelmäßig in Anspruch genommen.

Mit ihrer Zentrale in Hannover und einer guten Vernetzung in der Region ist die AANB (Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen) häufig die erste Anlaufstelle für ratsuchende Angehörige. Die aktive Mitarbeit in allen Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes hat die Wahrnehmung der Interessen von Betroffenen und ihren Angehörigen geschärft.

Die Beschwerde- und Vermittlungsstelle hat 2008 ihre Arbeit aufgenommen. Vor allem auf Betreiben der Psychiatrie Erfahrenen und der Angehörigen wurde hier ein wichtiges Gremium geschaffen.

In der Region bilden die 11 psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen mit ihren niedrigschwelligeren Angeboten einen weiteren Bereich der sozialen Teilhabe. Die Angebote können ohne ein individuelles Kostenanerkennnis wahrgenommen werden. Es gibt u. a. offene Gruppen für Menschen, die nicht in der Lage sind, feste Termine einzuhalten.

Eine Ausnahme bildet die Kunstkontaktstelle AuE. Die Finanzierung der Teilnahme kann über das persönliche Budget beantragt werden.

Das Ex In Projekt wurde in den letzten Jahren auch in der Region Hannover mit Unterstützung des Verbundes integriert. In einer Schulung mit Praktikumseinsätzen in Betrieben innerhalb des Verbundes werden Betroffene zu Genesungsbegleitern ausgebildet. Eine Entwicklung zu regulären Arbeitsplätzen ist angestrebt.

Zukunft/Ausblick

Für die Zukunft steht mit dem geplanten neuen Bundesleistungsgesetz eine grundlegende Umstrukturierung der Eingliederungshilfe bevor. Sie wird über veränderte Finanzierungen sowohl Wohnformen als auch Teilhabemöglichkeiten nachhaltig verändern in Richtung einer stärkeren Personenorientierung. Es ist zu hoffen, dass mit den neuen Finanzierungsmodellen auch die traditionelle Benachteiligung von seelisch Behinderten gegenüber geistig Behinderten überwunden werden kann.

Anschrift der Verfasser:

Vera Koch · Psychiatrische Pflegeheime Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH · Wolfstr. 36 · 30519 Hannover

Monika Lüpke · Einrichtungen für psychisch Genesende Haus Mohrmühle GmbH · Mohrmühle 1 · 30900 Wedemark

Manfred Preis · Pro Casa Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH · Liebigstr. 4 · 30851 Langenhagen

Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Aus Sicht der Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur

von Hermann Elgeti (Dezernat II Region Hannover)

Organisation des gemeinsamen Blicks zurück und nach vorn

Im April 2012 beschloss der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) der Region Hannover, dem Sozialpsychiatrischen Plan (SpP) für die beiden nächsten Jahre einen besonderen Schwerpunkt zu geben. Die Verbundgremien wurden aufgerufen, die Entwicklung seit Gründung des Verbunds vor 15 Jahren kritisch zu bilanzieren, aktuelle Herausforderungen zu beschreiben und eine Perspektive für die Arbeit in den nächsten fünf Jahren zu entwerfen. 1997 hatten die Landeshauptstadt und der Landkreis Hannover, die sich 2001 zur Region zusammenschlossen, einen gemeinsamen SpV gegründet. Die Geschäftsführung liegt seitdem gemäß der Bestimmungen des 1997 novellierten NPsychKG beim Psychiatriekoordinator des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi). Erstmals wurde für das Jahr 2000 ein SpP erstellt, der in der Folgezeit jährlich veröffentlicht wurde und seit 2002 auch wechselnde Schwerpunktthemen behandelte (Kasten 1).

Kasten 1: Schwerpunktthemen der Sozialpsychiatrischen Pläne 2002–2012

2002	Versorgungsqualität und ambulante Behandlung
2003	Entwicklung datengestützter Diskurse
2004	Perspektiven der klinisch-psychiatrischen Versorgung und Hilfefunktionen zur Planung von Eingliederungshilfen gemäß § 39 BSHG
2005	Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund
2006	Gerontopsychiatrie
2007	Die „vergessenen“ psychisch Kranken in der Region Hannover – Problembeschreibung und Lösungswege
2008	Kinder- und Jugend-Psychiatrie sowie Kinder psychisch kranker Eltern
2009	Arbeit für psychisch Kranke
2010	Krisen und Notfälle
2011	Suchtkrankenversorgung
2012	Psychopharmakotherapie im sozialpsychiatrischen Kontext

Als Verbundgremien angesprochen waren dabei sowohl die 12 Fachgruppen (FG) und zehn Sektor-Arbeitsgemeinschaften (Sektor-AG) als auch die Ombudsstelle und der psychiatrisch-psychosoziale Krisendienst (PPKD), der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) und der AKG selbst. Die Moderation des Diskussionsprozesses übernahm die FG Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan (FG Doku), die diese Schwerpunktsetzung auch vorgeschlagen hatte.

In einer ersten Phase, für die der Zeitraum von August bis Oktober 2012 vorgesehen war, sollte in allen genannten Gremien unter dem Motto „Was war?“ ein Rückblick organisiert werden. Folgende drei Fragen dienten als Hilfe bei seiner Strukturierung: Wie hat sich die Arbeit im Verbund seit seiner Gründung entwickelt? Von welchem Ausgangspunkt ging es los und was ist erreicht worden? Was haben die sich verändernden Rahmenbedingungen im Alltag bewirkt?

Daran anschließend war von November 2012 bis Februar 2013 als zweite Phase unter dem Motto „Was ist und was soll sein?“ ein Ausblick geplant mit Aussagen zu den derzeitigen Herausforderungen und Vorschlägen, wie ihnen zu begegnen sei. Auch zu dieser Diskussion wurden drei Leitfragen angeboten: Sind die 1998 formulierten Zielperspektiven des Verbunds noch stimmig? Was sind die Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken des Verbunds? Woran sollten wir in den nächsten fünf Jahren bevorzugt arbeiten?

Für den 2. Mai 2012 lud die FG Doku die Sprecherinnen und Sprecher der oben genannten Gremien zu einer Einführungsveranstaltung, die sehr gut besucht war. Dort wurden die Zielsetzungen des geplanten Prozesses erläutert, Basisinformationen zur Entwicklung des Hilfesystems und der Verbundarbeit vermittelt und Tipps für die Strukturierung der Diskussion gegeben. Tatsächlich fanden dann von Juli bis Oktober 2012 in zahlreichen Verbundgremien entsprechende Rückblick-Veranstaltungen statt, teilweise bereits kombiniert mit Ausblicken in die Zukunft.

Mitglieder der FG Doku und viele Sprecherinnen und Sprecher der Gremien trafen sich am 23. Januar 2013 zu einer Nachlese der bis dahin erfolgten Veranstaltungen. In einem kurzen Resümee fasste die FG Doku wesentliche Ergebnisse dieses Treffens zusammen. Man war sich einig, dass die Region stolz sein kann auf seinen SpV, der eine in Deutschland vermutlich einmalig breite Partizipation der Akteure, Intensität und Kontinuität seines Wirkens aufweist.

Gleichwohl ergaben sich einige Merkmale zum Verbesserungsbedarf: Lebendigkeit und Produktivität der Sektor-AG und Fachgruppen (FG) sind sehr abhängig von regelmäßigen Sitzungen und von der Begabung bzw. dem Engagement der Personen, die die Leitung des Gremiums übernommen haben. Ein verlässlicher und gehaltvoller Austausch zwischen Sektor-AG und FG, AKG-Sprecherkreis und SpDi-Leitung ist (in beiden Richtungen!) gewünscht. Neben Vernetzung und Austausch sollte eine dritte Funktion künftig stärker berücksichtigt werden: die politische Einmischung im Sinne einer Wiederveröffentlichung des sozialen Elends und der Defizite im Hilfesystem. Das Ziel des Dialogs in der Arbeit der Sektor-AG und FG ist vielfach nicht erfüllt; hier sind stärkere Bemühungen erforderlich, eventuell sind materielle Anreize für zuverlässige und regelmäßige Nutzer-Vertretungen in den Gremien hilfreich.

Die Planung der weiteren Schritte wurde im Frühjahr 2013 vom Sprecherkreis des AKG in Abstimmung mit dem Psychiatriekoordinator und der FG Doku modifiziert. Ursprünglich war für das 1. Quartal 2013 die Vorstellung und Diskussion der bisherigen Ergebnisse in einer *Open-Space*-Veranstaltung des AKG (z.B. nach Art eines *World-Café*) vorgesehen. Daran sollte sich im 2. Quartal 2013 ein *Workshop* des RFP anschließen, um die Umsetzung ausgewählter Veränderungsprojekte mit Vertretern von Kostenträgern und Leistungserbringern, von Betroffenen und ihren Angehörigen, Kommunalpolitik und Regionsverwaltung zu diskutieren.

Stattdessen plante der Sprecherkreis des AKG nun eine ganztägige Zukunftswerkstatt (ZW) mit den Moderatoren der Gremien, die am 3. Juni 2013 mit 16 Teilnehmenden stattfand. Für die Moderation

konnte Frau Dr. Ute Sonntag von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. gewonnen werden. Ein großes Manko der ZW war, dass daran – entgegen der Planung – keine Vertreter der Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen teilgenommen haben. Insofern bekommen ihre extra verfassten Stellungnahmen zu Bilanz und Perspektiven für das Hilfesystem und die Verbundarbeit eine besondere Bedeutung.

Im Vorfeld der ZW verschickte die FG Doku eine Zusammenfassung der bis Anfang Mai aus den Gremien eingegangenen Stellungnahmen. Deren Aussagen zu Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken wurden in diesem Text gruppiert, in Bezug auf das Hilfesystem einerseits und die Verbundarbeit andererseits. Dieses Verfahren wird nach den englischen Begriffen für Stärken („strength“), Schwächen („weakness“), Chancen („opportunity“) und Risiken („threat“) auch kurz „SWOT“-Analyse genannt.

Die Teilnehmenden an der ZW hatten zunächst Gelegenheit, die für sie besonders bedeutsamen Punkte dieser SWOT-Analyse herauszuheben (Priorisierung), und entwickelten dann in vier Kleingruppen Visionen zur weiteren Entwicklung des Hilfesystems und der Verbundarbeit. Die Leitfragen waren hier: Wohin soll es künftig gehen? Wo wollen wir in fünf Jahren stehen? Die auf Stellwänden veranschaulichten Visionen wurden allen Teilnehmenden erläutert, und diese trafen dann in einer weiteren Priorisierung eine Auswahl der attraktivsten Visionen, auch hier wieder gesondert zum Hilfesystem und zur Verbundarbeit. In einem letzten Schritt skizzierten die Teilnehmenden, nach ihrem individuellem Interesse verteilt auf drei Kleingruppen, insgesamt drei Entwicklungsprojekte, mit denen man den attraktivsten Vision in den nächsten fünf Jahren näher kommen könnte.

Im Anschluss daran lud der Sprecherkreis des AKG für den 1. August.2013 alle Mitglieder des SpV zu einer erweiterten Sitzung des AKG ein. Dort wurden die auf der ZW skizzierten Entwicklungsprojekte bekannt gemacht und in drei parallel laufenden „Workshops“ sowohl diskutiert als auch weiter präzisiert. Auf der AKG-Sitzung am 7. November 2013 erfolgte dann die Beschlussfassung, sich um eine Realisierung aller drei Entwicklungsprojekte zu bemühen. Dabei wurden die beiden Projekte zur Verbesserung des Hilfesystems („Gemeindepsychiatrische Zentren“ mit 30 Voten, „inklusive Sozialraum“ mit 29 Voten) gegenüber dem Projekt zur Verbesserung der Verbundarbeit („Relaunch“ des AKG“ mit 7 Voten) priorisiert. Mit allen, die sich an einem der Entwicklungsprojekte beteiligen wollen, soll im ersten Halbjahr 2014 geprüft werden, ob überhaupt die notwendigen Voraussetzungen bestehen bzw. geschaffen werden können, die der Umsetzung erst eine Chance geben.

SWOT-Analyse zum Hilfesystem und zur Verbundarbeit

Die elf Stellungnahmen, die bis April 2013 bei der FG Doku eingegangen waren, enthielten eine Fülle von Aussagen zu Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken in Bezug sowohl auf das Hilfesystem als auch auf die Verbundarbeit. Zu jeder dieser insgesamt acht Kategorien gab es Aussagen in sechs bis zehn Stellungnahmen, am häufigsten zu den Stärken und den Chancen der Verbundarbeit. Alle Stellungnahmen – auch diejenigen, die später abgegeben wurden und daher nicht in der Zusammenfassung berücksichtigt werden konnten – sind im Materialien-Anhang zum Sozialpsychiatrischen Plan 2013/2014 abgedruckt.

Alle Aussagen wurden in der bereits erwähnten Zusammenfassung, die ebenfalls im Materialien-Anhang nachzulesen ist, nach ihren Inhalten gruppiert, jede Gruppe thematisierte einen Aspekt und erhielt eine entsprechende Überschrift. Zum Hilfesystem für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover ergaben sich fünf verschiedene Aspekte, die seine Stärken beschreiben, und sieben Aspekte zu seinen Schwächen. Im Hinblick auf die Chancen einer Weiterentwicklung und Verbesserung wurden sieben verschiedene Aspekte benannt, im Hinblick auf die Risiken für das Hilfesystem vier Aspekte. In den ausgewerteten elf Stellungnahmen der Verbundgremien konnten fünf Aspekte zu den Stärken der Verbundarbeit und zehn Aspekte zu ihren Schwächen identifiziert werden. Aussagen zu den Chancen ließen sich in sieben Aspekten zusammenfassen, zu den Risiken in fünf.

Die Anzahl der von den Teilnehmenden an der Zukunftswerkstatt im Juni 2013 vergebenen Priorisierungspunkte zeigt, dass zu den Stärken des Hilfesystems die wenigsten Punkte (5 x) vergeben wurden, zu ihren Schwächen die meisten (24 x). Bei der Priorisierung der Chancen und Risiken für die Verbundarbeit erhielten die Chancen (22 x) deutlich mehr Punkte als die Risiken (10 x). Bei den Stärken des Hilfesystems wurde der Aspekt „Individuelle Planung von Eingliederungshilfen ermöglicht Qualitätskontrolle“ mit drei Punkten hervorgehoben (siehe Kasten 2). Als größte Schwäche des Hilfesystems wurde mit neun Punkten ganz eindeutig der Aspekt „Schlechte Chancen für psychisch Erkrankte auf Teilhabe am Arbeitsleben“ bewertet. Bei den Chancen bekam denn auch der Aspekt „Erweiterung der Arbeits und Betätigungsmöglichkeiten für psychisch Erkrankte“ bei der Priorisierung die meisten Punkte (Kasten 3). Bei den Risiken erhielt der Aspekt „Anbieter-Verhalten nach betriebswirtschaftlichen Kriterien statt Hilfebedarf“ die größte Bedeutung.

Kasten 2: Stärken und Schwächen des Hilfesystems

Stärken des Hilfesystems (5 x priorisiert)

- 3 x Individuelle Planung von Eingliederungshilfen ermöglicht Qualitätskontrolle
- 1 x Bedarfsgerechte Verfügbarkeit von Hilfen in allen wichtigen Leistungsbereichen
- 1 x Besondere Herausforderungen an das Hilfesystem werden erkannt u. bearbeitet
- 0 x Verbesserte professionelle Hilfeleistung und mehr Bereitschaft zu ihrer Nutzung
- 0 x Hervorragende Integration der forensischen Psychiatrie in das Hilfesystem

Schwächen des Hilfesystems (24 x priorisiert)

- 9 x Schlechte Chancen für psychisch Erkrankte auf Teilhabe am Arbeitsleben
- 4 x Verbesserungsbedarf bei Hilfeplanung (Dauer) und -durchführung (Bürokratie)
- 4 x Ungesteuerte Expansion ambulanter Wohnbetreuung ohne Heimplatz-Abbau
- 4 x Zu wenig Kultursensibilität und Präsenz von Migranten bei den Hilfsangeboten
- 3 x Keine angepassten Hilfen für geistig Behinderte mit psychischen Erkrankungen
- 0 x Nutzerrechte werden teilweise noch zu wenig beachtet
- 0 x Allgemeinpsychiatrie nicht gerüstet für hoch strukturierte Behandlung

Kasten 3: Chancen und Risiken für das Hilfesystem

Chancen für das Hilfesystem (15 x priorisiert)

- 5 x Erweiterung der Arbeits- und Betätigungsmöglichkeiten für psychisch Erkrankte
- 3 x Regionale Berichterstattung u. Planung als Instrumente der Systementwicklung
- 3 x Sensibilisierung für interkulturelle Aspekte der Hilfen durch stärkere Beteiligung
- 2 x Bedarfsgerechte Hilfe für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung
- 1 x Lösung forensischer Problemlagen durch Respekt gegenüber Betroffenen
- 1 x Ombudsstelle einem breiten Publikum bekannter machen
- 0 x Entwicklung konkreter Handlungsperspektiven über Fallvorstellungen

Risiken für das Hilfesystem (12 x priorisiert)

- 5 x Anbieter-Verhalten nach betriebswirtschaftlichen Kriterien statt Hilfebedarf
- 4 x Zunehmende psychische und soziale Belastungen der Menschen im Alltag
- 2 x Kein Einfluss der Aktivitäten im Verbund auf Entscheidungsträger
- 1 x Bloß unverbindliche Beschäftigung mit der Thematik „Migration und Psychiatrie“

In gleicher Weise sollen hier auch die wesentlichen Ergebnisse der SWOT-Analyse zur Verbundarbeit dargestellt werden, wie sie aus den Stellungnahmen der Verbundgremien destilliert und von den Teilnehmenden an der ZW priorisiert wurde. Die „gelungene Kooperation, Vernetzung und Zusammenarbeit“ wurde mit weitem Abstand als bedeutendste Stärke ausgewählt (Kasten 4). Ebenso eindeutig wurde es als größte Schwäche bewertet, dass es im AKG mehr Präsentation als Diskussion gebe, der Sinn dieses Gremiums unklar und sein Einfluss gering sei. Bei den Chancen für eine Verbesserung der Verbundarbeit erhielt der Aspekt „Mehr Öffentlichkeit für die Anliegen des Verbunds erzeugen“ die meisten Punkte, und bei den Risiken lag der Aspekt „Belastung der Fachleute durch Bürokratie u. Komplexität der Aufgaben im Alltag“ vorne (Kasten 5).

Kasten 4: Stärken und Schwächen der Verbundarbeit

Stärken der Verbundarbeit (12 x priorisiert)

- 7 x Gelungene Kooperation, Vernetzung und Zusammenarbeit
- 2 x Regelmäßig jährliche Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Plans
- 1 x Vielfältige und produktive Arbeit in den Fachgruppen des Verbunds
- 1 x Sektor-AG als Verbindung zwischen Akteuren im Verbund und außerhalb
- 1 x Akzeptanz der Ombudsstelle innerhalb und außerhalb der Verbundeinrichtungen

Schwächen der Verbundarbeit (12 x priorisiert)

- 7 x Mehr Präsentation als Diskussion im AKG; sein Sinn unklar und Einfluss gering
- 2 x Starkes Eigenleben u. wenig Neigung zur Dezentralisierung bei großen Trägern
- 2 x Mangelnde Aufmerksamkeit und Initiative für spezielle Problemlagen
- 1 x Mangelndes Zusammenwirken der verschiedenen Verbundgremien
- 0 x Betroffene und Angehörige in Sektor-AG nicht vertreten
- 0 x Funktion der Sektor-AG von Fähigkeit des SpDi zur Leitung abhängig
- 0 x Ärztliche Berufsgruppe und psychiatrische Kliniken im Verbund wenig aktiv
- 0 x Mehr Zeitaufwand und weniger Wirkung durch unkoordiniertes Nebeneinander
- 0 x Ombudsstelle bei den Nutzergruppen des Hilfesystems zu wenig bekannt
- 0 x Zu wenig Beteiligung an der Berichterstattung, keine Zielsetzung für die Pläne

Kasten 5: Chancen und Risiken für die Verbundarbeit

Chancen für die Verbundarbeit (22 x priorisiert)

- 7 x Mehr Öffentlichkeit für die Anliegen des Verbunds erzeugen
- 5 x Abstimmung zwischen RFP, AKG und Fachgruppen verbindlicher gestalten
- 2 x AKG für offenen Dialog in Respekt füreinander bei gemeinsamen Zielen nutzen
- 2 x Analysen zum Ist-Zustand im Hinblick auf Qualitätsentwicklung diskutieren
- 2 x Mit Fortbildungen, Fachtagungen und Zusammenarbeit wirksam werden
- 1 x Kontinuierliche Berichterstattung und Planung fördert Kooperation im Verbund
- 1 x Probleme in den Sektor-AG's konkret und durch persönliche Kooperation angehen

Risiken für die Verbundarbeit (10 x priorisiert)

- 3 x Belastung der Fachleute durch Bürokratie u. Komplexität der Aufgaben im Alltag
- 2 x Rückgang der Bereitschaft zum Engagement im Verbund
- 2 x Keine gemeinsame Auseinandersetzung und Lösungssuche bei realen Notlagen
- 1 x Verlust an Übersicht, Vernetzung und Wirkung durch Mitgliederzuwachs
- 1 x Entkopplung des RFP vom Diskurs in den Verbundgremien

Visionen zur Weiterentwicklung

Die Teilnehmenden an der ZW im Juni 2013 entwickelten auf Basis ihrer Auswahl der wichtigsten Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken in Kleingruppen je ein bis zwei Visionen zur Weiterentwicklung des Hilfesystems und der Verbundarbeit. Dabei entstanden sieben Visionen zum Hilfesystem (Kasten 6) und fünf zur Verbundarbeit (Kasten 7), die dann im Plenum vorgestellt und in gewohnter Weise priorisiert wurden. Die fünf mit Priorisierungspunkten bedachten Visionen zum Hilfesystem wurden zur Grundlage für zwei Kleingruppen, die je ein Entwicklungsprojekt skizzierten, das den Namen „Gemeindepsychiatrische Zentren“ bzw. „inklusive Sozialraum“ erhielt. Eine dritte Kleingruppe skizzierte in Orientierung auf die priorisierten Visionen zur Verbundarbeit ein Entwicklungsprojekt, das den Namen „Relaunch des AK Gemeindepsychiatrie“ erhielt. Der englische Begriff Relaunch diente dabei als Kurzbezeichnung für eine angezielte Neubestimmung und Reorganisation, also einen „Neustart“ bzw. „Stapellauf“ dieses zentralen Gremiums für die Verbundarbeit in der Region Hannover.

Kasten 6: Visionen zur Weiterentwicklung des Hilfesystems

Text der Vision und Punktzahl bei der Priorisierung durch die Teilnehmenden

- 8 x Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist für alle Hilfsbedürftigen erreichbar, niedrigschwellig, ohne Wartezeit, auch aufsuchend, besonders auch für schwer und komplex erkrankte Menschen, ohne finanzielle Selbstbeteiligung.
- 6 x Das Hilfesystem ist am tatsächlichen Bedarf statt an Profitinteressen ausgerichtet, berücksichtigend den speziellen Bedarf der verschiedenen Nutzergruppen, koordiniert und gesteuert durch Kommune statt privater Anbieter.

Text der Vision und Punktzahl bei der Priorisierung durch die Teilnehmenden

- 6 x Die Inklusion wird in jeder Hinsicht gelebt. Demografischer Wandel als Chance; Anders sein; Selbstbestimmung, Raum, um Bedürfnisse zu leben.
- 5 x Eine regelmäßige Diagnostik und Schnittstellen-Management für besondere „anspruchsvolle“ PatientInnen ist für alle Bereiche zufriedenstellend organisiert.
- 5 x Die Inklusion im Bereich Arbeit ist geleistet. Kein psychisch Erkrankter ist länger als sechs Monate ohne Arbeit/Ausbildung.
- 0 x Eine Optimierung der Hilfeplanung ist gelungen; Thema Erstkonferenz: stärkere Einbeziehung vertrauter Personen und ggf. Anbieter sowie Zeitschiene: schnellere Vermittlung von Hilfen
- 0 x Psychische Erkrankung und Behinderung erfährt mehr Wertschätzung; die individuellen Bedarfe werden besser erkannt und angemessen aufgegriffen.

Kasten 7: Visionen zur Verbesserung der Verbundarbeit

Text der Vision und Punktzahl bei der Priorisierung durch die Teilnehmenden

- 14 x Regelmäßiger Austausch zwischen den Verbundgremien und effektive Bearbeitung der Themen; mit Offenheit für neue Herausforderungen und Bereitschaft aller Akteure zum offenen Diskurs über die wirksamen Grundhaltungen bei ihrer Arbeit
- 9 x Der AKG hat mehr (sozial-)politisches Gewicht durch eigene Beschlussfassung auf Basis der Einspeisung von Themen/Empfehlungen aus FG und Sektor-AG
- 5 x In fünf Jahren sind alle Kostenträger in die Verbundarbeit eingebunden.
- 3 x Mehr Sichtbarkeit und Effektivität auf Arbeitskreis-Ebene; emotionalere Streitkultur, mehr Einfluss in Politik und Wirtschaft, mehr Öffentlichkeit (u. a. durch Medien und Politik)
- 1 x Die durchgängige Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen in allen Verbundgremien findet statt: Maßnahmen für die Stärkung von Selbsthilfe-Initiativen, zur Gewinnung von Mitwirkenden (einschl. finanzieller Anreize) und bei Bedarf qualifiziertes „Coaching“

Skizzen der Entwicklungsprojekte aus der ZW am 03.06.2013 Projektskizze inklusiver Sozialraum

Zielsetzung in Stichworten: Inklusion gelebt in Linden/Barsinghausen

Wesentliche Inhalte: Sensibilisierung für barrierefreies Leben und Arbeiten in den wichtigsten Lebensbereichen im Quartier (Arbeit, Gesundheit, Bildung, Freizeit)

Anzeichen für eine erfolgreiche Umsetzung innerhalb von fünf Jahren: signifikante Erhöhung der Teilhabe seelisch behinderter Menschen an den Angeboten zu den verschiedenen Lebensbereichen und Beschäftigungsmöglichkeiten im Quartier

Umsetzungsschritte ab Anfang 2014:

- Abstimmung mit den Sektor-AG und Werbung in den FG, Gewinnung von Inklusions-Botschafterinnen, inklusive Gesprächs-Plattform einrichten
- Konzept erarbeiten mit Behinderten-Beauftragten und konkrete Projekte für Inklusion skizzieren
- Einbeziehung der Politik (Stadtbezirksrat Linden-Limmer bzw. Stadtrat Barsinghausen) und Konzeptvorstellung

Projektskizze Gemeindepsychiatrische Zentren

Zielsetzung in Stichworten: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist für alle, die sie benötigen, niedrigschwellig erreichbar, ohne Wartezeit, auch aufsuchend, besonders auch für schwer und komplex erkrankte Menschen, auch solche mit Migrationshintergrund, alle Altersgruppen, ohne finanzielle Selbstbeteiligung.

Wesentliche Inhalte: Kooperationsverträge zwischen SpDi und Kliniken über gemeinsame Diagnostik, Behandlung und Schnittstellenmanagement für jeden Versorgungssektor, dezentral in den Sozialräumen, inklusive Netzwerkbildung mit Psychotherapeuten, Pflegediensten, Sozialarbeit und anderen Anbietern

Anzeichen für eine erfolgreiche Umsetzung innerhalb von fünf Jahren:

- In jeder Teilregion besteht ein GPZ
- Vergleichbares Leistungsspektrum, die Personalressourcen (Soll/Ist) werden regelmäßig überprüft.
- Qualitätskontrolle, insbesondere durch NutzerInnen (auch bezüglich individuell bedarfsgerechter Hilfeleistung)

Verhältnis von Aufwand und Nutzen: bei gutem Willen aller keine hohen Hürden, hoher organisatorischer Aufwand, aber auch hoher Nutzen

Projektskizze Relaunch AK Gemeindepsychiatrie

Zielsetzung in Stichworten: verbesserte Zusammenarbeit des AKG mit den anderen Verbundgremien sowie den Medien, der Politik und den Kostenträgern

Wesentliche Inhalte: Bildung einer Fachgruppe „Gesundheitspolitik“ (mit Kostenträgern?), regelmäßige Teilnahme aller FG-Leitungen an den AKG-Sitzungen

Anzeichen für eine erfolgreiche Umsetzung innerhalb von fünf Jahren: AKG als Fachinstanz gefragt, mehr mediale Präsenz vorhanden, Fachgruppe „Gesundheitspolitik“ etabliert

Umsetzungsschritte ab Anfang 2014:

- Fachgruppen diskutieren intern ihre Wünsche an Öffentlichkeitsarbeit und an Kontaktaufnahme mit Kostenträgern.
- AKG-Sprecherkreis lädt die Leitungen der FG und des SpDi regelmäßig (zweimal jährlich?) zu gemeinsamen Treffen ein.
- In jeder AKG-Sitzung berichtet jeweils eine Fachgruppe 15 Minuten über die Arbeitsinhalte.

Verhältnis von Aufwand und Nutzen: leistbar

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

Aus der Sicht des VPE Hannover

von Christian Harig (*Mitglied VPE Hannover*)

Seit über zwanzig Jahren ist der Verein Psychiatrie – Erfahrener Hannover e.V. (VPE) regional wie überregional aktiv. Er ist gemeinnützig und will laut Satzung die Lebenssituation Psychiatrie – Erfahrener, d.h. psychisch kranker Menschen verbessern. Dies beinhaltet insbesondere laut § 2.3 der Satzung:

Die Schaffung von:

- Kontaktstellen (z.B. durch Einrichtung einer Teestube/Treffpunkte)
- Organisation und Durchführung von Freizeitaktivitäten
- Gegenseitige Hilfe und Unterstützung
- Herausgabe eines Mitteilungsblattes
- Mitsprache und Interessenvertretung
- Öffentlichkeitsarbeit, Kontakt zu Behörden und Organisation im Bereich der Psychiatrie

In den letzten Jahrzehnten hat sich viel getan. So wurde beispielsweise das Netz ambulanter psychiatrischer Hilfen beträchtlich ausgebaut. Die Kontaktstelle (Teestube) des VPE wird ergänzt durch umfangreiche Angebote professioneller Anbieter. Zwar hat unser Verein auch zwei professionelle Mitarbeiter, es wird aber darauf Wert gelegt, dass einer von ihnen fachlich qualifiziert und psychisch krank ist. So waren diese Kriterien Grundlage meiner Einstellung. Bereits seit Gründung des Vereins werden seine Repräsentanten in das regionale psychiatriepolitische Geschehen einbezogen und in den Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen berufen. Mit meiner Berufung in die Besuchs-kommission des ehemaligen Regierungsbezirkes Niedersachsen und den Psychiatriausschuss des Landes Niedersachsen nach dem Niedersächsischen Psychisch Kranken Gesetz sind erstmals in Niedersachsen Patientenvertreter in entsprechenden Gremien tätig. 2005 wird auf Initiative des VPE eine Beschwerde- und Vermittlungsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover gebildet, an die sich psychisch kranke Menschen gegebenenfalls wenden können.

Auf dem ersten Blick haben psychisch kranke Menschen somit mehr Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Geschehen teilzuhaben als noch vor einigen Jahren. Dies setzt aber voraus, dass sie das sozialpsychiatrische Getto verlassen und sich im Sinne einer inklusiven Gesellschaft und Ver-

wirklich der UN-Behindertenrechtskonvention engagieren. Angesichts der besonderen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und der existenziellen Risiken eines „outings“ ist es wichtig, unterschiedliche Angebote vom Schonraum, zur Mitwirkung an psychischer Gesundheit bis hin zum offenen Umgang mit psychischer Erkrankung zu schaffen. Der VPE ist nach wie vor der einzige regional tätige Selbsthilfeverein mit offener Teestube, unterschiedlichen Angeboten, Beratungsgesprächen und Aktivitäten in den Gremien. Es haben sich aber weitere Gruppen gebildet, die beim Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie erscheinen (Ex-IN, IGsgMAR, Laienhelferkreis). Gleichzeitig hat die Zahl psychiatriebezogener Selbsthilfegruppen zugenommen und psychische Erkrankung die Arbeitswelt erfasst. Die Gewerkschaften, die Arbeitgeber und Politiker beginnen die Bedeutung des Themas zu erkennen. Der Sozialpsychiatrische Verbund, aber auch die Vereine und Initiativen der psychiatrie-erfahrenen Menschen haben noch nicht erkannt, welche Möglichkeiten diese Bewegung mit sich bringen kann. Sie kann dazu führen, dass psychisch kranke Menschen verstärkt Gehör finden, wenn sie sich in ihrer Vielfalt akzeptieren und inklusiv mit nicht betroffenen Menschen und interessierten Institutionen im Gemeinwesen vernetzen.

Der VPE begreift sich als Bestandteil an Selbsthilfe orientierter psychisch kranker Menschen, ohne einen Alleinvertretungsanspruch zu stellen. Selbsthilfe findet statt in:

- selbstverwalteten Anlaufstelle gleichgesinnter Menschen
- Krankheitsbezogenen Gesprächsgruppen
- Interessengruppen zur Verbesserung der Lebenslagen
- dialogischen Gesprächen von Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen
- der Beteiligung psychiatrie-erfahrener Menschen an den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes und ihrer Berufung in den Niedersächsischen Landesfachbeirat Psychiatrie und die Besuchskommission sowie den Psychiatrieausschuss nach dem Niedersächsischen Psychisch Kranken Gesetz
- in der Entwicklung um die UN-Behindertenrechtskonvention. Psychisch kranke Menschen versuchen, inklusiv zu leben und ihre Interessen gemeinsam mit anderen Menschen und Institutionen wahrzunehmen, denen an einer gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben gelegen ist.

Angesichts der Vielfalt von Selbsthilfe ist es an der Zeit, eine Fachgruppe Selbsthilfe zu bilden, um die unterschiedlichen Bedürfnisse angemessen zu berücksichtigen. Ein Schwerpunkt dieser Gruppe könnte die Beschäftigung mit der Inklusion in einem hannoverschen Stadtteil sein, die für das Jahr 2014 vom Sozialpsychiatrischen Verbund geplant ist. Der VPE wird seine Erfahrungen als ältester Selbsthilfeverein psychiatrie-erfahrener Menschen einbringen, wohl wissend, dass er nur Teil einer Fachgruppe sein kann und sie unabhängig vom VPE gestaltet werden muss, soll sie erfolgreich sein. Die Kontaktstelle des VPE hat nach wie vor ihre Daseinsberechtigung, selbst, wenn im Zuge der Schaffung gemeindepsychiatrischer Zentren dezentrale und barrierefreie selbstverwaltete Kontaktstellen zweckmäßig werden, die sowohl Schutz im Sinne von psychiatrischem Getto als auch Möglichkeiten gesellschaftlicher Inklusion bieten. Der Weg des Einzelnen zur gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft führt über personenbezogene Hilfen, nicht aber über Schubladendenken und verkrustete Institutionen. Förderung psychischer Gesundheit heißt, die Stärken eines Menschen annehmen und Barrieren jeder Art, die ausgrenzen und stigmatisieren, zu beseitigen. Vor diesem Hintergrund wird sich der VPE weiterhin aktiv in die psychiatriepolitische Diskussion des Sozialpsychiatrischen Verbundes und einer neu zu gründenden Fachgruppe „Selbsthilfe“ einmischen und seine seit Jahren vertretenen Positionen einbringen. Dies gilt für die psychosoziale Versorgung, die

Inklusion sowie den Abbaus psychiatrischer Gewalt. Die Vorschläge sind bekannt. Sie müssen nur noch umgesetzt werden.

Anschrift des Verfassers:

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

Aus Sicht der Vertretung der Angehörigen psychisch Kranker

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

wurde vor 15 Jahren aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie entwickelt. Der AKG entstand bereits in den Siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts auf Initiative der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover. Jeden ersten Donnerstag eines Monats trafen sich in einem ständig wachsenden offenen Kreis die Leiter und Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen von 8.30 bis 10.00 Uhr zum Gespräch. Als ich diesen Kreis kennen lernte, tagte er in einem Besprechungsraum der Beratungsstelle der MHH in der Walderseestraße. Aus Platzmangel zog er in den Lister Turm, dann ins Rathaus der Stadt Hannover und schließlich ins Regionshaus in die Hildesheimerstraße.

Die Gründung des Sozialpsychiatrischen Verbundes führte zu einer lebhaften Diskussion über die Frage, ob der Kreis weiter offen für alle Interessenten bleiben sollte und wie ein Mindestmaß an Verbindlichkeit seitens der Teilnehmer hergestellt werden könnte. Man einigte sich auf Mitgliedschaft und Stimmrecht der Mitglieder einerseits und offene Gespräche für alle Interessenten andererseits.

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover stellt ein Forum aller an der Hilfe und Versorgung psychisch Kranker beteiligten Einrichtungen und Dienste unter Einschluss der Selbsthilfe dar. Seit jeher wird in diesem Kreis offen und gern diskutiert. Für die AANB als Selbsthilfeorganisation der Angehörigen psychisch Kranker ist es wichtig, sich an diesen Gesprächen über die Probleme in der Versorgung psychisch Kranker in der Region zu beteiligen und eigene Wünsche und Forderungen einbringen zu können.

Eine große Hilfe für alle Kontaktsuchenden stellt das jährlich aktualisierte Adressverzeichnis dar. Der ebenfalls jedes Jahr herausgegebene Sozialpsychiatrische Plan, der sich jeweils mit einem speziellen Thema beschäftigt, ist immer sehr informativ. Für beides, das Adressverzeichnis und den Sozialpsychiatrischen Plan sind wir Angehörigen psychisch Kranker den dafür Verantwortlichen besonders dankbar!

Seit jeher wird im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, bzw. dem Sozialpsychiatrischen Verbund gern diskutiert. Für die AANB als Selbsthilfeorganisation der Angehörigen psychisch Kranker ist es wichtig, sich an diesen Diskussionen über die Probleme in der Versorgung psychisch Kranker in der Region zu beteiligen und eigene Wünsche und Forderungen einbringen zu können.

Der Zusammenarbeit aller Beteiligten verdankt die Region Hannover ihren Wochenend- und Feiertagskrisendienst, der im vergangenen Jahr sein 15-jähriges Bestehen feierte.

Am 1. Juli 1997 nahm der Psychosoziale/Psychiatrische Krisendienst seine Arbeit auf, zunächst sonnabends, sonntags und feiertags von 12.00 bis 20.00 Uhr. Später kam dann der Freitag von

15.00 bis 20.00 Uhr dazu. Weil die ersten anderthalb Jahre eine Art Probelauf waren, wurde erst im Jahr 2013 das 15-jährige Bestehen gefeiert.

Die inhaltliche Vorbereitungszeit für diesen Dienst reicht weit in die Achtzigerjahre zurück. Damals wurde gleichzeitig in den Kreisen der professionell in der Psychiatrie Tätigen und in den Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und in denen der Angehörigen über notwendige Hilfen für psychisch Schwerkranke gesprochen. Die Befürworter eines psychiatrischen Krisendienstes waren sich allerdings nicht über die Inhalte, die Arbeitszeiten, den Sitz, usw. einig. Wie viel würde die eine oder andere Version kosten und wer sollte die Kosten übernehmen?

In dieser Zeit, es war Anfang der Neunzigerjahre, nahm der damalige Sozialdezernent des Landkreises Hannover, Herr Dr. Matthiesen, an einer Informationsveranstaltung von Der Steg e.V., Selbsthilfegruppe von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen in Barsinghausen, teil. Thema war die Notwendigkeit eines Krisendienstes. Die Mitglieder, zum größten Teil psychisch schwer kranke Menschen, schilderten ihre Not und ihre Hilflosigkeit in schweren Krisen. Herr Dr. Matthiesen war sichtlich bewegt und versprach den Teilnehmern der Veranstaltung einen Probelauf Krisendienst, sobald die Finanzierung möglich sei.

Diese Möglichkeit ergab sich im Jahr 1997 im Zusammenhang mit der sogenannten Enthospitalisierung Wahrenndorff. Die damalige Landesregierung genehmigte der Landeshauptstadt und dem Landkreis Hannover finanzielle Mittel, die dafür eingesetzt werden sollten, schwer hospitalisierten Menschen ein eigenständiges Leben zu ermöglichen. Zu den notwendigen ambulanten Hilfen gehörte ein Wochenend- und Feiertagskrisendienst. Erster Träger des Krisendienstes war Der Steg e.V., Selbsthilfegruppe Psychiatrieerfahrener und ihrer Angehörigen in Barsinghausen.

Herrn Schlieckau gelang es von Anfang an, die nötige Zahl engagierter Mitarbeiter zu gewinnen und die räumlichen und technischen Voraussetzungen zu organisieren. Die Zusammenarbeit zwischen Landkreis, Landeshauptstadt und dem Steg war vorbildlich.

Was hat sich seitdem geändert?

Im Jahr 2001 trat an die Stelle der Landeshauptstadt und des Landkreises Hannover die Region Hannover. Nahezu zeitgleich übernahm die Seelhorst-Stiftung von Der Steg e.V. die Trägerschaft über den Krisendienst.

Mit Beginn des Jahres 2003 wurden die Dienstzeiten des PPKD auf den Freitag, und zwar nach Dienstschluss der Sozialpsychiatrischen Dienste von 15.00 bis 20.00 Uhr, ausgeweitet.

Die Nächte sind nach wie vor eine dunkle, oft Angst besetzte Zeit für die Betroffenen.

Neue Projekte stellen nicht nur das Risiko des Scheiterns dar sondern vor allem die Chance, neue Wege mit neuen Partnern zu gehen. Ohne die Bereitschaft zur verbindlichen und verantwortungsvollen Zusammenarbeit von Personen, Ämtern und Dienststellen gäbe es bis heute keinen PPKD für die Region Hannover.

Für die Zukunft wünschen wir Angehörigen uns vor allem für die Schwerkranken in der Region mehr spürbare Hilfe und Unterstützung. Es kann beispielsweise nicht hingegenommen werden, dass

psychisch Kranke, weil sie so ‚schwierig‘ sind, in geschlossene Einrichtungen eingewiesen werden. Wir Angehörigen wissen, wie viel Geduld und Ausdauer nötig sind, um psychisch Schwerkranken zu helfen.

Mit der aufsuchenden psychiatrischen Krankenpflege sind wir auf dem richtigen Weg. Aber immer wieder erfahren wir in den Gesprächskreisen der Angehörigen und/oder beim Telefondienst der AANB (montags bis freitags von 10.00 bis 13.00 Uhr), dass die eingesetzten Pflegekräfte Menschen aufgeben, die offensichtlich Hilfe brauchen aber nicht zur Akzeptanz von Hilfe bereit waren.

Es gibt in der Region Hannover inzwischen ein großes Angebot von Hilfen für psychisch Kranke. Voraussetzung für die Hilfeleistung ist allerdings, dass der Kranke ‚kooperativ‘ ist. Psychisch Schwerkranke sind häufig nicht kooperativ.

Da aber kontinuierliche Unterstützung nur möglich ist, wenn der Bedürftige bereit ist, sich helfen zu lassen, wird ein Programm zum Aufbau eben dieser Fähigkeit auf breiter Basis dringend benötigt. Die kranken Menschen, von denen ich spreche, leben meistens einsam und verwaorlost in einer eigenen Wohnung, manchmal auf der Straße.

Für diese Menschen brauchen wir m. E. weitere niedrigschwellige Angebote, vor allem solche, in denen sich Besucher nicht nur aufhalten können sondern willkommen fühlen. In einer Tee- oder Kaffeestube muss es nicht nur ein preiswertes Getränk sondern vor allem einen Menschen geben, der den Besucher empfängt und mit ihm spricht!

Das Angebot von ambulanten Hilfen in unserer Region setzt fast immer voraus, dass der Hilfesuchende Leistungen nach dem SGB XII beziehen kann und will. Diese Voraussetzung bedeutet für viele Menschen, die einen großen Bedarf an Hilfe haben, einen Ausschluss. Für Menschen, die sich durch ihre Krankheit von der ‚gesunden‘ Gesellschaft ausgegrenzt fühlen, ist diese Erfahrung sehr schmerzlich. Wenn wir über Inklusion in Bezug auf psychisch Kranke sprechen, sollten wir an dieser Stelle anfangen. Psychiatrische Hilfsangebote müssen für alle Bedürftigen offen und bezahlbar sein!

Anschrift der Verfasserin:

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

Aus Sicht eines Betreuers

von Joachim Homeyer-Broßat (*Betreuer*)

Der größte Teil der beruflich tätigen rechtlichen BetreuerInnen, kennt den SPV nicht und kann demzufolge wenig bilanzieren. Der übrigbleibende kleine Teil der BetreuerInnen ist weniger als 15 Jahre tätig, somit ist auch hier ein Bilanzieren schwierig, da ein Vergleich fehlt.

Entsprechend ist die nachfolgende Stellungnahme eine persönlich gefärbte Einschätzung die durch Befragungen erfahrener BerufskollegInnen gestützt ist.

Jede und jeder der befragten BetreuerInnen waren einhellig der Auffassung, dass sie persönlich sehr von den Sektor Arbeitsgemeinschaften und Fachgruppen profitieren. Dieser Profit wird direkt an die NutzerInnen weitergegeben: so hat bspw. die FG Forensik erheblich dazu beigetragen, dass aus den „Forensikern“ Menschen mit komplexen Problemlagen geworden sind, die zunehmend mit

weniger Berührungängsten von Wohnheimen und dem ambulant betreuten Wohnen bis zu den Werkstätten aufgenommen werden. Dies ist jeweils ein Verdienst der einzelnen Akteure und dem Engagement der TeilnehmerInnen.

Die Vernetzung, die auch durch die Weitergabe der veröffentlichten Informationen aus dem AK Gemeindepesychiatrie an alle interessierten BetreuerInnen umgesetzt wird, ist für die NutzerInnen unmittelbar hilfreich. Durch die Vernetzung existiert ein hoher Bekanntheitsgrad über die aktuellen Entwicklungen in der Region Hannover, der zur Verfügung stehenden Angebote und den kontrovers diskutierten sozialpsychiatrischen Themen: bspw. wie der angebotenen IV von Care4S bis zur Situation von Psychose kranken Männern unter 25 Jahre.

Die Möglichkeit aller Beteiligten schwierige oder verfahrenere Situationen in den Sektorarbeitsgemeinschaften und Fachgruppen zu diskutieren, um dort gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln ist ein Beispiel für eine gelungene themenzentrierte Vernetzung.

Die im NPsychKG festgelegte Rechtsnorm in § 8 Abs. 2 und 3 weist trotz allem in der Umsetzung in die Praxis große Lücken auf.

Die für die Abstimmung der Hilfen und die Zusammenarbeit der Anbieter notwendige Steuerung durch den SPV ist nur sehr bedingt möglich. Der AK Gemeindepesychiatrie nimmt jeden Anbieter auf; es entsteht der Eindruck, dass dies vor dem Hintergrund geschieht, eine „Kontrolle“ über die Anbieter dadurch zu erlangen, weiterhin mit allen Beteiligten im Gespräch zu bleiben. Tatsächlich boomen jedoch weitere vielfältige Angebote, die in ihrer Komplexität kaum zu überblicken sind. Zweifelhaft bleibt, ob tatsächlich die sogenannten „passgenauen Hilfen“ auch bei allen NutzerInnen ankommen.

Wenn das gemeinsame Ziel einer sozialpsychiatrischen Versorgung darin besteht möglichst ambulante Hilfen vorzuhalten, um stationären Hilfen zu vermeiden, sind wir gescheitert. Eine stets ansteigende Zahl von stationären Plätzen ist festzustellen.

Ebenso festzustellen ist eine enorme Steigerung von Anbietern und Plätzen des ambulant betreuten Wohnens. Die Lebensqualität der NutzerInnen hat sich durch das ambulant betreute Wohnen eindeutig verbessert.

Der Abbau und die Verkürzung der Liegezeiten von psychiatrischen Klinikbetten führt zu verfrühten Entlassungen mit einem Drehtüreffekt, zu überfüllten Stationen und Klinikbetten in den Fluren. Trotz wiederholter Hinweise aus dem SpV konnte an diesem Zustand und dieser Entwicklung keine Veränderung erzielt werden.

Die chronisch schwerst erkrankten Menschen finden selten Zugang zu Angeboten der integrierten Versorgung noch zu anderen ambulanten Hilfsangeboten mit dem Hinweis, dass die Minimalanforderungen an Mitarbeit nicht eingehalten werden. Beschäftigungsangebote im Rahmen von niedrigschwelligen Zuverdienstmöglichkeiten sind kaum vorhanden.

Anschrift des Verfassers:

Joachim Homeyer-Broßat · Rühmkorfstr. 19 · 30163 Hannover · E-Mail: homeyerbrossat@htp-tel.de

Aus Sicht der Politik

von Erwin Jordan (*Dezernent für Soziale Infrastruktur*)

Wenn jetzt Bilanz gezogen wird über 15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund, so geht es zunächst einmal darum, eine Erfolgsgeschichte auch gebührend zu würdigen. Was 1997 noch in den alten kommunalen Strukturen von Landkreis und Stadt Hannover von den Akteuren auf den Weg gebracht wurde, hat sich beständig weiter entwickelt zu einem intensiven und kontinuierlichen Arbeits- und Diskussionszusammenhang aller sozialpsychiatrisch orientierten Akteure in der Region Hannover. Es ist nur eine der hervorragenden Qualitäten dieses Verbundes, dass zu den Akteuren selbstverständlich auch Psychiatriebetroffene und Angehörige gehören. Als ich vor nunmehr fast 12 Jahren meine Aufgabe als Sozialdezernent in der Region Hannover übernommen hatte, war ich von Anfang an beeindruckt von der großen Zahl von Menschen aus den verschiedensten Projekten und Zusammenhängen, die sich einmal im Monat donnerstags um 8:30 Uhr im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (dem Plenum des Verbundes) versammelten. Als ich bei verschiedenen Gelegenheiten miterlebte, auf welchem hohem Niveau Debattenkultur und Debatteninhalte gepflegt wurden, war mir schnell klar, welchen großen Schatz die Region Hannover mit ihrer Gründung 2001 hier übernommen hatte. Den Akteuren des Sozialpsychiatrischen Verbundes gebührt das Verdienst, fortwährend und immer wieder aufs Neue herausgearbeitet zu haben, wo welche Verbesserungsbedarfe bei den Hilfen für psychisch kranke Menschen angezeigt waren. Ich hoffe sehr, dass diejenigen, die an neuen Konzepten mitgearbeitet haben, bei deren Umsetzung von der Verwaltung und Politik der Region Hannover nicht enttäuscht wurden. Ich bin fest davon überzeugt, dass sozialpsychiatrisch Interessierte in Deutschland den Sozialpsychiatrischen Verbund in der Region Hannover als etwas Besonderes wahrnehmen; der eine oder die andere ist vermutlich auch neidisch darauf. Die Arbeit im Verbund hat mit Sicherheit auch einen wesentlichen Beitrag geleistet zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken. Durch die selbstverständliche Präsenz von Angeboten und Hilfen vor Ort sind die Grundlagen für ein tolerantes und verständiges Miteinander gestärkt worden.

Alles in allem also eine große Erfolgsgeschichte! Sie hat jedoch bei mir mittlerweile einen Beigeschmack, den ich hier zum Ausdruck bringen möchte. Wenn man den Namen „Sozialpsychiatrischer Verbund“ ernst nimmt, sollte man wissen, dass mit dem Verbundkonzept auch ein psychiatriepolitischer Ansatz der besonderen Art verbunden ist. Zu den Grundideen der Sozialpsychiatrie gehört es doch, den Menschen nicht nur als Patienten mit einer psychischen Krankheit aufzufassen, die nach ärztlichem Urteil eine bestimmte klinische Diagnose erhalten hat und eine entsprechende Therapie benötigt. Es geht vielmehr darum, ihn in seiner sozialen Gesamtheit sehen und die für ihn erforderlichen Hilfen in seinen sozialen Kontext einzubetten. Ohne mich in die aktuelle Diskussion über die Perspektiven der Sozialpsychiatrie einzumischen, möchte ich hier doch klarstellen, dass sich sozialpsychiatrisches Denken und Handeln nicht darin erschöpfen darf, Einzelfallhilfen für psychisch und sozial besonders beeinträchtigte Menschen bereitzustellen. Sozialpsychiatrie war und ist für mich immer auch Teil einer gesundheitspolitischen Bewegung, die sich einsetzt für ein gleichberechtigtes Miteinander aller Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von ihren individuellen Schwierigkeiten und sozialen Problemlagen.

Wie sieht es nun aus mit dem Stellenwert dieses sozialpsychiatrischen Ansatzes? Eine Erfahrung aus jüngerer Zeit gibt mir zu denken: Es gab ja eine öffentliche Auseinandersetzung über den Rückzug der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) aus der gemeindepsychiatrischen Versorgung, wie sie über Jahrzehnte in der ausgelagerten Poliklinik List betrieben wurde. Diesem Rückzug lag eine grundsätzliche Entscheidung der MHH zugrunde, sich von der sozialpsychiatrischen Ausrichtung der Universitätspsychiatrie zu verabschieden. Das ist eine historische Zäsur mindestens in zweierlei

Hinsicht: Zum einen ist damit das letzte universitäre Standbein der Psychiatrie in Deutschland weggekippt, zum anderen ist dies ausgerechnet in Hannover geschehen, einem doch sehr traditionsreichen Hort der Sozialpsychiatrie. Deswegen sollte man hinterfragen, wieso so etwas geschehen konnte ohne große weitere Aufregung oder gar politische Debatte. Ich möchte an dieser Stelle nicht unbedingt Kritik an dieser Entscheidung der MHH üben. Ich nehme den Vorfall nur als Indiz dafür, dass es außerhalb des Kreises derjenigen, die sich in der sozialpsychiatrischen Versorgung engagieren, mittlerweile immer weniger Leute mit Entscheidungsfunktionen in Politik und angrenzenden Bereichen gibt, die sich mit dem sozialpsychiatrischen Ansatz identifizieren oder sich wenigstens damit auseinandersetzen. Vielleicht kann man sogar noch einen provozierenden Schritt weitergehen und die Frage aufwerfen, ob alle Mitarbeitenden in den vielen Projekten und Einrichtungen, die im Verbund tätig sind, überhaupt wissen und für sich akzeptieren, dass sie in einem sozialpsychiatrisch orientierten Verbund tätig sind. Soweit ich das beurteilen kann, gab in den letzten Jahren einige Diskussionsansätze zu der Fragestellung, wo die Sozialpsychiatrie heute steht.

Ich jedenfalls sehe bei uns in der Region eine sich aufbauende Differenz zwischen der großen alltäglichen Kraft der Sozialpsychiatrie vor Ort und ihrer politischen Bedeutung. Das kann ein Problem werden; aber dagegen kann man auch etwas tun. Das geht am besten mit einer gemeinsamen Strategie. Die in der Zukunftswerkstatt des Sozialpsychiatrischen Verbundes im August 2013 angesprochene stärkere gesundheitspolitische Wirksamkeit des Verbundes durch entsprechende Aktivitäten finde ich richtig und ich würde mir die Entwicklung entsprechender Strukturen wünschen und mich daran auch gerne beteiligen.

Anschrift des Verfassers:

Erwin Jordan · Dezernat II · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Erwin.Jordan@region-hannover.de

Aus Sicht eines externen Experten

von Eberhard Höfer (Nervenarzt)

Um es gleich vorweg zu sagen, der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover besticht durch seine beeindruckende Kompetenz. Wenn man sich die themenorientierten sozialpsychiatrischen Pläne des Verbundes durchliest, muss man rasch anerkennend feststellen, dass in den Ausführungen die grundsätzlichen Überlegungen zusammengefasst werden, die die Psychiatrietätigen und Betroffenen in Niedersachsen bewegen. Dabei sind viele Ergebnisse und Lösungsansätze nicht nur für die Region Hannover, sondern auch für Niedersachsen, wenn nicht für die gesamte Bundesrepublik Deutschland beispielhaft. In der Peripherie Niedersachsens mündet die Anerkennung neben dem Ansporn zum Nacheifern auch häufiger in eine gewisse Abgrenzung, weil die ideal empfundenen Verhältnisse in der Region Hannover als nicht übertragbar bewertet werden. Dennoch bleibt die Orientierung an der Region Hannover und der Ansporn, auch wenn in anderen Gegenden geäußert wird, dass man die Pilotprojekte kleiner, anders oder praktikabler durchführen will. Die herausgehobene Stellung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover ist in einigen Regionen, nicht nur in den Niedersachsens, eine Herausforderung mit ihr in fruchtbare Konkurrenz zu treten.

Von außen betrachtet hatte die psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover einen wegweisenden Einfluss auf die Entwicklung kooperativer Modelle in der Psychiatrie. Mit der Entstehung der Psychiatrischen Klinik an der Medizinischen Hochschule Hannover (1966 bis 1971; vgl. Langer 1987, S. 8 ff) fand der gemeindepsychiatrische Ansatz mit seinen sektorpsychiatrischen und sozialpsychiatrischen Dimensionen seinen Ausgang. Die Dynamik der in den sechziger Jahren

heftig geführten kontroversen Auseinandersetzungen mit der belasteten Tradition der Psychiatrie in Deutschland einerseits und dem aufkommenden antipsychiatrischem Gedankengut andererseits führte zur Notwendigkeit, über eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen ins Gespräch zu kommen. Kontrovers wurde über die Abschaffung der psychiatrischen Kliniken oder deren Reformierung diskutiert. Aus einer kleinen Arbeitsgruppe der Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover nebst Mitarbeitern der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle entwickelte sich das regelmäßige „Gemeindepsychiatriegespräch“. Hinzu kamen die Mitarbeiter der seit 1975 flächendeckend ausgebauten fünf Sozialpsychiatrischen Dienste und weitere Beteiligte. Gäste konnten zusätzlich eingeladen werden. Die Federführung lag beim Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover (vgl. Bauer u. Haselbeck 1981, S. 91). Neben dem regelmäßig tagenden Gremium „Gemeindepsychiatriegespräch“, das später „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ genannt wurde, fanden schon früh Beratungsstellentreffen der fünf Sozialpsychiatrischen Dienste, Treffen der (damals ca. 120) psychosozialen Einrichtungen als „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft“ und diverse kooperationsbezogene institutionalisierte Gespräche statt (vgl. Bauer u. Haselbeck 1981, S. 91-92), ohne dass der Begriff Verbund bereits genannt wurde. Zentriert auf die Patienten der psychiatrischen Klinik ging es damals vor allem um die Frage einer Verbesserung der Vor- und Nachsorge. Um Vorsorge vor stationärer Behandlung und Nachsorge nach stationärer Behandlung ging es auch im Nds. Psych.KG. vom 30.05.1978. Die gemeinsamen Bemühungen für eine angemessene Unterstützung und Behandlung von Menschen mit einer psychischen Störung, insbesondere chronischen psychischen Störung, begünstigten seit den sechziger Jahren in Hannover das Klima für die Entwicklung von Kooperationen, Koordination und Auseinandersetzung. Traditionelle Psychiater belächelten damals die Verhältnisse in Hannover, weil man dort diskutierte, statt anzuordnen.

Den wesentlichen Anstoß für den Verbundgedanken in Niedersachsen gaben die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich von 1988. Der Gemeindepsychiatrische Verbund war das Fundament der allgemeinen psychiatrischen ambulanten Versorgung mit den Komponenten:

- aufsuchend ambulanter Dienst
- Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion
- Tagesstätte

In Niedersachsen machte sich die vom Sozialministerium einberufene Fachkommission Psychiatrie ab 1991 Gedanken darüber, wie die defizitäre psychiatrische Versorgungssituation verbessert werden könnte. Vor dem Hintergrund regionaler kommunaler Verantwortung für die Daseinsvorsorge auch für Menschen mit seelischen Behinderungen im ambulanten Bereich entwickelte die Fachkommission zunächst zwei alternative Ideengestalten:

- das Sozialpsychiatrische Zentrum (psychiatrisches, multifunktionelles und multiprofessionelles Ambulatorium mit angemessenem Mitarbeiterpool für die gesamte regionale ambulante psychiatrische Versorgung)
- der Sozialpsychiatrische Verbund.

Die Eigenständigkeit der Vielzahl von Beteiligten gab dem Verbundgedanken den Vorzug. In Abgrenzung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund der Expertenkommission mit nur drei Komponenten, sollte ein Sozialpsychiatrischer Verbund den Zusammenschluss aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten ermöglichen (vgl. Höfer 2007, S. 18 ff). In einem Denken, das von verbindlich transparenten Zuständigkeiten ausging, wurde die Fachkommission Psychiatrie von Vorstellungen

bestimmt, die Verantwortlichkeiten mit verbesserter Kontrollierbarkeit vorsah. In den Formulierungen des novellierten NPsychKG von 1997 fand dieser Hintergrund nur eine marginale Berücksichtigung.

Bald nach Inkrafttreten des NPsychKG konnte in Hannover am 21.07.1998 ein Sozialpsychiatrischer Verbund gegründet werden, der in seiner Anfangsphase von außen erstaunlich wenig wahrgenommen wurde. Außenstehenden fiel es damals außerdem nicht leicht, zu unterscheiden, welche Initiativen dem Landesfachbeirat Psychiatrie und welche dem Sozialpsychiatrischen Verbund Hannover zugeschrieben werden konnten.

Deutlich sichtbar waren dagegen aktive Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hannover, die einen wesentlichen Anteil bei der Formulierung des Unterstützungsbedarfs hatten. Dabei ging es ihnen aber nicht allein um Unterstützung und Integration von Menschen mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen, es ging ihnen auch um eine Annäherung an den Anspruch des heutigen Begriffs „Inklusion“. Wenn Exklusion mit Stigmatisierung, mit zugefügtem Ausgrenzungsschmerz, Verletzung und Bestrafung assoziiert ist, meint Inklusion die Teilhabe und Zugehörigkeit an einer von der Gesellschaft zugewiesenen respektierten Position. Das bedeutet auch eine reale Chance für eine Status verleihende aktive gesellschaftliche Rolle. Es bedeutet weiter, nicht mehr einseitig auf eine entpflichtende Schonrolle festgelegt zu werden. Es bedeutet aber auch einen differenzierten Umgang mit Menschen, die einen zunehmenden Verlust von Fähigkeiten haben, um ihnen durch sinnstiftende Deutungen das Erleben von Würde zu erhalten.

Es ist beachtlich, was der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover leistet, auf den Weg gebracht hat und in seinem Umfeld initiiert hat. Ein Blick in die zuletzt jährlich herausgegebenen sozialpsychiatrischen Pläne macht die vielfältige fruchtbare Vernetzung im Verbund deutlich. Neben den Berichten der regelmäßig tagenden 11 Fachgruppen, den Treffen der neun Sektor-Arbeitsgemeinschaften, der Ombudsstelle, des regionalen Fachbeirates und des weiter bestehenden „Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie“ finden sich in den Plänen aufschlussreiche Abhandlungen zu Themenschwerpunkten, die den Fokus besonders auf die vergessenen Menschen mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen lenken. Darunter finden sich Menschen ohne Heimat, die einen Migrationshintergrund haben oder obdachlos sind. Man findet beachtenswerte Schwerpunktthemen zu Suchtkranken, zu Kindern psychisch kranker Eltern, zu psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Aber auch Versorgungs- und Behandlungsformen wie die Krisen und Notfallbehandlung, die Psychopharmakotherapie, Arbeit für psychisch kranke Menschen werden thematisiert. Beispielhaft soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass es ohne die Beharrlichkeit der Fachgruppe Gerontopsychiatrie nicht zu dem Instrument „psychiatrische Pflege“ nach SGB V gekommen wäre. Der fruchtbare Boden des Verbundes ließ auch das „Bündnis gegen Depression“ und andere Initiativen wie die Kunstausstellung „Elementarkräfte“ wachsen.

Bei so viel kreativer Produktivität des Verbundes verwundert es den außenstehenden Betrachter mit gewissem Befremden, dass vor nicht allzu langer Zeit die Behandlungsermächtigung des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die Region Hannover von den Verantwortlichen des zuständigen Gremiums problematisiert und infrage gestellt wurde. Die zukünftige Rolle der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Verbund ist von außen nicht mehr erkennbar. Auch der Sozialpsychiatrische Verbund bleibt nicht verschont von den Strömungen des Zeitgeistes, der über das Wirtschaftlichkeitsprinzip hinaus gehend eine zunehmende Ökonomisierung fordert. Es bleibt daher abzuwarten, wie lange das Sektorprinzip in der alten Form erhalten bleiben kann.

Ohne Zweifel wird der Sozialpsychiatrische Verbund von qualifizierten und hoch kompetenten Mitarbeitern moderiert und koordiniert, die für diese Aufgaben freigestellt sind. Auch dies ist beispielhaft! Wenn einige Kommunen in Niedersachsen meinen, die Koordinationsstellen der Verbände bei den Sozialpsychiatrischen Diensten als öffentliche Dienstleistung einsparen zu können, müssen Sie wissen, dass damit auch ein wesentlicher Baustein gelebter überparteilicher Sozialpolitik verloren geht. Das Beispiel Hannover macht deutlich, was mit überparteilicher Unterstützung durch Politik und Verwaltung zu erreichen ist und wie viele kompetente Kräfte für eine gute, lebenswerte, soziale Infrastruktur mobilisiert werden können. Das Freisetzen dieser haltenden Kräfte ist ein fortwährender Prozess, zu dem der Autor der Region Hannover für die nächsten 15 Jahre des Sozialpsychiatrischen Verbundes ein kluges Geschick wünscht.

Literatur:

- Bauer M (1987) Entwicklungslinien sektorisierter Psychiatrie in Hannover.
In: Haselbeck H, Machleidt W, Stoffels H, Trostdorf D (Hrsg.) Psychiatrie in Hannover – Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem. Stuttgart Ferdinand Enke Verlag
- Bauer M, Haselbeck H (1983) Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt. Projekt Hannover.
In: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) Modellverbund „Ambulante psychiatrische/psychosomatische Versorgung“, Bd 163. Stuttgart Kohlhammer
- Beins W (2007) 10 Jahre Sozialpsychiatrische Verbände in Niedersachsen: Ist der Aufbruch gelungen?
In: Sueße T, Schlieckau L (Hrsg.) Psychiatriewoche 2007 des Sozialpsychiatrischen Verbundes Region Hannover vom 2. bis 6. Juli 2007. Sozialpsychiatrische Schriften Bd 1
- Blanke U (2007) Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover.
In: Sueße T, Schlieckau L (Hrsg.) Psychiatriewoche 2007 des Sozialpsychiatrischen Verbundes Region Hannover vom 2. bis 6. Juli 2007. Sozialpsychiatrische Schriften Bd 1
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.)(1983) Modellverbund „Ambulante psychiatrische/psychosomatische Versorgung“, Bd 163. Stuttgart Kohlhammer
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn.
- Elgeti H (Hrsg.) (2007) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn Psychiatrie Verlag.
- Haselbeck H, Machleidt W, Stoffels H, Trostdorf D (Hrsg.)(1987) Psychiatrie in Hannover – Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem. Stuttgart Ferdinand Enke Verlag
- Höfer E (2007) Geschichte der Novellierung des Nds.PsychKG von 1978. In: Elgeti H (Hrsg.) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn Psychiatrie Verlag.
- Höfer E, Spengler A (2013) Sozialpsychiatrische Dienste in Deutschland. In: Rössler W, Kawohl W (Hrsg) Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Bd 2 Stuttgart Kohlhammer
- Langer D (1987) Vom Planen und Bauen der Klinik und des Departments: 1966-1971.
In: Haselbeck H, Machleidt W, Stoffels H, Trostdorf D (Hrsg.) Psychiatrie in Hannover – Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem. Stuttgart Ferdinand Enke Verlag
- Niedersächsisches Sozialministerium (1992) Fachkommission Psychiatrie: Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen. Hannover.
- Rössler W, Kawohl W (Hrsg) (2013) Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Bd 2 Stuttgart Kohlhammer
- Sueße T, Schlieckau L (Hrsg) (2007) Psychiatriewoche 2007 des Sozialpsychiatrischen Verbundes Region Hannover vom 2. bis 6. Juli 2007. Sozialpsychiatrische Schriften Bd 1
- www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Verbund2

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Eberhard Höfer · Theodor-Bötel-Weg 56 · 31139 Hildesheim · E-Mail: hoefer.eberhard@arcor.de

Materialien

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 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. 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 NPsychKG zur Beteiligung am Sozialpsychiatrischen Verbund ein.

Zur Erfüllung der Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Verbundes sind folgende Gremien vorgesehen:

- Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)
einschließlich der jeweilig eingerichteten Fachgruppen
- Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP)
- Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)
- Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes

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 NPsychKG 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:

- Leiter/in des Teams Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover.
- Die jeweiligen Vertreter/innen der im Sozialpsychiatrischen Verbund organisierten stimmberechtigten Mitglieder der Einrichtungsträger/Anbieter Sozialpsychiatrischer Hilfsangebote.
- Die Vertreter/innen der am gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligten Selbsthilfegruppen und Berufsverbände.

Gäste mit beratender Stimme sollen sein:

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

Regionaler Fachbeirat Psychiatrie

Zusammensetzung:

Es obliegt der Region Hannover einen regionalen Fachbeirat einzurichten.
(Zusammensetzung siehe Organigramm des Verbundes)

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.

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 Sozialpsychiatrischer Dienst 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.

Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Aufgaben:

Unterstützung psychisch Erkrankter und deren Angehöriger bei Beschwerden über die Unterbringung oder Behandlung Problemen im Umgang mit z.B. Heimen, Behörden, Praxen Schwierigkeiten mit gesetzlichen oder anderen Betreuern

Zusammensetzung:

z.Zt. 7 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wobei jeweils mindestens ein/e Psychiatrieerfahrene/r und Angehörige/r beteiligt sind. Außerdem der/die Psychiatriekoordinator/in und beratend der/die Leiter/in des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Aufgaben allgemein:

Mitwirkung bei der Erarbeitung von Konzeptionen und Unterstützung der Gremien in der organisatorischen und inhaltlichen Umsetzung, Erstellung von Vorgaben zur Abfassung der statistischen Jahresberichte, Sammlung, Auswertung und Weitergabe der statistischen Jahresberichte,

Geschäftsführung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie und Unterstützung des Sprecher/innenkreises des AKG und der Sprecher/innen der jeweiligen Fachgruppen., Erstellung der Sitzungsprotokolle und Versendung der Sitzungsprotokolle an die Mitglieder des AKG spätestens eine Woche vor der nächsten Sitzung unter Angabe der Tagesordnung.

Geschäftsführung der Ombudsstelle.

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 aus und veröffentlicht diese im Sozialpsychiatrischen Plan des Folgejahres.

Der Sprecher/innenkreis des AKG, die jeweiligen Fachgruppen und die bestehenden Sektor Arbeitsgemeinschaften fertigen bis zum Ablauf eines jeweiligen Kalenderjahres Arbeitsberichte, die 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) dann im Sozialpsychiatrischen Plan abgedruckt werden.



2. Tagungsort des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie – FZH Lister Turm

Organigramm

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)	Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)
<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 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) <p><u>Zusammensetzung:</u></p> <p>Stimmberechtigt:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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	<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Der RFP berät den Dezernenten für soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG ergebenden Fragen <p><u>Zusammensetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Fachdezernent der Region Hannover als Vorsitzender- 4 vom Fachdezernenten benannte Mitglieder: (ärztliche Direktor des Klinikums Region Hannover/ Psychiatrie Wunstorf-Langenhagen, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Region Hannover, Geschäftsführer des Landesfachbeirates Psychiatrie und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover)- 4 vom AKG zur Berufung durch den Fachdezernenten vorgeschlagene Mitglieder (z.Zt. 2 VertreterInnen von Selbsthilfegruppen Betroffener und ihrer Angehörigen, 1 Sprecherin des AKG, 1 Vertreter der freien und gemeinnützigen Träger)
Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)	Fachgruppen (FG)
<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 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 <p><u>Zusammensetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren	<p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 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 <p><u>Zusammensetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Der AKG setzt Fachgruppen ein, deren personelle Zusammensetzung von den Fachgruppen selbst festgelegt wird.

Stellungnahme des Regionalen Fachbeirats

von Hermann Elgeti (Dezernat für Soziale Infrastruktur Region Hannover)

Qualität der Hilfen im regionalen Kontext weiterentwickeln!

Stellungnahme des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie zu Bilanz und Perspektiven 15 Jahre nach Gründung des Sozialpsychiatrischen Verbunds der Region Hannover

1. Einführung

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur in allen das NPsychKG betreffenden Fragen. Seine Mitglieder werden vom Dezernenten für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen. Darunter sind auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) dessen Sprecherin, je eine Vertretung der Leistungserbringer, der Nutzenden psychiatrischer Hilfen und ihrer Angehörigen. Weitere Mitglieder sind zurzeit der Leiter und der Psychiatriekoordinator des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie zwei leitende Klinikärzte; ein Geschäftsführer gibt organisatorische Unterstützung (Namensliste Kasten 1). Eine 2012 aktualisierte Geschäftsordnung regelt die Arbeit des RFP, der seit 2010 in dreimonatlichen Abständen zusammentritt.

Kasten 1: Zusammensetzung des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie 12/2013

Vorsitz	Erwin Jordan	Dezernent für Soziale Infrastruktur der Region
Mitglieder	Dr. Sabine Kirschnick-Tänzer	KRH Psychiatrie Wunstorf; Sprecherin des AKG
	Herr Wolter	Vertreter des Vereins Psychiatrie-Erfahrener e.V.
	Bärbel Liese	Vertreterin der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
	Uwe Reichertz-Boers	SuPA GmbH; Vertreter der Leistungserbringer im AKG
	Dr. Cornelia Oestereich	Leiterin Allgemeinpsychiatrie des KRH Psychiatrie Wunstorf
	Prof. Dr. Marc Ziegenbein	Ärztlicher Direktor der KRH Psychiatrie GmbH
	Dr. Thorsten Sueße	Leiter des SpDi der Region
	Lothar Schlieckau	Psychiatriekoordinator des SpV der Region
Geschäftsführung	Dr. Hermann Elgeti	Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur

Aus Anlass des Schwerpunktthemas des Sozialpsychiatrischen Plans (SpP) für die Jahre 2013 und 2014 hat der RFP im 2. Halbjahr 2012 die Entwicklung im RFP und insgesamt im SpV in den 15 Jahren seit dessen Gründung kritisch bilanziert. Auf dieser Grundlage diskutierte der RFP auf seinen vier Sitzungen im Jahre 2013 die Perspektiven zur Qualitätsentwicklung des Hilfesystems. Nach einem allgemeinen Problemaufriss, der die Herausforderungen, Grundsätze und strategischen Handlungsfelder skizzierte, wurden vier Themen genauer ins Auge gefasst:

- Verbesserung des Zugangs und der Koordination bei den Hilfen für psychisch erkrankte alte Menschen,
- Kombination niederschwelliger, nachgehender und aufsuchender Hilfen des SpDi mit Behandlungsmöglichkeiten einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Versorgungsklinik,
- Neugestaltung der Wohnungslosenhilfe unter besonderer Berücksichtigung von psychisch erkrankten Betroffenen,
- Förderung der sozialpsychiatrischen Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung von Fachpersonal für das psychiatrische Hilfesystem.

Die Mitglieder des RFP haben gemeinsam mit fachkundigen Gästen vor dem Hintergrund einer kritischen Analyse des Ist-Zustands Ansatzpunkte für Problemlösungen identifiziert und diesbezüglich auch Empfehlungen abgegeben. Sie wollen sich auch künftig über den weiteren Verlauf der Bemühungen bei den vier genannten Themen informieren lassen.

2. Herausforderungen und Grundsätze für die Qualitätsentwicklung

Das System der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen hat sich im Zuge der westdeutschen Psychiatriereform seit 1975 in beeindruckender Weise entwickelt und ausdifferenziert. Aktuelle Herausforderungen sind bedingt durch kritikwürdige Fehlentwicklungen und veränderte Rahmenbedingungen; das fordert eine Besinnung auf die Grundsätze einer zeitgemäßen Weiterentwicklung des Hilfesystems:

- Im sozialen und ökonomischen Kontext: Die Versorgung steht unter dem Diktat neoliberaler Ökonomie; der Zusammenhang zwischen psychischen und sozialen Problemlagen wird weitgehend ausgeblendet. Das System sozialer Sicherung und besonders die Psychiatrie lassen sich aber nach dem Muster kapitalistischer Marktmechanismen nicht sachgerecht organisieren.
- Im politischen und kulturellen Kontext: Der gesellschaftliche Auftrag der Psychiatrie mit ihren Hilfs-, Schutz- und Kontrollfunktionen ist widersprüchlich. Die Theoriebildung der Psychiatrie, die sich vor 200 Jahren als medizinische Fachdisziplin etablierte, ist naturwissenschaftlich dominiert und damit defizitär; sie bedarf dringend einer Erneuerung mit angemessener Berücksichtigung psychosozialer Aspekte von seelischer Gesundheit und Krankheit.
- Bei Zielgruppenbezug und Sozialraumorientierung: Leicht und mittelschwer psychisch erkrankte Menschen werden bei der Bereitstellung nachhaltig wirksamer professioneller Ressourcen für Therapie und Rehabilitation bevorzugt. Es besteht eine weit verbreitete Ignoranz psychiatrischer Interventionen in Diagnostik und Therapie, Prävention und Rehabilitation gegenüber biografischen Prägungen, individuellen Bedürfnissen und sozialem Umfeld. Das muss sich ändern; denn am Umgang mit den schwächsten und schwierigsten ihrer Mitbürger zeigt sich die Humanität einer Gesellschaft – ein von der Sozialpsychiatrie immer wieder eingefordertes Grundprinzip psychiatrischen Handelns.

- Bei Leistungserbringung und Ressourceneinsatz: Das Neben- und Gegeneinander verschiedener Angebote in bloß betriebswirtschaftlich gerechtfertigter Konkurrenz hat Folgen: Zersplitterung der Hilfeleistungen, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Versorgungsstrategien setzen falsche Schwerpunkte: Dominanz der Arzneitherapie, standardisierte, zentralisierte Therapieprogramme in einer „Komm-Struktur“. Beim Personal gibt es qualitative und quantitative Mängel. Nötig sind jedoch – insbesondere bei komplexem Hilfebedarf – zuverlässige Kooperation und Koordination der Leistungen sowie sozialraumbezogene Versorgungsstrategien, möglichst dezentrale und integrierte Hilfeleistungen, bei Bedarf auch nachgehend und aufsuchend.
- Bei der Planung und Steuerung der Versorgung: Die Leistungserbringer leisten vielfach Widerstand gegen Transparenz und Evaluation der Versorgung. Die Kostenträger schotten sich allzu oft im jeweiligen Partikularinteresse gegenseitig ab, jeder ist fixiert auf sein „gutes“ finanzielles Ergebnis. Die politischen Verantwortungsträger verhalten sich auf allen Ebenen insgesamt passiv. Erforderlich ist demgegenüber eine politisch geführte psychiatrische Rahmenplanung unter Beteiligung aller Kostenträger und Leistungserbringer, der Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und Angehörigen sowie der Initiativen bürgerschaftlichen Engagements. Ansätze dazu gibt es im Hinblick auf SpV und SpP auch im NPsychKG (§§ 8 und 9).

3. strategische Handlungsfelder

Der RFP hat sich auf fünf strategische Handlungsfelder verständigt, auf denen eine Qualitätsentwicklung des Hilfesystems vorangebracht werden sollte:

- Gesundheitsförderung und Prävention: Hier geht es darum, das Netzwerk sozialer Unterstützung zu stärken und subsidiär professionelle Hilfen dort zur Verfügung zu stellen, wo Selbst-, Laien- und Bürgerhilfe zur Bewältigung bestehender Problemlagen nicht ausreichen.
- Regionalisierung und Sozialraumorientierung der Hilfen: Um Inklusion und Partizipation der von Teilhabe-Einschränkungen betroffenen Menschen zu fördern, müssen sich Hilfsangebote auf überschaubare Sozialräume hin ausrichten und in Netzwerken verbindlich miteinander kooperieren. Wo immer möglich, sind die Hilfen dezentral und integriert vorzuhalten, wo nötig, müssen zentral spezialisierte Dienste zur Unterstützung bereitstehen.
- Gliederung der Psychiatrie und ihrer Kernaufgaben: Psychiatrie ist ein Spezialfach der Medizin mit engen Bezügen zur Sozialen Arbeit und anderen Disziplinen. Ihre Kernaufgaben beziehen sich auf die Prävention psychischer Erkrankungen, die Behandlung, Rehabilitation und Langzeitbetreuung von psychisch erkrankten Menschen sowie die Steuerung des komplexen Hilfesystems. Im Hinblick auf die besonderen Probleme verschiedener Lebensphasen und Lebenslagen haben sich zahlreiche Subspezialisierungen herausgebildet. Sie müssen besser aufeinander bezogen und mit den benachbarten Disziplinen vernetzt werden, um gemeinsam die genannten Kernaufgaben erfolgreich bearbeiten zu können.
- Planung und Evaluation, Koordination und Steuerung: Nachhaltige Qualitätsentwicklung gelingt nur in einem zuverlässig in Gang gehaltenen Zirkelprozess. Dabei sind im Sinne einer Zielmatrix Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gleichermaßen zu berücksichtigen, wobei die individuelle, institutionelle und regionale Ebene der Qualitätsentwicklung aufeinander zu beziehen sind (Zielmatrix Kasten 2). Der Qualitätszirkelprozess darf nicht bei der Bedarfsfeststellung, Planung und Durchführung der Hilfe stehen bleiben, sondern muss über die Dokumentation und Berichterstattung der Leistungserbringung bis zur Bewertung der Zielerreichung, Überprüfung und Fortschreibung der Planung Kontinuität gewinnen.

- Kooperation in einem abgestuften Hilfesystem: Psychiatrie ist eine medizinische Spezialdisziplin, und Sozialpsychiatrie ist eine Übergangs- und Verbindungsstruktur von Psychiatrie und Sozialer Arbeit. Sie sind – sowohl jede für sich als auch gemeinsam – den Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Subsidiarität“ verpflichtet und sollten sich stärker auf die vorrangigen sozialen, medizinischen und pflegerischen Hilfen im unmittelbaren Lebensumfeld der betroffenen Menschen beziehen.

4. Beispielhafte Ansätze für konkrete Verbesserungen

Zur Verbesserung des Zugangs und der Koordination bei den Hilfen für psychisch erkrankte alte Menschen ergeben sich für den RFP folgende vier Forderungen:

- Anlaufstellen für eine von Leistungserbringern (Gewinnmaximierung) und Leistungsträgern (Kostenreduktion) unabhängige fachliche Beratung und Vermittlung geeigneter Dienste;
- ein gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst;
- die Klärung der Funktionen von Case- und Caremanagement sowie entsprechender Finanzierungsfragen mit verbindlicher Kooperation der Leistungserbringer und Steuerung durch Leistungsträger und Kommune;
- eine stärkere Verknüpfung von Profi- und Bürgerhilfe mit ausreichenden Ressourcen für dezentrale und integrierte Unterstützungsleistungen, bei Erfordernis unter Beiziehung spezialisierter Kompetenzen.

Der SpDi der Region hat bis Ende 2013 gemeinsam mit dem Caritas Forum Demenz eine Skizze für ein auf drei Jahre angelegtes Projekt „Gerontopsychiatrische Fachberatung der Region Hannover“ erstellt. Auf Basis eines sogenannten gerontopsychiatrischen Versorgungspfades soll die Wirksamkeit einer Anlauf-, Vermittlungs- und Koordinierungsstelle überprüft werden.

Zur Verbesserung der niederschweligen, aufsuchenden und nachgehenden Beratung, Behandlung und Betreuung schwer erreichbarer und psychosozial umfassend beeinträchtigter Menschen sind verstärkte Anstrengungen erforderlich. Dazu bietet sich eine Integration entsprechender Aufgaben der dezentralen Beratungsstellen des SpDi mit Funktionen einer PIA der Versorgungskliniken in der Region an. Der RFP unterstützt damit die Forderung des SpV, als wichtigstes Entwicklungsprojekt in den nächsten fünf Jahren in allen Teilregionen sogenannte Gemeindepsychiatrische Zentren zu etablieren. Der Dezernent für Soziale Infrastruktur hat sich diese Forderung bereits zu Eigen gemacht, erste Sondierungen vorgenommen und den zuständigen Fachbereich mit der Projektplanung beauftragt.

Zur Verbesserung der Lage psychisch erkrankter obdach- bzw. wohnungsloser Menschen sollen ihre Belange bei der anstehenden Neugestaltung der Wohnungslosenhilfe in der Region Hannover besser berücksichtigt werden. Der SpDi und der SpV waren in die Arbeit der diesbezüglichen Projektgruppe im Fachbereich Soziales bereits eingebunden und wirkten an der Formulierung der Umsetzungsziele mit. Für die von Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit betroffenen Menschen ist eine zügige und qualifizierte Hilfeplanung mit schnellem Leistungsbeginn wichtig, mit einem gut gefüllten „Instrumentenkasten“, der auch Kombinationen ermöglicht von dezentralen Kontaktstellen und Tagestreffs mit niedrigschwelliger Beratung und aufsuchenden Hilfen durch den SpDi. Dessen Aufgaben mit den dazu erforderlichen Ressourcen müssen noch genauer bestimmt werden.

Zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Kompetenz des im psychiatrischen Hilfesystem eingesetzten Fachpersonals und zur Nachwuchsgewinnung auf diesem Feld sind gemeinsame Anstrengungen aller Akteure auf Regionsebene erforderlich. Der RFP fordert eine allen Berufsgruppen zugängliche, Einrichtungsübergreifend in Anspruch genommene und im SpV abgestimmte sozialpsychiatrische Fort- und Weiterbildung. Das Curriculum sollte den vielfältigen Anforderungen der Alltagsarbeit gerecht werden, attraktiv und flexibel nutzbar sein. Die Region wird gebeten, in Gesprächen mit geeigneten Trägern (z.B. Bildungsakademie des Klinikums der Region, Fakultät V der Hochschule Hannover) die Möglichkeiten einer Realisierung zu erkunden.

Kasten 2: Zielmatrix für ein sozialpsychiatrisches Qualitätsmanagement

Versorgungsprinzipien	Qualitätskriterien		
	Strukturqualität Zugänglichkeit und Vernetzung der Hilfsangebote	Prozessqualität Angemessenheit und Zuverlässigkeit der Hilfsangebote	Ergebnisqualität Autonomie und Integration der Patienten
individuelle Ebene Subsidiarität der Hilfeleistung	Erreichbarkeit der Hilfe und Vertrautheit der Helfer	Kompetenz der Helfer und bedarfsgerechte Hilfeleistung	möglichst eigenständiges Wohnen und Teilhabe am Arbeitsleben
institutionelle Ebene Flexibilität der Hilfsangebote	Verfügbarkeit und Vielfalt der Hilfsangebote	personenbezogene Hilfeplanung und Kontinuität der Hilfeleistung	Konzentration auf Schwerkranke und Prävention ungünstiger Verläufe
regionale Ebene Koordination der Versorgung	Einbeziehung aller Akteure incl. Kostenträger und Politik	Organisation eines regionalen, konsensorientierten Dialogs	Priorität für ambulante Hilfen und die Behandlung Schwerkranker

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

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

von Jürgen Gundlach (Mitglied der Ombudsstelle)

Einführender Rückblick

Die Ombudsfrau, der Ombudsmann: Was ist das eigentlich und welche Aufgaben haben sie?

Die Ombudsfrau, der Ombudsmann erfüllen Aufgaben innerhalb einer unparteiischen Schiedsstelle. Meist ist dieses Gremium mit mehreren Personen besetzt, die entsprechende Aufgaben übernehmen. Ein ombud (altnordisch: Vollmacht) ist eine Aufgabe einer oder mehrerer Personen, die sich primär bei bestimmten Themen einschalten, um ungerechte Behandlungen von Personengruppen zu verhindern. Das „Amt“ wird insbesondere eingeschaltet bei Streitfällen. Die Funktion besteht darin, Streitfälle in verschiedensten Bereichen und ohne großen bürokratischen Aufwand zu schlichten.

Die geschieht durch:

- Eine objektive Betrachtung des Streitfalles
- Abwägung der von beiden Seiten vorgebrachten Argumente
- Vergleich von Schaden, Aufwand und Kostenfaktoren
- Erreichen einer zufriedenstellenden Lösung
- Oder Aussprechen einer empfohlenen Lösung für den entsprechenden Fall.

Einrichtung der „Ombudsstelle“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Die Einrichtung der „Ombudsstelle“ ist durch den Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) angeregt worden. Im Jahr 2004 wurden sowohl im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie wie auch im Regionalen Fachbeirat Psychiatrie das Thema behandelt und die Errichtung einer „Ombudsstelle“ empfohlen. Der Dezernent für Soziale Infrastruktur ist dieser Empfehlung nachgekommen und hat die „Ombudsstelle“ zum 15. Februar 2005 eingerichtet. Wie in der Informationsdrucksache Nr. I 227/2005 der Region Hannover/Fachbereich Gesundheit beschrieben, handelt es sich bei der Beschwerde- und Vermittlungsstelle um eine unabhängige und vertraulich arbeitende Stelle, die sich um die Beschwerden und Probleme psychisch Erkrankter bzw. seelisch Behinderter und ihrer Angehörigen kümmern soll. Die Errichtung der „Ombudsstelle“ steht damit in einem bundesweiten Kontext der Unterstützung der Bemühungen zur Stärkung der Rechte seelisch behinderter Menschen, bzw. psychisch erkrankter Menschen. Dies sollte mit geringem finanziellen Aufwand und großem bürgerschaftlichen Engagement in die Tat umgesetzt werden.

Geschäftsordnung

In den ersten Sitzungen wurde eine Geschäftsordnung als Arbeitsgrundlage für das Agieren der Ombudsstelle gemeinsam von den Mitgliedern und den beratenden Mitgliedern entwickelt und schriftlich festgehalten.

Hierin sind verankert:

- Zuständigkeit der Ombudsstelle
- Zusammensetzung der Ombudsstelle
- Aufgaben der Ombudsstelle
- Datenschutz
- Kosten
- Vertretung nach außen
- Sitzungen und Beschlüsse
- Berufungsdauer
- Berichtswesen
- Inkrafttreten

Unser Selbstverständnis

Die Arbeit der Ombudsstelle erfolgt unabdingbar durch zwei Prinzipien:

- 1. Prinzip: Unabhängigkeit
- 2. Prinzip: Vertraulichkeit

Hierbei erfolgt die Unterstützung in jedem Fall kostenlos.

Wir setzen uns für psychisch Erkrankte und deren Angehörige ein bei

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

Die öffentliche Darstellung der Ombudsstelle gegenüber psychisch Erkrankten und deren Angehörige erfolgt durch entsprechende Flyer und Poster mit Hinweisen auf die Erreichbarkeiten über die Postanschrift und über Telefonnummern. Hiernach können die Geschäftsstelle des sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover, der Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) und die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranken in Niedersachsen und Bremen (AANB) direkt kontaktiert werden.

Aufgaben der Ombudsstelle

In unserer Geschäftsordnung sind die Aufgaben der Ombudsstelle wie folgt festgehalten:

Die Ombudsstelle

- nimmt Beschwerden und Anregungen auf
- berät und unterstützt
- verweist zum Beispiel zur Rechtsberatung an Rechtsanwälte, Schlichtungsstelle für Haftungsfragen der Ärztekammer etc.
- hört die beteiligten Institutionen, Dienst und Personen an,

- gibt erforderlichenfalls wertende Stellungnahmen und Anregungen ab,
- hält immer wiederkehrende und/oder strukturell bedingte Beschwerden fest, bringt sie in die zuständigen Institutionen oder die politischen Gremien ein und wendet sich gegebenenfalls an die Öffentlichkeit. Hier ist insbesondere auf die Zuständigkeit des Ausschusses für psychiatrische Angelegenheiten nach die NPsychKG zu achten.

Festzuhalten ist, dass die Ombudsstelle in keinem Fall von sich aus arbeitet. Die Beschwerden sind schriftlich an uns zu richten.

Allgemeine Standards für unabhängige Beschwerdestellen

Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DSGP) wurden in einer Arbeitsgruppe innerhalb des Workshops „Wehrt euch – beschwert euch“ Standards erstellt. Mitgearbeitet haben Vertreterinnen und Vertreter bereits existierender unabhängiger Beschwerdestellen und andere Beschwerdeinstanzen. Hiernach wurden Forderungen, die laufend überprüft bzw. ergänzt werden, für unabhängig tätige Beschwerdestellen in der Psychiatrie herausgegeben.

Die Standards und ihre Umsetzung durch die Ombudsstelle in der Region Hannover

1. Unabhängige Beschwerdestellen sollten trialogisch und multiprofessionell besetzt sein. Trialogisch bedeutet dabei, dass die Mitglieder sich aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, professionell in der Psychiatrie Tätigen und Bürgerhelfen zusammensetzen. Es sollten mindestens vier Personen sein, um die Arbeitsbelastung zu verteilen. Optimal wäre es, wenn von jeder Beteiligten-Gruppe zwei Vertreter Mitglied der Beschwerdestelle wären, um auch Vertretungen zu gewährleisten.

Die Ombudsstelle der Region Hannover setzt sich zusammen aus 5 Mitgliedern sowie 2 beratenden Mitgliedern. Mitglieder kommen jeweils aus dem Verein Psychiatrie-Erfahrener, von der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, aus einer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle des Teams Gemeindepsychiatrie, einem Bürger mit rechtskundigem Hintergrund und einem Bürger mit sozialem Engagement. Als beratende Mitglieder gehören zur Ombudsstelle der Leiter des Teams Sozialpsychiatrischer Dienst und der Psychiatriekoordinator. Zwischenzeitlich ist ein weiterer Bürger mit rechtskundigem Hintergrund Mitglied der Ombudsstelle.

2. Die Koordination der Gruppe sollte möglichst nicht von Profis, sondern von Vertretern der Selbsthilfe übernommen werden.

Die Ombudsstelle der Region Hannover koordiniert seit Jahren erfolgreich untereinander, da die Beschwerden zeitnah bearbeitet werden müssen. Grundsätzlich bearbeiten 2 Mitglieder der Ombudsstelle den Beschwerdefall. Grundvoraussetzung für die Bearbeitung ist der schriftlich eingereichte Beschwerdefall und eine ausgestellte und unterschriebene Vollmacht/ Schweigepflichterklärung.

3. Alle Mitglieder sind gleichberechtigt – alle Meinungen werden respektiert. Der Austausch erfolgt auf gleicher Augenhöhe aufgrund eigener Erfahrungen.

Die Ombudsstelle der Region Hannover erfüllt diesen Standard.

4. Die Bearbeitung einer Beschwerde geschieht grundsätzlich parteilich für den Beschwerdeführer. Das bedeutet, dass grundsätzlich nach der besten Lösung für den Beschwerdeführer gesucht wird.

Die Ombudsstelle der Region Hannover setzt sich uneingeschränkt für den Beschwerdeführer ein und versucht eine Lösung zu erreichen.

5. Beschwerden werden nur mit Zustimmung des Beschwerdeführers und mit ihm gemeinsam (bzw. einer von ihm benannten Vertrauensperson) gelöst.

Die Ombudsstelle der Region Hannover respektiert vorbehaltlos den Beschwerdeführer und setzt sich mit ihm einvernehmlich zusammen. Hierbei kann es auch zu Rücknahmen von Beschwerden kommen.

6. Beschwerdeaufnahmen erfolgen immer schriftlich inklusive Verlauf und Ergebnis.

Die Ombudsstelle der Region Hannover berät jeden Fall im Team und fertigt ein Ergebnisprotokoll an.

7. Beschwerdebearbeitung erfolgt aufgrund der finanziellen und zeitlichen Grenzen, die die Ehrenamtlichkeit vorgibt, nur für Beschwerden der eigenen Region/des eigenen Einzugsgebiets.

Die Ombudsstelle der Region Hannover bearbeitet alle eingereichten Beschwerdefälle ohne die finanziellen und zeitlichen Grenzen zu berücksichtigen. Beschwerden aus anderen Regionen werden freundlich zurückgewiesen mit dem Hinweis auf die ortsnahe zuständigen Stellen.

8. Grundkenntnisse des Sozialrechts und der Psychatriegesetze sollten bei den Mitgliedern vorhanden sein.

Die Ombudsstelle der Region Hannover hat in den eigenen Reihen zwei Juristen und kann sich ggf. über beispielsweise dem Psychiatriekoordinator informieren lassen. Ansonsten werden die Mitglieder der Ombudsstelle in den Sitzungen über Neuerungen informiert.

9. Regelmäßige Sprechstunden werden an einem neutralen Ort möglichst einmal in der Woche abgehalten.

Die Ombudsstelle der Region Hannover hat keine regelmäßigen Sprechstunden. Natürlich stehen immer die im Flyer aufgeführten Ansprechstellen dem Beschwerdeführer zur Verfügung.

10. Es findet möglichst einmal im Monat ein regelmäßiges Treffen aller Mitglieder der Ombudsstelle zur Absprache über den Umgang mit eingegangenen Beschwerden statt.

Die Ombudsstelle der Region trifft sich jeden zweiten Montag im Monat zu einem Arbeitsgespräch.

11. Es werden möglichst Kooperationsverträge mit allen Leistungserbringern am Ort abgeschlossen.

Die Ombudsstelle der Region Hannover arbeitet über das Sozialpsychiatrische Verbundsystem mit Leistungserbringern zusammen.

12. Die Mitarbeiter der Beschwerdestelle geben eine schriftliche Schweigepflichtserklärung (gegenüber der Psychiatrie-Aufsicht führenden Stelle oder untereinander) ab.

Die Ombudsstelle Hannover hat eine Erklärung („Vereidigung“) gegenüber dem Dezernenten für Soziale Infrastruktur abgegeben.

13. Die Beschwerdestelle berichtet regelmäßig gegenüber dem Sozialpsychiatrischen Verbund, dem Sozialausschuss der Kommune etc. über ihre Arbeit.

Die Ombudsstelle der Region Hannover erstellt einen Tätigkeitsbericht für den Regionalen Fachbeirat Psychiatrie zur Weiterleitung nach Kenntnisnahme an den Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover und zur Veröffentlichung im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie bzw. dem zuständigen Ausschuss der Region Hannover. Überdies werden der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und auch der zuständige Ausschuss in regelmäßiger Folge über die Wirkungsweise der Ombudsstelle mündlich informiert.

14. Auf die Beschwerdestelle wird über Plakate/Aushänge in allen Einrichtungen und Praxen, Ankündigung der Sprechstunden in der Lokalpresse aufmerksam gemacht.

Die Ombudsstelle der Region stellt über das „Sozialpsychiatrische Verbundsystem“ Flyer und Plakate zum Aufhängen bzw. zum Auslegen zur Verfügung.

15. Dienstvorgesetzte der Einrichtungen, über die eine Beschwerde eingegangen ist, werden i.d.R. in das Beschwerdeverfahren mit einbezogen.

Die Ombudsstelle der Region Hannover schalten nach Beratung i.d.R. Dienstvorgesetzte in das Beschwerdeverfahren ein.

Bilanz

Bearbeitete Beschwerden

Seit der Aufnahme der Tätigkeit im Februar 2005 hat die Ombudsstelle der Region Hannover über 190 Einzelbeschwerden von Beschwerdeführern (Stand: Februar 2013) bearbeitet. Insgesamt sind über 220 Beschwerden bearbeitet worden, da zum Teil von einzelnen Beschwerdeführern Mehrfachbeschwerden an uns herangetragen wurden.

In der Gesamtbilanz kommen wir auf durchschnittlich 27 Beschwerdevorgänge pro Jahr.

Festzuhalten ist, dass fast 80 Prozent der Beschwerden von den Betroffenen selbst als Beschwerdeführer an uns gerichtet wurden. Der überwiegende Teil der Beschwerden kommt direkt aus der Landeshauptstadt Hannover und dementsprechend der Rest aus der Region Hannover.

Beschwerdegründe

Bei der überwiegenden Zahl der Beschwerden ging es um Fragen rund um die

- Unterbringungen in Kliniken, Heimen
- Berentungen durch die Rentenversicherungsträger
- Leistungen von Krankenkassen
- gesetzlichen Betreuer, wie beispielsweise Entscheidungen derer bis hin zum Wunsch nach einem Wechsel des Betreuers
- Behandlungen durch medizinische oder therapeutische Fachkräfte oder des Pflegepersonals, wie beispielsweise Therapien oder Medikationen
- Geschlossene Unterbringung in Kliniken
- Auseinandersetzungen mit Behörden oder anderen Institutionen

Ausblick/Wünsche

Die Ombudsstelle der Region Hannover hat sich als unabhängige Beschwerdeinstanz bei psychisch Erkrankten bzw. deren Angehörigen bewährt. Die Arbeit insgesamt wird durch alle dem Verbundsystem angeschlossenen Institutionen respektiert und anerkannt. Zu Konflikten während der Ausübung unserer Tätigkeiten kam es nicht.

Perspektivisch möchten wir

- einen höheren Bekanntheitsgrad bei Patientinnen und Patienten erreichen, damit wir von Fall zu Fall zeitnah zur Lösung von Beschwerden eingeschaltet werden
- mit Institutionen, die bereits ein Beschwerdemanagement aufgebaut haben, eine intensive Zusammenarbeit erreichen, ohne unsere Neutralität und Unabhängigkeit zu verlieren
- die Ombudsstelle einem „breiteren Publikum“ näher bringen
- seelisch Erkrankte würdigen und ihnen eine breitere Akzeptanz bezogen auf das Krankheitsbild in der öffentlichen Wahrnehmung ermöglichen
- psychisch Erkrankten den Wiedereinstieg bei Problemlagen in einen Beruf erleichtern und damit „Stigmatisierungen“ von psychisch kranken Menschen entgegenwirken.

Anschrift des Verfassers:

Jürgen Gundlach · Mitglied der Ombudsstelle · Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover
Weinstr. 2 · 30171 Hannover

Stellungnahme der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Oliver Weidner (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe nahm im Februar 2001 erstmals ihre Arbeit auf und trifft sich seitdem dreimonatlich im Plenum. Zusätzlich bilden sich Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten.

Beteiligt sind Vertreter unterschiedlicher Einrichtungen und Organisationen: Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen (VPE), Bildungsträger, Rehabilitationseinrichtungen, Vertreter der Leistungsträger, der klinischen und ambulanten Ergotherapie, des Berufsbildungswerks, der Werkstätten für behinderte Menschen, der Berufsförderungswerke, der Integrationsfachdienste sowie Integrationsbetriebe.

Die konkret behandelten Themen lassen sich dabei größtenteils folgenden Schwerpunkten zuordnen:

- Beobachtung der „Reha-Szene“:
Wie sieht das Spektrum an Hilfsangeboten in der Region aus? Wie ist ein Bedarf zu ermitteln? Was hat sich bewährt? Welche Trends zeichnen sich ab?
- Informationsaustausch:
Wie ist das Spektrum an Hilfsangeboten in der Region bei Klienten und Anlaufstellen zu vermitteln?
- Einführung des SGB II:
Welche Auswirkungen hat die veränderte Gesetzgebung auf die Kostenträger und die Anbieter? Welche Auswirkung auf die Klienten? Was sind die zu erwartenden Schwierigkeiten und was die Chancen?

Die Ziele der Fachgruppe waren und sind:

- die Förderung neuer bedarfsorientierter Angebote zur besseren beruflichen Integration psychisch Kranker,
- die politische Arbeit für den Erhalt und die Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke im privaten und öffentlichen Sektor,
- eine verbesserte Transparenz in Bezug auf die Angebote, sowohl gegenüber den Klienten als auch gegenüber den Anbietern untereinander,
- die fachliche Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Schwerpunkten der Fachgruppe.

2001–2003

In dieser ersten Zeit standen besonders drei Themen im Vordergrund: Eine Verbesserung der Vernetzung untereinander und wie man den dadurch gewonnenen Überblick nach Außen vermittelt, die Erstellung geeigneter Instrumente für eine qualitative Bedarfserhebung und deren praktische Umsetzung und die Entwicklung der Reha- und Integrations-Landschaft durch die aktuelle Lage am Arbeitsmarkt und die veränderte Rechtslage (SGB IX).

Für einen besseren Überblick über die verschiedenen beschützten, therapeutischen und am allgemeinen Arbeitsmarkt orientierten Angebote in der Region wurde ein Reader geschaffen, der sich trotz schleppender Verteilung regen Zuspruchs erfreute. Dieser sollte möglichst bald professionell online gestellt werden, um sowohl die Verbreitung als auch die Aktualisierung zu erleichtern.

Für die Bedarfserhebung wurde sich inhaltlich mit verschiedenen Methoden zur qualitativen Auswertung auseinandergesetzt und durch den VPE ein Fragebogen erarbeitet, der diese ermöglichen sollte. Zu dem wurde Kontakt zur „Aktion Psychisch Kranker“ zwecks Informationsaustauschs aufgenommen, die eine ähnliche Erhebung bereits bundesweit durchführte. Im weiteren Verlauf zeigten sich jedoch Umsetzungshürden, die eine Realisierung letztlich verhinderten.

Die allgemeine Lage für die Integration in Beschäftigung wurde eher pessimistisch beurteilt: Die aktuelle Arbeitsmarktentwicklung, die auch geringfügig Beschäftigte und Teilbeschäftigten ein immer höheres Maß an Arbeitsqualität, -dichte und Flexibilität abverlangt, und fehlende Mittel zur

professionellen Begleitung verschärften die Lage vieler Betroffener. Es bestand ein hoher Bedarf am Ausbau von Integrationsfirmen, sowie dem Finden kreativer wie flexibler Lösungen bei der Schaffung und Förderung niedrigschwelliger, wohnortnaher Arbeitsangebote. Ob die neugeschaffenen Integrationsfachdienste und Vermittlungsprojekte für Schwerbehinderte in dieser Hinsicht Entlastung schaffen würden, war noch weitgehend unklar. Das Gleiche galt für die durch das SGB IX geschaffene Möglichkeit einer Arbeitsassistenz für psychisch Kranke und einer Unterstützung durch die Servicestellen. Eine erste Bilanz sah teils ernüchternd aus: Die Servicestellen wurden nur wenig frequentiert und eine Umsetzung der Arbeitsassistenz über die Rentenversicherung entfiel in fast allen Fällen. Eine Ausnahme stellten die von den Krankenkassen getragenen Ergotherapie-Angebote dar, die eine niedrigschwellige und zeitnahe Unterstützung der Klienten am Arbeitsplatz ermöglichen.

Die Informationsbeschaffung über die veränderte Struktur der neu geschaffenen Stellen und deren Instrumente würde auch zukünftig ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der Fachgruppe sein, wie auch die politische Arbeit gegen einen Abbau der Reha-Maßnahmen.

2004–2007

Besonders im ambulanten ergotherapeutischen Bereich waren Veränderungen weithin spürbar: Die Streichung der Fahrtkostenübernahme, die Zuzahlungen und Begrenzungen der Heilmittelverordnung sorgten hier für finanziellen Druck auf die psychiatrisch Betroffenen, auch wenn sie durch die Zuzahlungsgrenzen und den Fortbestand der langfristigen ambulanten Ergotherapie-Verordnungen etwas entschärft wurden. Ein erhöhter Verwaltungsaufwand belastete zudem die Einrichtungen und die niedergelassenen Ärzte. Die Unklarheiten im Gesetz, mangelnde Information und die durch die Umsetzung des SGB II ab 01.01.2005 zwingend notwendige Unterscheidung zwischen erwerbsfähig und -unfähig, sich also dem Arbeitsmarkt auch unter widrigen Umständen zur Verfügung zu stellen oder „ausgesteuert“ zu werden, verschärften die Lage im Bezug auf Motivation und Möglichkeiten weiter. Als positiv wurde die Möglichkeit erkannt, dass sich für bislang im Sozialhilfebezug befindliche Personen über die Agentur für Arbeit oder über die Rentenversicherung (auf Basis der im ALG II enthaltenen Pflichtversicherung) langfristige Reha-Maßnahmen ermöglichen konnten.

Verschärfter Druck auf die Einrichtungen ergab sich nun auch aus den eng definierten Erfolgsstandards der Leistungsträger, die eine Vermittlung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zum fast alleinigen Qualitätsmerkmal erhoben. Alternative Beschäftigungen oder leichter erreichbare Teilziele (wie z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten) entfielen damit weitgehend als Reha-Ziele. Ein Problembewusstsein seitens der Leistungsträger war dahingehend noch zu schaffen.

Dem allgemein niedrigen Beratungsstandard im Bezug auf Rehabilitation seitens der Agentur für Arbeit und der ARGE, Folge des schnell erfolgten Um- bzw. Aufbaus, wurde mit einer Vernetzung der Fachgruppe zu Mitarbeitern der beiden Institutionen begegnet, die über die Jahre beständig weiter ausgebaut wurde. Ähnliches galt für die Servicestellen, die in der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt wurde.

Zur verbesserten Integration in den Arbeitsmarkt nach Abschluss einer Maßnahme wurden in diesen Jahren diverse Stellen eingerichtet: In den Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte wurde 2007 der IFD Vermittlung implementiert, in den Werkstätten für behinderte Menschen wurden sog. Qualifizierungs- und Vermittlungs-Dienste (QVDs) nach erfolgreicher Testphase eingerichtet

und ins Konzept integriert. In Isernhagen entstand unter Leitung der Pestalozzi-Werkstatt eine neue Betriebsstätte mit 40 Plätzen für seelisch Behinderte, die trotz damit einhergehender Entgeltreduzierung auf Seite des Trägers eine Teilzeitbeschäftigung ermöglicht und somit einen bestehenden Bedarf der in Frage kommenden Personengruppe deckt. Das allgemein als „gut“ bewertete Angebots-Portfolio (die bedarfsgerechte Flexibilität und die kurzen Bearbeitungs- und Wartezeiten wurden mehrfach positiv erwähnt) der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) wurde damit nochmals erweitert. Auf ein positives Echo stießen auch die Bemühungen um einen Ausbau der Außenarbeitsplätze. Von einer allgemein befriedigenden Lösung des Problems der fehlenden flexiblen Arbeitsmöglichkeiten sah man sich dennoch weit entfernt, nicht zuletzt mangels sozialrechtlicher Grundlagen.

Zur allgemeinen Information wurde 2007 die „Psychiatrie-Woche“ unter dem Motto „Arbeit für psychisch Kranke!“ veranstaltet. Die Veranstaltung informierte über die Möglichkeiten, Zuständigkeiten und Probleme der Maßnahmen und Institutionen der Region und war gut besucht. Es ergaben sich Anregungen für die Arbeit der Fachgruppe, auch wenn das Feedback seitens der Wirtschaft und Betriebe sehr zurückhaltend war. Zudem wurde die Veröffentlichung eines Reha-Führers für psychisch Kranke nach Vorbild des „Kölner Kompass“ angestoßen, um einen besseren Überblick über die Reha-Landschaft der Region zu vermitteln.

2008–2012

Der Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit und das Vorantreiben der Vernetzung, sowohl untereinander als auch mit externen Stellen, bildeten neben der Organisation von Fachvorträgen weiterhin den Schwerpunkt der Fachgruppenarbeit.

Mit dem reha-scout wurde der bereits erwähnte Reha-Führer speziell für Hannover und die Region geschaffen, der einen Überblick über die örtliche Rehabilitationslandschaft gibt. Unterteilt in verschiedene Stadien des Rehabilitationsbedarfs ermöglicht der reha-scout eine Orientierungsmöglichkeit durch Fallbeispiele und anschließende Beschreibungen der dementsprechenden Leistungsangebote.

Die Drucklegung der 2. Auflage befindet sich aktuell in Vorbereitung. Die Aktualisierung wird dabei durch die Pflege der Online-Version des „reha-scouts“ (veröffentlicht auf der Homepage des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover) gewährleistet.

Neben Fachvorträgen im Rahmen der Fachgruppentreffen wurde 2009 die zweitägige Tagung „Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit“ im Haus der Region Hannover organisiert und durchgeführt. Zielgruppe waren betriebliche Führungskräfte, Personalverantwortliche, Betriebs- und Personalräte, Ärzte, Psychiatrieerfahrene und Beschäftigte psychiatrischer Institutionen und Einrichtungen. Hauptthemen waren der Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern und die Prävention psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz sowie die Aufklärung über die Möglichkeiten der Zuverdienstarbeit für seelisch erkrankte Menschen, sowohl aus der Perspektive von Arbeitgebern wie -nehmern. Zentral war dabei die Betrachtung anderer Regionen die bereits Versorgungsvereinbarungen geschlossen haben und welche Wege sich dadurch für die Region Hannover aufzeigen. Begleitet wurde die Veranstaltung durch eine Info-Börse, in der sich mehrere Einrichtungen dem Fachpublikum vorstellen konnten. Das Echo auf die Veranstaltung war überwiegend positiv, eine Wiederholung ist angedacht.

Neben dem Dauerthema der Zuverdienstmöglichkeiten seelisch kranker Menschen wurden die Anforderungen, die seelisch Erkrankte mit Migrationshintergrund für das Reha-System bedeuten, als zukunftsweisend erkannt und behandelt.

Ein aktuell bearbeitetes Thema ist der Bereich des Job-Coachings für Menschen mit psychischen Einschränkungen die sich in Arbeit befinden, aber auf Grund ihres Status nicht durch den IFD begleitet werden können. Hierzu erwartet die Fachgruppe einen externen Fachmann zur Beratung um nach anschließender Bewertung der gegebenen Situation und des erforderlichen Bedarfs einen Bericht an den Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie abzugeben.

Trotz sinkender Teilnehmerzahlen an den Fachgruppentreffen wird die Arbeit der Fachgruppe aktuell durchweg positiv bewertet. Das Interesse an ihrer Arbeit und den Ergebnissen besteht weiterhin.

Anschrift des Verfassers:

Oliver Weidner · KRH Psychiatrie Langenhagen · ErA Praxis für Ergotherapie · Deisterstr. 17B
30449 Hannover · E-Mail: oliver.weidner@krh.eu

Stellungnahme der Fachgruppe „Dokumentation“

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der 1997 beschlossenen Novelle des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (NPsychKG) wurden die Landkreise und kreisfreien Städte zu zwei Neuerungen verpflichtet: In § 8 wird ihnen aufgetragen, einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) zu bilden, und in § 9 heißt es: „Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Der Sozialpsychiatrische Plan ist laufend fortzuschreiben.“

Der erste Plan kam im Dezember 1999 heraus und galt für das Jahr 2000. Mit der Gründung der Region Hannover wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) von Stadt und Landkreis Hannover Ende 2001 zusammengefasst, aber den Sozialpsychiatrischen Plan gaben die SpDi auch vorher schon gemeinsam heraus. Unterstützend wirkt hierbei die Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ (FG Doku) des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, der seinerseits erst den Gliederungsentwurf beschließt und dann den Plan selbst diskutiert.

In der FG Doku engagieren sich in beeindruckender Kontinuität Leitung und Mitarbeitende des SpDi sowie weitere Interessierte und Gäste aus dem SpV (Tabelle). Vertreten ist insbesondere auch die Psychiatriekoordination der Region (bis 2001: Landeshauptstadt und Landkreis Hannover) und die sozialpsychiatrische Beratungsstelle des SpDi für Kinder und Jugendliche. Bis zur Auflösung der Bezirksregierungen in Niedersachsen nahm auch die Leitung des für die Fachaufsicht der SpDi zuständigen Gesundheitsdezernats als Gast an den Treffen der Fachgruppe teil. Die Leitung der Fachgruppe hat Herr Elgeti übernommen.

Tabelle: Mitglieder der Fachgruppe und Zahl der Treffen pro Jahr

Jahr	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
SpDi-Leitung	Wörnle					Sueße								
	Gephart													
Psychiatrie- koordination	Schlieckau													
	Hoppe													
KJP-BS	Link			Lohl		Pohl								
				Engelmann		Eller								
Bezirksregierung	Apel		Vogel											
weitere Mitglieder	Koch													
	Elgeti													
										Preis				
Zahl der Treffen	7	8	8	9	9	8	8	9	8	11	9	8	7	

Erst nach und nach gelang es, von einer Beschreibung des Ist-Zustandes bei den Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Region Hannover über die Identifikation von Schwachstellen hier und da auch zu Vereinbarungen zu kommen, die den Namen „Plan“ wirklich verdienen. Indem immer wieder aktuelle Problemlagen in Beiträgen zu einem Schwerpunktthema aufgegriffen wurden, konnten jedoch ebenfalls wichtige Impulse für die Qualitätsentwicklung von Hilfen gegeben werden. Darüber hinaus regt auch die regelmäßige Veröffentlichung von Jahresberichten die verschiedenen Gremien des Verbundes dazu an, kritisch auf die zurückliegende Tätigkeit zu blicken und diese für die nächste Zeit ggf. neu auszurichten.

Gleich zu Beginn wurde festgelegt, dass es für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien einen eigenen Sonderteil in jedem Plan geben soll. Bei einem gemeinsamen Rückblick von derzeitigen und ehemaligen Mitgliedern der Fachgruppe am 11.10.2012 wurde diese Entscheidung neben der jährlichen Herausgabe eines Plans und der regelmäßigen Bearbeitung eines aktuellen Schwerpunktthemas als wegweisend und vorbildlich angesehen. Die Mitarbeit in der Fachgruppe wird als stets gewinnbringend beschrieben. Nicht unwichtig sind dabei zuverlässige Abhaltung und Protokollierung der Treffen, Informationsaustausch über Angelegenheiten jenseits je eigener Schwerpunkte, gute Atmosphäre und anregende Gespräche im Teilnehmerkreis. Schön ist das Gefühl, mit dem jährlich erscheinenden Plan ein Produkt der gemeinsamen Arbeit auch „handgreiflich“ vor sich zu haben.

Neben den Inhalten sind auch die Lesbarkeit (d. h. die Sprache der Beiträge) und die Gestaltung der Hefte Gebiete, auf denen wir über die Jahre in kleinen Schritten vorangekommen sind. Zu wünschen übrig lässt noch die Beteiligung der Einrichtungsträger an der regionalen Berichterstattung, die seit der Gründung des Verbundes ein integraler Bestandteil unserer Strategie zur Qualitätsentwicklung der Gemeindepsychiatrie in Hannover ist.

Schaut man sich die bisher veröffentlichten 13 Pläne noch einmal an, findet man viel Fortschritt in Form und Inhalt, daneben auch manches, das sich von Anfang an bewährt hat und inzwischen zur guten Tradition geworden ist. Seit dem SpP 2001 steht ein Abschnitt „Einleitung, Bewertung und Ausblick“ am Anfang des Heftes, verfasst vom Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes als Herausgeber. Seit dem SpP 2004 folgen als Ausdruck des im Verbund gelebten Dialogs direkt im Anschluss daran Stellungnahmen der Nutzer, das heißt der Selbsthilfe-Initiativen der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen. Seit 2007 wird die aktuelle Liste der Angebotsformen und Einrichtungen als gesonderte Broschüre, aber gleichzeitig mit dem Plan veröffentlicht.

Den Kern eines Planes bildet ein jedes Mal wechselndes Schwerpunktthema, zu dem verschiedene Experten Beiträge liefern. Es begann 2000 mit einer Bestandsaufnahme der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Stadt und Landkreis Hannover, 2001 und 2004 wurde das damals viel Konfliktstoff bergende Thema der Hilfekonferenzen zur Planung von Eingliederungshilfen gemäß BSHG bzw. SGB XII diskutiert. Die ambulante Behandlung bildete den Schwerpunkt 2002, die klinischstationäre Versorgung 2003. 2006 ging es um die Gerontopsychiatrie, 2007 um die „vergessenen“ psychisch kranken Menschen unter den Obdachlosen, in Asylanten-Heimen und im Strafvollzug. Von verschiedenen Seiten wurde immer wieder die schwer zu fassende Problematik der Versorgungsqualität und Qualitätsentwicklung der Hilfen behandelt – 2005 war das auch Themenschwerpunkt.

Im SpP 2008 wurden zwei aktuelle Themen im Grenzbereich zwischen der Erwachsenen- und der Kinder-Jugend-Psychiatrie erörtert: Zum einen wurden die Notlagen von Kindern psychisch kranker Eltern beleuchtet und dabei Erfolg versprechende Initiativen in der Stadt Hannover und anderswo vorgestellt, die hier Unterstützung und Abhilfe anbieten. Zum anderen ging es um die zunehmenden Probleme an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Kostenträgern bei den Hilfen für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 18 und 27 Jahren. Die Schwerpunktthemen für die Jahre 2009 bis 2012 lauteten: Arbeit für psychisch Kranke, Krisen und Notfälle, Suchtkrankenversorgung sowie zuletzt Psychopharmakotherapie im sozialpsychiatrischen Kontext.

Wem an einer Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch Kranke im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover gelegen ist, muss geduldig, flexibel und hartnäckig, offenherzig und mit Geschick „dicke Bretter bohren“. Viele verschiedene Partikularinteressen müssen berücksichtigt werden und dürfen doch nicht die Sorge um die Bedürfnisse der Nutzer und um das Gemeinwohl in den Hintergrund drängen. Ein jährlich fortzuschreibender Sozialpsychiatrischer Plan und eine entsprechend organisierte regionale Psychiatrieberichterstattung ist dabei ein wichtiges Instrument, ersetzt aber selbstverständlich nicht die Bereitschaft aller Akteure, Bewährtes zu verteidigen, Schlechtes zu verbessern und Unpassendes zu verändern. Konflikte müssen dabei ausgetragen und ausgehalten werden; das gelingt aber nur, wenn die Bereitschaft zum Konsens auf allen Seiten lebendig bleibt. Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover kann stolz darauf sein, an diesen Aufgaben bisher nicht verzweifelt zu sein.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

Stellungnahme der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe „Forensische Psychiatrie – Prävention und Nachsorge für psychisch Kranke im Maßregelvollzug“ wurde im Jahr 2003 eingerichtet, kann also auf eine aktuell 10jährige Tätigkeit zurückblicken. Anhand ausführlicher Fallvorstellungen werden dort regelmäßig (alle 2 Monate) Fragen der primären forensischen Prävention, also Verhinderung einer Straffälligkeit und nachfolgender forensischen Patientenkarriere, sowie der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten in die Gemeindepsychiatrie diskutiert.

Unser Appell, das „Stiefkind“ Forensische Psychiatrie stärker in den Verbund und die Gemeindepsychiatrie zu integrieren bzw. die Botschaft, die Auseinandersetzung mit Zwang und Kontrolle nicht nur als unliebsamen, sondern auch notwendigen und produktiven Bestandteil der Arbeit in der Psychiatrie zu verstehen, traf und trifft in irgendeiner Weise das sozialpsychiatrische Gewissen vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem stationären und ambulanten Versorgungssystem und beschert uns Wahrnehmung, aber auch ein überdurchschnittlich großes Interesse.

Um es gleich vorwegzunehmen: fast nirgends in Deutschland ist eine vergleichbare, so hervorragende Integration der Forensischen Psychiatrie in einen Sozialpsychiatrischen Verbund bzw. in die Gemeindepsychiatrie gelungen wie bei uns in Hannover. Damit wird eine wichtige Forderung der Psychiatrie-Enquete von 1975 umgesetzt. Inzwischen mehrten sich Nachfragen von Fachleuten aus anderen Bundesländern, die uns auf diesem Weg gerne folgen möchten. Das ist ermutigend!

Die große Resonanz könnte auch damit zusammenhängen, dass sich die Fachgruppe ganz wesentliche Kerngebiete der 1998 im Verbund formulierten Zielperspektiven auf die Fahne geschrieben hat: nämlich sich den schweren psychischen Erkrankungen und verbindlichen Hilfen für chronisch psychisch Kranke zu widmen. Die Thematik von Ausgrenzung und Stigmatisierung spricht die gesamte Psychiatrie an.

Die TeilnehmerInnen kommen aus der Forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzugs-Kliniken gemäß §63 und §64 StGB, Einrichtung des offenen Maßregelvollzugs in Hannover, Forensische Institutsambulanzen), sowie aus den regionalen Psychiatrischen Versorgungskliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen. Aber auch Anbieter (Wohnheime, WG, Betreutes Wohnen, Werkstätten, Tagesstätten, RPK), eine Betreuungsrichterin, Bewährungshelfer, rechtliche Betreuer, inzwischen ein Psychiater aus der JVA Hannover und zeitweise ein Psychiatrie-Erfahrener sowie Angehörigenvertreter waren oder sind dabei.

Rückblick

Die erste, auch kontrovers geführte Debatte nach Etablierung der Fachgruppe widmete sich der zunehmenden individuellen und strukturellen Forensifizierung allgemeinspsychiatrischer Patienten.

Folgende Hypothesen wurden diskutiert:

- Gibt es eine sukzessive Abschiebung der schwierigen Patienten der Gemeindepsychiatrie in die Forensik?
- Fallen die chronisch schwer mehrfach Erkrankten durch das sozialpsychiatrische Versorgungsnetz?

- Sind aggressive und gewalttätige Patienten gerade in reformorientierten psychiatrischen Kliniken unbeliebter?
- Führt eine auf Ambulantisierung, Freiwilligkeit, Partnerschaftlichkeit („Komm-Struktur“) und Pat.-Autonomie ausgerichtete Psychiatrie zu weniger Beachtung von Fremdgefährdungsaspekten?
- Verfügt die allgemeine Psychiatrie (noch) über ausreichendes Know-how zur Erkennung und Behandlung von Fremdgefährlichkeit?
- Ist somit das Wachstum des MRV (Zunahme der Pat. mit psychotischen Störungen, Komorbidität) die Kehrseite der sozialpsychiatrischen Reformen?

Die Diskussion über eine stärkere Berücksichtigung von Fremdgefährdungsaspekten mündete in die Gründung eines „Runden Tisches“ mit der regelmäßigen Vorstellung von Einzelkasuistiken von Risikopatienten der Allgemeinen Psychiatrie (Merkmale: Fremdgefährdung, Gewaltaspekte, Delinquenzrisiko). Patienten also aus allen Versorgungsbereichen, an der Schwelle zur Forensik, sowie ebenfalls Kasuistiken von ehemaligen forensischen Patienten, bei denen sich Probleme der Reintegration in das allgemeine psychiatrische Versorgungssystem abbildeten (z.B.: Probleme, geeignete WG- und Wohnheimplätze zu finden, Kommunikationsprobleme der Akteure, Dauer der Führungsaufsicht, Indikation für eine unbefristete Führungsaufsicht)

Es ist uns gelungen, ein Forum zu schaffen, wo anstelle einer rückwärtsgewandten Fehlersuche Mitarbeiter aus stationären, ambulanten und gemeindepsychiatrischen Kontexten in einer offenen und respektvollen Atmosphäre über eigene Ängste und Unsicherheiten sprechen und in einem offenen Dialog Ideen und neue Behandlungsperspektiven entwickeln können. Die multiprofessionelle Zusammensetzung ist genauso wertvoll wie die unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmer. Als schwieriger erwies es sich, die allgemeinspsychiatrischen regionalen Kliniken durchgängig einzubinden und dabei auch eine Diskussion über unterschiedliche Klinik- und Behandlungsstile zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der Fallvorstellungen lauteten zusammengefasst:

- Förderlich für eine Deeskalation ist eine klare Haltung, die gleichzeitig Akzeptanz und Grenzziehungen beinhaltet
- Rückzug und Ablehnung bzw. ein Ausstieg der Helfer gegenüber dem aggressiv-bedrohlichen Agieren des Patienten begünstigen oft erst eine Eskalation. Wir haben das bei einer Reihe von Kasuistiken nachzeichnen können. Ich habe das anlehnd an Beschreibungen über suizidale Systeme eine gewaltdeterminierte Trance genannt.
- Wenn an die Stelle einer „Institutions-Denke“ (sind wir überhaupt zuständig?...) Interesse an dem Patienten bzw. seiner Geschichte und eine respektvolle Haltung tritt, führt dies sehr oft bereits zu einer Deeskalation. Konstruktive therapeutische Lösungen gelingen sehr oft über die konkrete Bereitschaft engagierter Personen (statt Institutionen) und individuelle Unterstützungsangebote. Die Allgemeine Psychiatrie verfügt oft nicht (mehr) über ausreichende bauliche und personelle, aber auch konzeptuelle Ressourcen zu einer auch längerfristigen hochstrukturierten, geschützten stationären Behandlung
- Die Akzeptanz, dass Zwang und Kontrolle Bestandteil der psychiatrischen Arbeit sind, ist unterschiedlich ausgeprägt. Mitarbeiter reagieren häufiger individuell auf Aggression und Bedrohung mit Rückzug bis hin zu Krankmeldung
- Patienten mit schizophrenen Störungen weisen regelmäßig auch einen Substanzmittelabusus (Drogen/Alkohol) im Sinne einer Komorbidität auf

- Überdurchschnittlich häufig wurden in der Fachgruppe Patienten mit chronischen Wahnstörungen oder verfestigten Persönlichkeitspathologien vorgestellt. Wir erklären uns das damit, dass direkte Drohungen und Beleidigungen Signalcharakter haben, nicht nur kränken, sondern u.U. erhebliche Angst und Verunsicherung bei den Professionellen erzeugen.
- Umgekehrt bleibt die Frage, ob nicht erheblich höhere Risiken anderer Patienten, die sich weniger appellativ verhalten, unerkannt bleiben

Diskutiert wurden – oft auch kontrovers – Auswege, mittels derer sich Kliniken schwieriger, nicht tragbar erscheinender Patienten gewissermaßen entledigen konnten.

Infrage kommen dabei eine frühe Entlassung oder eine begrenzte Bereitschaft, eine längerfristige Rechtsgrundlage bei fehlender Freiwilligkeit zu schaffen. Nicht so selten fanden aber auch disziplinarische Entlassungen statt oder wurden Hausverbote ausgesprochen.

Bei den Fallvorstellungen fiel uns auf, dass die Behandelnden häufiger nur über wenige Infos im Hinblick auf frühere Straftaten oder frühere Übergriffe (auch im familiären Umfeld!) verfügten. Eine systematische Risikoeinschätzung der Gefährlichkeitsaspekte, vergleichbar etwa der zumeist sorgfältig erfolgenden Einschätzung des Suizidrisikos, oder der Risikoeinschätzungen in der Forensischen Psychiatrie erfolgte nur selten.

Auch die komplementären Einrichtungen haben – wenn auch subtilere – Möglichkeiten, schwierigen und unbeliebten Patienten den Zugang zu verwehren (z.B. Warteliste, Konzeptanforderungen, Bewerbungsschreiben)

Häufiger entstand der Eindruck, dass die Allgemeine Psychiatrie die Zuständigkeit für den Umgang mit Gewalt und Zwang lieber auf die Forensischen Experten verlagern möchte. Insbesondere zu Anfang waren einige Teilnehmer erstaunt, dass bei Eskalation und Gewaltandrohung nicht gleich eine Übernahme in die Forensik möglich war. Zum Teil bildeten sich auch erkennbare Vorbehalte gegenüber der Übernahme von Kontrollfunktionen bzw. autoritärer Rollenanteile ab.

In der Diskussion mit Betreuungsrichtern widmeten wir uns Fällen, in denen es zur Eskalation kam, nachdem die rechtliche Betreuung wegen Unbetreubarkeit aufgehoben wurde. Gelegentlich erschien uns die Auslegung des Gefahrenbegriffs des PsychKGs und die Anwendung des Betreuungsrechtes als so eng, dass eine erhebliche Lücke zur strafrechtlichen Unterbringung erkennbar wurde. (ein Streit über die Notwendigkeit einer zwei oder dreiwöchigen stationären Behandlung auf einer Akutstation der AP mündete dann nach früher Entlassung in eine mehrjährige forensische Unterbringung) In Einzelfällen wurde dabei erst mit der Unterbringung in der Forensische Psychiatrie erstmals eine Rechtsgrundlage für eine medikamentöse Behandlung gegen den Willen des Betroffenen geschaffen.

Auch die früher möglichen ambulanten Weisungen aus dem NPsychKG fielen weg.

Konsequenzen aus der Debatte waren:

- Angebot spezifischer Fort- und Weiterbildung an die Allgemeine Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Einrichtungen
- Diskussionsveranstaltungen mit Betreuungsrichtern und Strafrichtern
- Regelmäßige Veranstaltung multiprofessionell ausgerichtete überregionaler Fachtagungen zu den Themen Forensische Nachsorge und Umgang mit Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

- Stärkung der Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe und Führungsaufsicht (gemeinsame Fortbildungen, Supervisionsangebot)
- Diskussion über Umgang mit strafrechtlicher Verfolgung gewalttätiger intramuraler Übergriffe in der Allgemeinen Psychiatrie (Spaltungsphänomene zwischen den Berufsgruppen: Pflege registriert eher instrumentelle Gewalt („mit Absicht“), Ärzte neigen zur Exkulpierung („krankhaft“). Nach einem gewalttätigen Vorfall möchten die einen verlegen und anzeigen, die anderen behandeln)
Entwicklung einer Leitlinie: wer zeigt an, was wird angezeigt (Kein rechtsfreier Raum!).
- Komplexe Diskussion über Gewaltprävention bei Obdachlosigkeit, aktueller Versuch der Einflussnahme im politischen Feld bei einer Neuordnung der Hilfsangebote Obdach-/Wohnungslosenhilfe)
- Diskussionen über aktuelle Themen wie Reform der Führungsaufsicht, Therapieunterbringungsgesetz und derzeit der Zwangsbehandlung
- Diskussion zur §67h-Krisenintervention: Fallvorstellungen und Erweckung der Gerichte bzgl. eines angemessenen Notfalltempos: Zuständigkeitsklärung zwischen Sektorklinik und Maßregelvollzug
- Entwicklung einer Arbeitshilfe zur Erkennung von Fremdgefährlichkeit
(Fokus: Wie kann die allgemeine Psychiatrie stärker sensibilisiert werden für Gewalt- und Fremdgefährungsrisiken?) Kernstück dieser Arbeitshilfe sind Fragen an Patienten oder Personen aus ihrem Umfeld. Sie dienen der Informationsgewinnung und sollen helfen, Fremdgefährungsrisiken besser abzuschätzen. Sie schließen Themen ein, die aus Scham- oder Schuldgefühlen oft vermieden werden. Zwar orientieren sich an den aus der forensischen Forschung bekannten Risikofaktoren, sollen die Anwender gleichzeitig niedrigschwelliger erreichen als die Prognosechecklisten.

Sie wurden in einem Gegenstromverfahren unter Beteiligung aller regionalen Fachkliniken entwickelt und wollen die Behandler sensibilisieren und dazu beitragen, die Thematik zu enttabuisieren. Die Arbeitshilfe ist stationär, ambulant, komplementär anwendbar. Es werden keine Punktzahlen wie bei Checklisten vergeben. Kriminologische Basisbefunde schizophrener gestörter Patienten sind als Merkposten auf einem Extrablatt dokumentiert. Die Profis entscheiden, wann sie die Arbeitshilfe bei wem einsetzen.

Die Debatte über Forensifizierung hat in der Rückschau den Dialog zwischen stationärer Allgemeiner und Forensischer Psychiatrie zumindest teilweise belastet. Die zunehmende Ökonomisierung, der Druck der Kostenträger und die beständig engere Auslegung des Gefahrenbegriffs im PsychKG und Betreuungsrecht durch Gerichte und Obergerichte schränken die Behandlungsmöglichkeiten in der stationären alltagspsychiatrischen Versorgungslandschaft immer mehr ein. Für die Behandler, inzwischen bei konkurrierenden privaten Klinikbetreibern tätig, entsteht bei solchen Fallvorstellungen schnell ein unangemessener Rechtfertigungsdruck. Insofern verlangt die Moderation solcher Diskussionen erhebliches Fingerspitzengefühl und ein Verständnis für diese Nöte.

Auch das von Forensischen Psychiatern so gern zitierte Ergebnis der internationalen forensischen Aftercare-Studie, wonach 80 % der forensischen Patienten zuvor oft mehrfach in der Allgemeinpsychiatrie behandelt wurden und dieses Zeitfenster nicht ausreichend zur forensischen Prävention genutzt wurde, lässt offen, ob die in der Allgemeinpsychiatrie Tätigen diese Chancen zu wenig genutzt haben, oder angesichts der überwältigend häufig zugrunde liegenden Komorbidität von Psychose und Sucht unter den bestehenden rechtlichen und gesellschafts- und psychiatriepolitischen Rahmenbedingungen eben kaum mehr Chancen für eine nachhaltigere therapeutische Intervention bestanden.

Schulduzuweisungen sind bekanntlich nicht hilfreich. Die Rahmenbedingungen der Allgemeinen Psychiatrie werden nicht zuletzt mit neuen Entgeltsystemen und ökonomischen Daumenschrauben ungünstiger. Die forensischen Psychiater müssen sich auch fragen lassen, ob sie nicht nur gute Prognosen stellen, sondern auch realistisch einschätzen können, was die Allgemeine Psychiatrie noch leisten kann.

Im Ergebnis hat der Diskurs über die Forensifizierung nicht unerheblich dazu beigetragen, die Durchlässigkeit der traditionellen Trennlinien zwischen forensischer und allgemeinspsychiatrischer Versorgung zu erhöhen und die Abstimmung zwischen den „Systemen“ allgemeine und forensische Psychiatrie zu verbessern.

Im gegenseitigen Dialog, in einer fruchtbaren Kooperation, können die Forensiker akzeptieren, dass eben nicht alles zu kontrollieren ist, oder den Nutzen systemischer Interventionen, von Gemeindeförderung und familiären Bezügen bzw. Familienberatung noch mehr schätzen lernen. Im Gegenzug kann die allgemeine Psychiatrie aus der Forensik nicht nur ein besseres Risikomanagement in Bezug auf Fremdgefährlichkeit und Deeskalation sowie ein kriminologisches Basiswissen abschauen, sondern lernt, dass es für eine gute Behandlung gerade der chronisch psychisch Kranken auf ein verlässliches und belastbares Gegenüber, konsistente und eine längerfristige Zeitperspektive berücksichtigende Therapiekonzepte ankommt, die eben auch Grenzziehungen, geltende Gesetze, Regeln, Halt und verlässliche Strukturen in ihrer Bedeutung anerkennen und einsetzen.

Etwa 30-40 in den vergangenen Jahren in der Fachgruppe vorgetragene ausführliche Fallvorstellungen und konsiliarische Beratungen mögen – vorsichtig gesagt – einige Patienten vor der Forensik bewahrt haben. Größeren Einfluss auf die Kapazitätsentwicklung und den Rückgang der Unterbringungen gemäß § 63 StGB hat jedoch die in den letzten Jahren enorm verbesserte forensische Nachsorge. Die Fachgruppenarbeit hat in der Region Hannover erheblich zu einer besseren Vernetzung mit einer wachsenden Zahl von ambulanten und teilstationären Anbietern aus der Gemeindepsychiatrie beigetragen. Aus der Fachgruppenarbeit heraus konnten neue Angebotsformen bzw. Konzepte von aus der Allgemeinen und Forensischen Psychiatrie gemischt belegten Wohngemeinschaften entwickelt werden. Auch mit Werkstätten für seelisch Behinderte ist eine sehr intensive Kooperation gewachsen.

Die in unserer Fachgruppe vorgestellten Kasuistiken haben eindrucksvoll gezeigt, welchen Stellenwert die Vorbereitung eines Probewohnens durch enge Kooperation und Kommunikation zwischen Klinik und Einrichtung bereits im Vorfeld hat. Ein guter Informationsfluss (Klartext bzgl. Vorgeschichte und Delikt) klare – auch schriftlich fixierte – Verantwortlichkeiten sowie eine breite fachliche Unterstützung tragen wie auch über die Fachgruppe vermittelte Fortbildung und Supervision für die Mitarbeiter sehr dazu bei, Ängste und Vorbehalte abzubauen.

Inzwischen hat sich überall herum gesprochen, dass die aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug entlassenen Patienten gut behandelt sind und eine engmaschige weitere Begleitung – auch der MitarbeiterInnen – stattfindet

Als in Niedersachsen 2006 Forensische Institutsambulanzen etabliert wurden, hat die schon zuvor aufgenommene Fachgruppenarbeit deren regionalen Ausbau sehr unterstützt.

Das aktuelle Fazit nach nunmehr 10jähriger Fachgruppenarbeit lautet:

- Die Akzeptanz, dass Aggressivität, Zwang und Kontrolle Bestandteil der Arbeit in der Psychiatrie sind, steigt wieder
- Die Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und Gewalt nehmen zu
- Die Kommunikation, der Dialog zwischen Allgemeiner und Forensischer Psychiatrie wird intensiver, Know how wird mehr abgefragt
- Die Vernetzung in der Nachsorge ist inzwischen hervorragend
- Entlassungsmöglichkeiten aus der Forensischen Psychiatrie sind vielfältiger
- Das Vertrauen in der Zusammenarbeit hoch

Wir gewinnen den Eindruck, dass der Ruf nach der Forensik als letztem Ausweg bei verbesserter Kenntnis, Kompetenz und wachsender Unterstützung bzw. Handlungsmöglichkeiten leiser wird. Die Skepsis, ob nicht fortschreitende Ökonomisierung und neue Entgeltsysteme in der Allgemeinen Psychiatrie die Ressourcen dort noch stärker beschneiden, erscheint nachvollziehbar.

Ausblick

Aktuell beschäftigt uns die Debatte um die Voraussetzungen der medikamentösen Zwangsbehandlung. Nach einem Beschluss des BVerfG vom März 2011 fehlt in vielen Bundesländern, auch in Niedersachsen, eine Rechtsgrundlage für eine med. Zwangsbehandlung in der Forensik. Der Beschluss, der Einschränkungen und kontrollierbare Verfahrensregeln anmahnt, hat aber auch Auswirkungen auf das Betreuungsrecht (seit Anfang 2013 haben wir ein novelliertes Gesetz) und die Unterbringungsgesetze der Länder (die PsychKG-Novellierung steht in Niedersachsen noch aus).

In allen Bereichen haben wir lernen müssen, mit einer Situation umzugehen, in der pharmakologische Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen (außer zur Gefahrenabwehr) über einen längeren Zeitraum nicht möglich sind. Die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten bedeutet gerade für die Behandlungskultur der Forensischen Psychiatrie eine neue Chance eines geringeren Machtgefälles, von mehr Augenhöhe und (noch) mehr Respekt vor der Patientenautonomie.

Der Beschluss des Verfassungsgerichtes spiegelt eine veränderte rechtliche und gesellschaftspolitische Gewichtung der Grundrechte. Es geht um das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Freiheitsrecht, aber auch auf das vom höchsten Gericht bestätigte Recht auf Krankheit.

In der Allgemeinpsychiatrie vollzieht sich auch damit ein Abschied von Aspekten der Sozialpsychiatrie, die rückblickend als vielleicht gelegentlich zu überbehütend wahrgenommen wird (sie wusste für jeden ihr folgenden Patienten, was für ihn gut ist und wollte ihn oft frühzeitig vor frustrierenden Erlebnissen des Scheiterns bewahren. Vielleicht hat sie ihm auch zu wenig zugeutraut.)

Es gibt die Befürchtung, dass bei mehr Autonomie und Experimentierfreude (von der sicher eine die allermeisten Patienten profitieren), aber auch zu geringer nachgehender, aufsuchender ambulanter Nachsorge eine neue, noch ausgeprägtere Welle der Forensifizierung auf uns zukommt. Die Forensischen Psychiater werden sich damit auseinandersetzen müssen, einen kleineren Teil ihrer nicht einwilligungsfähigen weil psychotisch erkrankten Patienten nicht mehr medikamentöse nach

den Regeln der Heilkunst behandeln zu können. Sie befinden sich in einem Konflikt zwischen dem Vorwurf der Körperverletzung und der unterlassenen Hilfeleistung.

Zur Bewältigung dieser Problemfelder wird es besonders auf einen kritischen Dialog mit der allgemeinen Psychiatrie ankommen.

Wir TeilnehmerInnen der Fachgruppe sind uns einig, auch künftig konkrete „Fälle“, Patienten, direkt am Runden Tisch bearbeiten zu wollen. Alle TeilnehmerInnen schätzen diesen praxis- und patientenbezogenen Zugang und die fest stets gelingende Erweiterung von Perspektiven und Optionen in hohem Maß.

Dem Wunsch vieler TeilnehmerInnen aus komplementären und ambulanten Feldern entsprechend werden wir uns verstärkt dem Thema der Vernetzung mit den Anbietern der Nachsorge und der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten in das Versorgungssystem widmen. Ein besonders sensibler und oft auch schwieriger Abschnitt ist das Ende der Führungsaufsicht und Bewährungszeit, der mit einem Wegfall von Kontrolle, aber auch von Unterstützung verbunden ist. In diesem Zusammenhang werden wir versuchen, Kriterien für die (seltene) Anwendung des Instrumentes der unbefristeten Führungsaufsicht zu diskutieren bzw. zu entwickeln.

Im Interesse eines Trialoges ist künftig auch wieder eine Beteiligung eines interessierten Vertreters der Psychiatrie-Erfahrenen und aus den Reihen der Angehörigen wünschenswert.

Die 2012 begonnene Beschäftigung mit einer anderen wichtigen und vernachlässigten Gruppe, den psychisch Kranken im Justizvollzug, werden wir fortsetzen und intensivieren. Die Vernetzung dieses Arbeitsgebietes mit dem Versorgungssystem steckt, auch hinsichtlich der Wiedereingliederung von Strafgefangenen, noch in den Kinderschuhen.

Es bleibt unser Hauptanliegen, das so konstruktive, respektvolle, engagierte Arbeitsgruppenklima und den fruchtbaren Dialog fortzuführen. Wir haben in den vergangenen 10 Jahren sehr viel erreichen können, es gibt gleichzeitig genug neue Herausforderungen unter künftig wohl (noch) schwieriger werdenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen!

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

Stellungnahme der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“

von Susanne Batram (*Sprecherin der Fachgruppe*)

Die Problematik, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung mindestens genauso oft, wahrscheinlich aber sogar sehr viel häufiger an einer psychischen Störung erkranken, die Symptome von den „Standards“ abweichen und auch die Behandlung eines besonderen Vorgehens bedarf, machte und macht eine spezielle Kenntnis und explizite Angebote für diesen Personenkreis zwingend notwendig. Leider gibt es in der Region Hannover keine spezialisierten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Angebote für diesen Personenkreis.

Auf 15 Jahre können wir noch nicht zurückblicken, aber immerhin schon auf über fünf Jahre gemeinsame Arbeit:

Nach einem Impulsvortrag zum Thema „geistige Behinderung und psychische Störungen“ im März 2007 im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie erfolgte die Zuordnung zu der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, diese erwies sich aber als inhaltlich unpassend. Die kleine Arbeitsgruppe traf sich nun regelmäßig in einem halboffiziellen Rahmen, schnell wuchs die Anzahl der Teilnehmer. Erst im Oktober 2008 wurde die offizielle, eigenständige Fachgruppe gegründet, alle zwei Monate finden im Haus der Region Treffen statt.

Sicherlich ist ein Grund für den langen Vorlauf der Fachgruppengründung, dass der Bereich „Menschen mit einer geistigen Behinderung/Intelligenzminderung“ zunächst im Fachverbund der Region Hannover als nicht zugehörig zur psychiatrischen Versorgung betrachtet wurde. Es bedurfte verschiedener externer Experten wie Herrn. Winkelmann, Leiter der geschlossenen Station für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen in Osnabrück und dem Leiter des Psychologischen Dienstes der Komplexeinrichtung Neuerkerode Herrn. Michels, um für diese Problematik genügend Einvernehmen herstellen zu können.

Aus Sicht der Fachgruppe ist dieses Thema im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie wichtig und richtig platziert und wird mit der Zeit hoffentlich auch eine Verbesserung in der Versorgung mit sich bringen.

Das Interesse an diesem speziellen Thema besteht von vielen Seiten. Dieses spiegelt sich auch bei den Teilnehmern der Fachgruppe wieder: Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Wohnheime, ambulante Wohnbetreuungen, das Team Behindertenberatung Hannover, Komplexeinrichtungen u.v.m. sind hier vertreten, aber auch Anbieter mit dem Schwerpunkt körperliche Behinderungen beteiligen sich, da auch hier die Problematik der fehlenden geeigneten psychiatrischen Versorgung ähnlich erscheint.

Neben vielen anderen Zielen wollten wir unsere Vernetzung verbessern – dieses ist gut gelungen. Das Wissen um Anbieter im näheren und weiteren Umfeld wurde durch regelmäßige Exkursionen deutlich erweitert. So hat die Fachgruppe die Evangelische Stiftung Neuerkerode, das Beratungszentrum Alsterdorf, das „Gartenhaus“ in Osnabrück, die geschlossene Spezial-Station für o.g. Personenkreis in Göttingen, die Komplexeinrichtung in Heiligenhafen, aber auch verschiedene – wenn auch nicht psychiatrische – Angebote der Einrichtungen von Fachgruppenteilnehmerinnen kennengelernt. Um Fachfragen zu klären wurden verschiedene Experten geladen: u.a. der Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsens Herrn Dr. Könning, der Behindertenbeauftragte der Region Hannover Herrn Brehmer, die Richterinnen Frau Lühr, Herrn Dr. Elgeti, Frau Wierzuk vom Jobcenter, Frau Prof. Dr. Mattke von der FH.

Die gute Vernetzung in der Fachgruppe und das vorhandene Know-how bzgl. spezialisierter Angebote hat sich bereits bewährt: Es konnten verschiedene Anfragen von Fachkollegen und Angehörigen aus ganz Niedersachsen hilfreich beantwortet werden. Ein erster Schritt für ein spezialisiertes Angebot in Hannover war gemacht, als die MHH als Projekt eine Kooperation mit den Hannoverischen Werkstätten, einer WfbM, initialisierte. Eine Behandlung kann dort leider nicht erfolgen, sondern nur eine Beratung und Behandlungsempfehlung. Dieses Projekt muss weiter ausgebaut werden, so sollten in Zukunft auch andere Einrichtungen auf dieses Angebot zurückgreifen können. Dennoch war das ein Anfang zur Verbesserung in der Versorgungsqualität in der Psychiatrie, da sich aus Sicht der Fachgruppe die Regelversorgung dem o.g. Personenkreis mehr und mehr öffnet.

Spezialisierte therapeutische ambulante Angebote fehlen dennoch und sind weiterhin ein Ziel, welches die Fachgruppe verfolgt.

Die Fachgruppe hat sich mit der Problematik auseinandergesetzt, dass sich mit den bestehenden Systemen zur Hilfebedarfsermittlung – HMB-T/W und Schlichhorst-Modell – nicht der tatsächliche Hilfebedarf für Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung abbilden lässt. Deshalb hat die Fachgruppe eine Eingabe gemacht, die unter anderem an das Sozialministerium und den Fachbereich Soziales etc. ging. Die Eingabe wurde zur Gemeinsamen Kommission der Landesarbeitsgemeinschaft zum Landesrahmenvertrag weitergeleitet. Diese schlägt vor, die Eingabe der Fachgruppe als Grundlage zur Evaluation des Einstufungsverfahrens wie auch des Schlichtungsverfahrens zu verwenden. Die Fachgruppe hat hierfür ihre Unterstützung angeboten.

Die Einrichtung eines Expertentreffen mit Mitgliedern aus ganz Niedersachsen zum Thema „Intelligenzgeminderte Behinderte mit psychischen Erkrankungen“ (IBP) im Sozialministerium, zu der auch die Sprecherin der Fachgruppe eingeladen wurde, wird von der Fachgruppe sehr positiv bewertet. In der Expertenrunde wurde die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen und die Verbesserung von Fortbildungsangeboten in Niedersachsen besprochen, weitere Treffen und konkrete Handlungsschritte sind in Planung. Ein weiterer Schritt zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der obengenannten Personengruppe könnte eine Umfrage vom Sozialministerium zur Analyse des aktuellen Versorgungsstandes an versorgende Einrichtungen und den sozialpsychiatrischen Diensten/ Verbänden in Niedersachsen sein.

Es freut uns sehr, dass es der Fachgruppe gelungen ist, insgesamt eine größere Aufmerksamkeit für diesen speziellen Personenkreis herzustellen.

Ausblick

Um weiter auf unsere Anliegen aufmerksam zu machen und Kooperationen zu erschließen suchen wir auch in Zukunft den Kontakt zu den niedergelassenen Psychiatern, der Selbsthilfe, der Behindertenbeauftragten der Stadt Hannover, den psychiatrischen Kliniken und werden diese in unsere Fachgruppe einladen, um gemeinsam unsere Anliegen zu erörtern.

Es besteht weiterhin der dringende Bedarf nach einer qualifizierten psychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung. Sinnvoll wäre ein spezialisiertes Angebot mit Institutsambulanz, geschlossener psychiatrischer Station wie auch ein multiprofessionelles Beratungsangebot aus Psychiatern, Psychologen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen und Krankenpflege. Hierfür wird sich die Fachgruppe weiterhin einsetzen. Eine notwendige Internetpräsenz, um die gesammelten Informationen Hilfesuchenden und Kooperationsstellen leichter zur Verfügung zu stellen, war wegen fehlender Sponsoren bisher nicht realisierbar, hier wird dringend nach Unterstützern gesucht.

Politisch beabsichtigt die Fachgruppe weiterhin auf die Einhaltung der UN-Konventionen hinzuweisen und alle an den politischen Entscheidungen Beteiligten in Verbänden, Gremien und im Sozialministerium mit Hinweisen zu unterstützen.

Anschrift der Verfasserin:

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

E-Mail: susanne.batram@krh.eur.de



3. Tagungsort des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie – Rathaus Hannover

Stellungnahme der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“

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

- Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln ist noch jung.
- Aufmerksamkeit und Bemühungen (in Hannover) seit 1966 Prof. Kisker (Lehrstuhl Psychiatrie MHH)
- Voraussetzung für eine Psychiatriereform war Aufarbeitung der (Nazi) Vergangenheit
- Entwicklung der Neuroleptika
- Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
- 1970 Sachverständigenkommission Psychiatrie
- 1975 Bericht zur Lage der Psychiatrie = Psychiatrie Enquête 1975 (Stichworte: Therapie und Reha statt Verwahrung; Vernetzung u.a.)
- Während dieser Periode :
Bildung dezentraler BS des SpDi in jedem Sektor
Zentrale BS für psychisch kranke Kinder und Jugendliche
- Monatliche Treffen von Gesundheitsämtern, Kliniken, Gemeindepsychiatrie zu Koordinierungsgesprächen (Vorläufer für AK Gemeindepsychiatrie) mit Prof. Wulff wurde 1975 Abt. Sozialpsychiatrie an der MHH eingerichtet.
- 1978 Niedersächsisches Gesetz für psychisch Kranke (Novellierung 1997)
- 1997 Nennung der KJP im NdsPsychKG
- § 8 Nds PsychKG mit Aufgabe, Sozialpsychiatrischen Verbund zu gründen
- Entstehung von Fachbeirat-AK Gemeindepsychiatrie-Fachgruppen-Sektor-AGs.
- Erfassung der Dokumentation der Versorgungsstruktur
- Sozialpsychiatrischer Plan mit Zielvereinbarungen und Beschreibung der Entwicklung im gesamten (Sozial-)Psychiatriesektor

Sozialpsychiatrischer Plan 2000

Berichtet über den Bedarf und das Angebot an Hilfen
Instrument für Bedarfsplanung und Qualitätssicherung
Themenschwerpunkt im AKG seit 01.07.1998 (u.a.):
Einbeziehung KJP in Soz. Psych. Verbund.

Berücksichtigung aller die KJP umfassenden Bereiche: Prävention, Erkennung, Behandlung, Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen und bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten sowie die Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter.

Multiprofessionell und vernetzt arbeiten.

Beteiligung bei Entwicklung und Verbesserung von Lebensbedingungen für problematische, chronisch psychisch kranke Kinder und Jugendliche.

Konzeptionelle Mitbestimmung bei Planung.

Verbesserung der Kooperation zwischen KJP- Diensten und Jugendämtern

Vorrangiges Thema die neu zu gründende Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bedarfsgerechte Hilfestruktur und abgestimmter behördlicher Umgang bei Anwendung von NPsychKG, BSHG, KJHG (erst seit 1991).

Entwicklung geeigneter Versorgungsformen für Mehrfachbehinderte, psychisch Kranke ausländischer Herkunft, psychisch Kranke mit schweren Verhaltensstörungen.

1999 Vorbereitungsgruppe für Fachgruppe KJP.
Teilnehmer: SPDI, Jugendamt Stadt, Jugendämter im Landkreis, Sozialämter
Konstituierende Sitzung der Fachgruppe: 1. Quartal 2000.
Benennung der inhaltlich und strukturell unterschiedlichen Versorgungssysteme im Kinder und Jugendpsychiatrischen und Jugendhilfe-Bereich.

Sozialpsychischer Plan 2001

Steht unter dem Einfluss der Bildung der Region und der sich daraus ergebenden (Um-) Verteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten.

Herausforderung im Sozialpsychiatrischen Verbund:

- Düstere Situation psychisch Mehrfachbehinderter und psychisch Kranker mit schweren Verhaltensauffälligkeiten
- Mängel in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung
- Kaum Tendenzen Behinderte in Bereiche zu integrieren, die für die Allgemeinbevölkerung zur Verfügung stehen.
- Erwartung an Fachgruppe, bessere Kenntnis über und Kontakt mit Einrichtungen entstehen zu lassen, die in Überschneidungsgebieten zum eigentlichen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgebiet arbeiten. Erstellung einer Liste von Kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten in Stadt- und Landkreis (1999). Auf 15 Seiten wird das Versorgungssystem im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt.

Sozialpsychiatrischer Plan 2002

Zielsetzung: Verbesserung der Kooperation schon bestehender Einrichtungen sowie Planung notwendiger Ergänzungen oder Veränderungen.

Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJP wird als nicht ausreichend strukturiert gesehen. Fragestellungen nach § 35 a KJHG kontrovers diskutiert.

Forderung nach Einrichtungen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Hannover.

Sozialpsychiatrischer Plan 2003

Zentrales Thema: Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJP bei Klärung und Bewältigung von Krisensituationen von Kindern und Jugendlichen.

Notwendigkeit angemessener Einrichtungen für seelische Behinderte (§ 35 a KJHG). Schwierigkeit der Abgrenzung der Zuständigkeit.

Sozialpsychiatrischer Plan 2004

Veränderung von Aufgaben und Zuständigkeiten nach Gründung der Region und Personalwechsel auch in der Fachgruppe. Stadt Hannover gibt die Aufgabe des sozialpsychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche an die Region ab.

Information über Diagnostik (-kriterien) und Behandlung bei Legasthenie/Dyskalkulie, Gegenüberstellung von Gesetzestext (§ 35a KJHG) und Bedürfnissen der Betroffenen.

Besondere Aufmerksamkeit für Kinder- und Jugendliche psychisch kranker Eltern.
Erstellung eines Merkblattes zur Verteilung im AK Gemeindepsychiatrie.
Analyse der psychotherapeutischen Versorgung sowie der Arbeitsweise der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin mit der Zielsetzung die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Einrichtungen darzustellen und zu erweitern.
Anfrage an Krankenkassen hinsichtlich der Sozialpsychiatrievereinbarung mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern.

Sozialpsychiatrischer Plan 2005

Abgrenzung zwischen SGB XII und SGB VIII, Veränderungen in Bewertung des § 35 a, Neues KICK (Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz v 1.10.2005 nach dem KJHG von 1991)
Vereinbarung enger Kooperation der Jugendhilfe mit Schulärzten und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Schulpsychologen.
Besondere Aufmerksamkeit für Migranten und die Situation von nur geduldeten Asylantenkindern.
Erweiterung der Anzahl der an der Fachgruppe beteiligten Institutionen.
Vorstellung der Präventivkonzepte gegen Adipositas, zur Rauch- und Suchtprävention und Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen.
Darstellung der Problematik von Kindern mit Asperger Syndrom. Fragliche Zunahme?

Sozialpsychiatrischer Plan 2006

Zentrales Thema: Verbesserung der Kooperation mit und zwischen den verschiedenen Systemen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Vorstellung und Stützung spezieller Fördermaßnahmen für Migrantenkinder und benachteiligter Kinder.
Erfahrungen mit Präventionskonzepten.
Besondere Situation psychisch kranker, entwicklungsverzögerter Heranwachsender. Fehlende Hilfen für Jugendliche mit expansiven Störungen des Sozialverhaltens, Unsicherheit über Zuständigkeit zwischen den verschiedenen Fachbereichen und Berufsgruppen.
Konsequenzen für die jugendhilfliche und kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit im Umgang mit dem § 8 a.
Auffangmöglichkeiten für Kinder psychisch belasteter Eltern.
Neues Bewusstsein im Umgang mit gesellschaftlichen Veränderungen.

Sozialpsychiatrischer Plan 2007

Als Aufgabe der Fachgruppe wird benannt, über den AK Gemeindepsychiatrie über Problembereiche zu informieren.
Die Anzahl der Mitglieder seit Gründung der Fachgruppe wurde von 16 auf 40 erweitert.
Themen: Procedere bei Teilleistungsstörungen und Anwendung des § 35 a.
Kriterien für Diagnostik und zur Einschätzung der Teilhabe Beeinträchtigung.
Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik bei autistischen Störungen. Überprüfung vorhandener therapeutischer Möglichkeiten. Fragliche Zunahme von Asperger Erkrankungen.

Klärungsbedarf der Zuständigkeiten für psychisch kranke entwicklungsverzögerte Heranwachsende.
Frage nach angemessenen Hilfen für Kinder- und Jugendliche, die an einer Störung des Sozialverhaltens leiden.

Besondere Situation von Migranten.

Auffangmöglichkeiten für Kinder psychisch belasteter Eltern

Vorstellung von Kooperationsmodellen im Rahmen des Kinderschutzes.

Sozialpsychiatrischer Plan 2008

Möglichkeiten und Grenzen einer Schulbegleitung bei seelischen Behinderungen (unter anderem bei autistischen Störungen).

Spezialisierung und Differenzierung von Professionen und Einrichtungen und damit verbundene verstärkte Abgrenzung der Aufgabengebiete führt zur Erschwerung der Versorgung von Kinder- und Jugendlichen mit expansiven Störungen.

Gründung der Arbeitsgruppe Kooperation im Bereich der KJP zum Erfahrungsaustausch und zur besseren Ausnutzung der Möglichkeiten der verschiedenen Helfersysteme.

Unterstützung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater bei der Beantragung der Fortsetzung der Sozialpsychiatrievereinbarung bei den Krankenkassen.

Frage nach ausreichender Kooperation bei der Umsetzung des § 8 a bei Kindern und Jugendlichen psychisch belasteter Eltern.

Kritische Auseinandersetzung mit der Zunahme von Störungen des Sozialverhaltens.

Suche nach Möglichkeiten gezielt Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund zu stärken.

Auftrag an die AG Kooperation in der KJP, fach- und institutsübergreifende Ressourcen zu benennen, um angemessene Hilfen für sehr schwierige Kinder- und Jugendliche frühzeitig einleiten zu können. Fehlende Hilfskonzepte für die Gruppe psychisch-kranker entwicklungsverzögerter Heranwachsender.

Frage nach gesellschaftlichem Wandel als Mitauslöser für häufig auftretende Störungsbilder und mögliche Konsequenzen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird immer drängender gestellt.

Sozialpsychiatrischer Plan 2009

Vorstellung verschiedener (präventiver) Institutionen, wie medizinische Beratungsstelle Kinderschutz, Koordinationszentrum Kinderschutz frühe Beratung in Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Erweiterung der Angebote im Sozialpädiatrischen Zentrum, stärkere Vernetzung zwischen KJP und Erwachsenenpsychiatrie (Wunstorf), Elternsprechstunde.

Intensive Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Bündnisses gegen Depressionen.

Beschreibung einer Zunahme, insbesondere schwerer Störungen, Komplexität der Fälle und nicht ausreichende Strategien im Umgang damit.

Beschrieben wird eine Zunahme von Bindungsstörungen bei gleichzeitig fehlenden spezialisierten Einrichtungen.

Häufung von Sprachentwicklungsstörungen und Behinderungen.

Über die AG Kooperation eine stärkere Vernetzung der Systeme.

Diskrepanz zwischen Kooperationsvereinbarungen auf Leitungsebene und Anwendung an der Basis.

Problematik von Kinderschutz und Elternrecht bei psychisch-kranken Eltern.

Kriterien für eine angemessene Einschätzung emotionaler Vernachlässigung.

Sozialpsychiatrischer Plan 2010

Erweiterung der Mitglieder auf 42.

Schwerpunktt Themen: Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung

Arbeit des Koordinationszentrums Kinderschutz

Entwicklung von Leitlinien zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und der Jugendhilfe der Stadt und Region.

Konsequenzen und Erfahrungen im Umgang mit § 8 a.

Umgang mit Kindeswohlgefährdung (und Einschätzung) bei Migranten und psychisch (nicht) gesunden Eltern.

Erkennen emotionaler Gewalt und emotionaler Verwahrlosung und Umgang damit. Versuch einer Begriffsklärung.

Beobachtung einer Sensibilisierung von Fachleuten und Öffentlichkeit für die Frage des Kinderschutzes.

Suche nach Hilfsmöglichkeiten für heranwachsende psychisch Kranke mit Defiziten im kognitiven Bereich.

Über die AG Kooperation Analyse von Auslösern und Hintergründen und Beschreibung der (Versorgungs-) Situation Jugendlicher mit Störung des Sozialverhaltens.

Benennung stärkerer Spezialisierung als Mitverursacher neben Konsumverhalten und zunehmender Kluft zwischen verschiedenen Chancen in der Gesellschaft sowie allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen.

Erwartungshaltung an die jeweils andere Profession, Lösungen vorzuhalten.

Klärung der Gesetzesgrundlage für eine geschützte Unterbringung (§ 1631 b BGB) und der daraus resultierenden Einschränkungen für psychiatrisches Handeln.

Die Frage nach Inklusionsmöglichkeiten für seelisch Behinderte und fehlende Konzepte zur Umsetzung.

Sozialpsychiatrischer Plan 2011

Hilfen für junge Menschen mit internalisierenden Störungsbildern.

Zusammenarbeit der AG Kooperation mit der VG Grenzgänger der Stadt.

Angestrebte einheitliche Dokumentation im Kinder- und Jugendbereich, Übernahme des Datenblatt C aus der Erwachsenendokumentation im Sozialpsychiatrischen Plan.

Anforderung an die Jugendhilfe in Anlehnung an das neue Bundeskinderschutzgesetz.

Ergebnis der ersten Vorstellung der Arbeit der Fachgruppe im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes und der folgenden Diskussion am 11.7.2012:

- Wichtige Themen der Fachgruppe Kinder und Jugendliche sollten verstärkt im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie thematisiert werden.
- Eine kontinuierlichere Teilnahme der ärztlichen Berufsgruppe in der Fachgruppe wird gewünscht.
- Kontaktpflege mit den Mitgliedern der Fachgruppe sollte eine verbindliche Form bekommen.
- Auch im Rahmen der Fachgruppe sind die Folgen einer Zunahme der Komplexität der Aufgaben spürbar bei wachsendem Verwaltungsaufwand wird auch die Belastung der einzelnen Mitglieder/Teilnehmer größer.

- Der intensive Austausch in der Fachgruppe hat zu einer breiteren Kooperation verschiedener Anbieter geführt. Besseres Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen der Kooperationspartner ist entstanden. Zwei parallele Arbeitsgruppen zu gleichen Themen (AG Kooperation und VG Grenzgänger zum Thema Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens) bindet sehr viel Zeit und Ressourcen der Teilnehmer.
- Diskussion über die Frage, ob seelische Probleme und psychische Störungen (wie z. B. ADHS und Asperger Syndrom) in den letzten 15 Jahren zugenommen haben. Beschrieben wird verbesserte Diagnostik, höhere Inanspruchnahme, Bereitschaft professioneller Hilfen.
- Differenzierteres Angebot
- Hohe Anforderungen an die Jugend
- Zunehmend stärker sozial, emotional und wirtschaftlich belastete Eltern
- Für die moderne Hilfeplanung in der Jugendhilfe vorausgesetzte psychiatrische Diagnose (z. B. § 35 a).

Im Rahmen der Fachgruppe bisher unzureichende Vertiefung der Problematik Jugendlicher mit seelischen Auffälligkeiten und Migrationshintergrund sowie der Situation junger Erwachsener mit seelischen und kognitiven Beeinträchtigungen. Unzureichende „Lobby“ im Rahmen der Fachgruppe.

Anschrift der Verfasserin:

Ingeborg Noort-Rabens · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & Familien
Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover ·

Stellungnahme der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“

von Thorsten Sueße (*Sprecher der Fachgruppe*)

Mit Beschluss des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie vom 05.02.1998 wurde die Arbeitsgruppe „Krisen- und Notfalldienste“ im Jahr 1998 eingesetzt. Hauptaufgabe der Arbeitsgruppe sollte die Optimierung der Einweisungspraxis sein, die insbesondere vonseiten betroffener psychisch Kranker und deren Angehörigen als dringend verbesserungsbedürftig eingeschätzt wurde. Dem zugrunde lagen sehr viele Zwangseinweisungen, die von in der Psychiatrie unerfahrenen Ärzten angeregt worden waren.

Anfänglich waren nur Personen und Institutionen aus der Landeshauptstadt in der Arbeitsgruppe vertreten, später kamen jedoch Vertreter aus dem Landkreis Hannover dazu.

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe kamen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Feuerwehr Hannover, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Präventionsprogramm Polizei/Sozialarbeit (PPS), der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, dem Amtsgericht Hannover und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen. Ein weiteres Arbeitsgruppenmitglied war der Obmann der niedergelassenen Nervenärzte.

Ein wesentliches Ergebnis dieser Arbeitsgruppe war die Schaffung einer psychiatrischen Notfallbereitschaft für das Gebiet der Stadt Hannover „rund um die Uhr“. Die Fachärztinnen und Fachärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes, denen weiterhin eine vertragsärztliche Behandlungsermächtigung zugestanden wurde, beteiligten sich dafür als Teil des Vertragsärztlichen Systems an der psychiatrischen Notfallversorgung. Zu den üblichen Praxisöffnungszeiten kümmerte sich der Sozialpsychiatrische Dienst um Notfälle, außerhalb der Praxisöffnungszeiten ein nervenärztlicher Hintergrunddienst der Kassenärztlichen Vereinigung.

Für alle Zwangseinweisungen nach unterschiedlichen Rechtsgrundlagen (NPsychKG, BGB) wurden schriftliche Vorgehenshilfen ausgearbeitet.

Daraufhin gingen die Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG deutlich zurück. Der Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte, die sich an der Begutachtung im Einweisungs- und Unterbringungsverfahren beteiligte, nahm signifikant zu.

Die Arbeitsgruppe traf sich im Jahr zweimal, teilweise auch gar nicht (wenn keine besonderen Anliegen bestanden).

Die Bezeichnung „Arbeitsgruppe“ wurde nach einigen Jahren in „Fachgruppe“ geändert. Die Fachgruppe wurde bis 2003 von Herrn Dr. Gephart als damaligem Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes geleitet, ab 2005 ging die Leitung an mich als seinen Nachfolger. Die teilnehmenden Mitglieder der Fachgruppe wechselten häufig in den folgenden Jahren.

2005 wurde erneut thematisiert, ob die niedergelassenen Nervenärzte ihren nervenärztlichen Hintergrunddienst der KVN (der sich nur auf das Gebiet der Landeshauptstadt Hannover und Laatzen erstreckte) auf die gesamte Region Hannover ausdehnen können. Der Geschäftsführer der KVN sowie der Obmann der niedergelassenen Nervenärzte teilten mit, dass aus ihrer Sicht eine Ausdehnung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes nicht möglich sei, weil dafür im ehemaligen Landkreis Hannover die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte zu gering und die zurückzulegenden Entfernungen zu groß seien. Bei diesem Stand ist es bis heute geblieben.

Die Vorgehenshilfe für Unterbringungen und vorläufige Einweisungen von psychisch kranken Erwachsenen in der Region Hannover wurde 2008 von der Fachgruppe aktualisiert und in die Form eines Schaubildes mit angehängten Erläuterungen gebracht. Das Ergebnis wurde mit allen Beteiligten – insbesondere mit Verwaltungsbehörde und Amtsgericht – abgestimmt, im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie diskutiert und anschließend im Internet (www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de) zur Verfügung gestellt.

Ebenfalls 2008 wurde eine Neufassung der bestehenden Behandlungsvereinbarungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und den psychiatrischen Kliniken in der Region Hannover erarbeitet. Der Vordruck für die Behandlungsvereinbarungen wurde für alle Kliniken einheitlich gestaltet. Nach Vorstellung im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie kann der Vordruck seitdem im Internet als „Arbeitshilfe“ auf der Seite www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de abgerufen werden.

Weiterhin wurde im Jahr 2008 ein Krisenpass entworfen, der Angaben enthält zu (im Krisenfall zu benachrichtigenden) Ansprechpartnern, dem behandelnden Arzt, einer ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung, Erfahrungen mit Medikamenten und ihrer Dosierung etc. Das Ausfüllen der einzelnen Rubriken obliegt der Verantwortung des jeweiligen Patienten als freiwillige Unterstützungsmöglichkeit im Krisenfall. Der in dieser Form vom Arbeitskreis (und ausdrücklich von Vertretern des VPE) befürwortete Krisenpass wurde gedruckt und kann unter anderem in der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes kostenfrei abgeholt werden.

Diskussionspunkte im Jahr 2011 waren die Auswirkungen auf die praktische Durchführung von Zwangseinweisungen durch die veränderte Rechtsauslegung von NPsychKG und Betreuungsrecht.

Dazu wurden unter Einbeziehung von Vertretern des Amtsgerichts, der Ordnungsbehörde und der Polizei verbindliche Handlungsanleitungen erarbeitet und den an den Einweisungen beteiligten Stellen zur Verfügung gestellt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Suesse · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Weinstr. 2 · 30171 Hannover

E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de

Stellungnahme der Fachgruppe „Migration“

von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Im Jahr 2008

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 sollten 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-tägige aufsuchende Beratung mit persönlichen Kontakten?

Die Antworten auf diese Frage dienen als Grundlage für die Ausgestaltung und Umsetzung der Beratungsangebote. Herr Schlieckau machte in diesem Zusammenhang deutlich, dass die Planung vorsieht, keine Neueinstellungen vorzunehmen. Aus dem bestehenden Mitarbeiterstab der Sozialpsychiatrischen Dienste wird ein Team gebildet werden, das als Ansprechpartner für alle Wohnheime zur Verfügung steht. Das Team soll aus einem Arzt und einem Sozialarbeiter bestehen. Jede Beratungsstelle soll einen festen Besuchsplan erstellen bspw. 2 x monatlich, und es sollte eine gegenseitige Vertretungsmöglichkeit unter den Teams bestehen und durchgeführt werden. Die Versorgung soll Beratung und Supervision von Problemfällen umfassen. Die Einrichtungen werden darüber hinaus gebeten, eine ungefähre Einschätzung des anfallenden Arbeits-, Zeit- und Kostenaufwands zu geben.

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 migrantenspezifischen 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 wurde von der Region Hannover in einer Auflage von ca. 1.000 Exemplaren gedruckt und an die entsprechenden Akteure verteilt. Zusätzlich ist 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.

Im Jahr 2009

Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2009 schwerpunktmäßig mit der Umsetzung der Ergebnisse und Empfehlungen der Studie befasst.

1. Prävention im Bereich seelischer Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover

Ein wichtiges Ergebnis der Studie war, dass Migranten sehr stark die stationären psychiatrischen Krisendienste in Anspruch nehmen. Ihr Anteil in den höherschweligen Einrichtungen (Beratung, SpD's, Tageskliniken, Pflege etc.) fällt dagegen deutlich geringer aus. Hier scheinen Migranten Informationen über sozialpsychiatrische Angebote in der Region zu fehlen. Um Migranten über diese Angebote besser aufzuklären, hat der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover unter der Leitung von Herrn Dr. med. Thorsten Sueße gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. modellhaft zwei Informationsveranstaltungen zum Thema „Seelische Gesundheit“ in deutsch/russischer und deutsch/türkischer Sprache durchgeführt. Dabei sollten Fachkräfte aus den SpD's gemeinsam mit MiMi-Gesundheitslotsen die betreffenden Migranten aufsuchen, um diese über Seelische Gesundheit und die Angebote der Sozialpsychiatrie in der Region Hannover in Deutsch und Ihrer Muttersprache zur aufzuklären.

2. Fortbildung zur interkulturellen Sensibilisierung für Mitarbeiter des Teams Gemeindepsychiatrie

Ein zentrales Ergebnis der Studie war, dass aus der Sicht vieler Einrichtungen Fortbildungen zur Interkulturellen Kompetenz für den Bereich Psychiatrie und Migration fehlen und diesbezüglich ein großer Bedarf besteht.

Hierzu hat der sozialpsychiatrische Verbund gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum ein Fortbildungskonzept für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover zum Thema Interkulturelle Kompetenz in der Psychiatrie entwickelt.

Unter dem Titel „Anders und doch gleich – Ambulante Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover“ wurde eine ganztägige Fortbildung für MitarbeiterInnen des Teams Gemeindepsychiatrie angeboten.

3. Interkulturelle Psychiatriewoche 2010

In der Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung haben Versorgungseinrichtungen einen Bedarf an Informationen und Zugängen zu MigrantInnen formuliert:

Die Fachgruppe Migration hat hierauf reagiert und ein Konzept für die Psychiatriewoche 2010 entwickelt. In diesem Rahmen sollte die Begegnung und Vernetzung zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Migrantenselbstorganisationen (MSO'en z.B. Moscheen, Vereine, Sportvereine etc.) gefördert werden. Unter dem Titel „Psychiatrie trifft Wirklichkeit“ sollten Begegnungen zwischen psychiatrischen Fachdiensten und Migrantenselbstorganisationen in der Region Hannover partnerschaftlich und auf Augenhöhe stattfinden. Die Veranstaltungen sollten eigenständig organisiert werden. Innerhalb der Psychiatriewoche wurde eine Fachveranstaltung bzw. ein Symposium geplant.

4. Fortführung der Studie

Um die fortlaufenden Veränderungen im sozialpsychiatrischen Verbund begleiten, dokumentieren und analysieren zu können (Monitoring) wurde in der Fachgruppe im Jahr 2009 auch die Fortführung der Studie diskutiert. In den Empfehlungen der veröffentlichten Fachgruppenstudie wurde bereits eine Erweiterung um die Befragung von Migranten (Patienten, Angehörigen und nichterkrankte Migranten) der Studie diskutiert.

5. Versorgung von psychisch erkrankten Flüchtlingen in den Wohnheimen der Region Hannover

Die Fachgruppe hatte im Jahr 2008 gemeinsam mit Vertretern der Flüchtlingswohnheime ein Konzept zur aufsuchenden Versorgung von psychisch erkrankten Flüchtlingen in den Wohnheimen der Region Hannover entwickelt. Obwohl das Konzept 2009 im Arbeitskreis „Gemeindepsychiatrie“ beschlossen wurde, konnte die Umsetzung, des von der Fachgruppe „Migration“ erarbeiteten Konzepts nicht erfolgen, weil seitens der Region Hannover Personalkapazitäten nicht freigestellt werden konnten.

Im Jahr 2010

1. Interkulturelle Psychiatriewoche 2010

Unter dem Titel „Psychiatrie trifft Wirklichkeit“ hat die Fachgruppe Migration und Psychiatrie das im Jahr 2009 entwickelte Konzept mit der Zustimmung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Jahr 2010 umgesetzt.

Vom 25.10. bis 29.10.2010 fand die Interkulturelle Psychiatriewoche statt. Ziel war es, das psychiatrische Fachdienste und Migrantenorganisationen zusammenarbeiten und gemeinsam eine Veranstaltung im Rahmen der Psychiatriewoche durchführen. Ein weiteres Ziel dabei war es, die Teilhabe, Akzeptanz und Chancengleichheit im psychiatrischen Sektor zu fördern. Hierbei stand die Förderung des Dialogs zwischen den Fachkräften und ihren Institutionen mit den Migrantenselbstorganisationen im Mittelpunkt. Psychiatrische Fachdienste sollten symbolisch auf Migranteneinrichtungen zugehen und diese einladen gemeinsam Veranstaltungen im Rahmen der Interkulturellen Psychiatriewoche 2010 zu organisieren.

Auf diese Weise sind 25 Veranstaltungen zustande gekommen. Diese reichten von Gesprächskreisen mit türkischen Frauen, über ein interkulturelles Fußballturnier, Spezialveranstaltungen in Migranteneinrichtungen zur seelischen Gesundheit und Migration und Filmabende. Am 29.10.2010 wurde die Psychiatriewoche mit einem Interkulturellen Fest in der Königstr. 6 abgeschlossen.

Insgesamt haben wir von den Beteiligten eine positive Rückmeldung bekommen. Es gab aber auch kritische Aspekte, so ließ die Beteiligung von Mitgliedern aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, aber auch von den Migrantenorganisationen insgesamt zu wünschen übrig. Es haben weit weniger Einrichtungen sich an der Woche aktiv beteiligt als möglich gewesen wäre. Allerdings sind wir weiterhin vom interkulturellen Ansatz überzeugt, da die geringe Teilnahme auch eben unsere Ausgangsfeststellung bestätigt, nämlich dass beide Seiten erhebliche Schwierigkeiten haben aufeinander zuzugehen und miteinander zu kooperieren. Mit mehr Zeit- und Personalressourcen können mit Sicherheit in Zukunft auch bessere Ergebnisse erzielt werden.

2. Symposium Migration und Psychiatrie

Innerhalb der Psychiatriewoche wurde am 27.10.2010 zusätzlich auch ein Symposium durch die Fachgruppe zum Thema Migration und Psychiatrie durchgeführt. Ziel des Symposiums war es psychiatrischen Fachkräften aktuelle wissenschaftliche und praktische Zugänge zum Thema zu vermitteln und sie fortzubilden.

Beim Symposium stand die Frage der Integration von Migranten/-innen in die psychiatrischen Versorgungssysteme und in therapeutische Prozesse im Mittelpunkt. Die Tagung hat auch das Ziel gehabt, inhaltliche, konzeptionelle und methodische Handlungsperspektiven und Standards für die Integration von Migrantinnen und Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme zu reflektieren. Wir haben versucht erfolgversprechende kultursensible Konzepte und Modelle zu sichten, gemeinsame therapeutische Strategien zu entwickeln und die Verankerung kultursensibler Aspekte in der psychiatrischen Versorgungspraxis in Niedersachsen und Hannover zu diskutieren. Die Zahl der Interessenten hat uns gezeigt, dass das Thema eine breite Resonanz gefunden hat. Es haben sich über 120 Teilnehmer/-innen aus Hannover und Niedersachsen eingefunden.

Interessant war, dass ca. 1/3 der Teilnehmer selber einen Migrationshintergrund hatte und es sich zumeist um Fachkräfte aus den psychosozialen Arbeitsfeldern handelte. Im Anschluss an die Tagung haben wir von den Anwesenden sehr positive und ermutigende Rückmeldungen bekommen. Insbesondere der Vortrag von Prof. Kizilhan und die vier Workshops am Nachmittag fanden großes Interesse.

3. Fortbildung für die Sozialpsychiatrischen Dienste der Region Hannover

Mitglieder der Fachgruppe beteiligten sich im Dezember 2009 an einer Fortbildung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover zum Thema „Interkulturelle Kompetenz in der Psychiatrie“. Pünktlich zur Psychiatriewoche 2010 wurden die Ergebnisse der Fortbildung unter dem Titel „Anders und doch gleich – Ambulante Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover“ in der Reihe der Sozialpsychiatrischen Schriften Band 3 veröffentlicht.

Im Jahr 2011

Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2011 schwerpunktmäßig mit der Organisation der Woche zur seelischen Gesundheit, der Konzeptionierung einer Nacherhebung der Studie aus dem Jahr 2008 sowie weiteren Aktivitäten im Bereich der Wohnheime und der Vernetzungsarbeit beschäftigt.

1. Internationaler Tag der seelischen Gesundheit

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie hat im Rahmen der Woche zur seelischen Gesundheit am 10. Oktober 2011 (dem internationalen Tag der Seelischen Gesundheit) am Steintor einen Informationsstand organisiert, um Bürger Hannovers mit und ohne Migrationshintergrund mehrsprachig über das Thema Seelische Gesundheit zu informieren.

Der Informationsstand wurde hauptsächlich von den folgenden Institutionen und ihren Mitarbeitern organisiert und betreut:

- Psychiatriekoordinator der Region Hannover und Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover
- Institut für Rechtliche Betreuung e.V. (ITB)
- Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V. (AHMB)
- KRH Wunstorf
- SuPA e.V.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Die Aktion am Steintor hat allen Beteiligten noch einmal deutlich gezeigt, dass es wichtig ist niedrigschwellig auf die Betroffenen (insbesondere Migranten) zuzugehen, mit Ihnen das Gespräch zu suchen und sie über gemeindepsychiatrische Angebote in Hannover aufzuklären. Insbesondere der Umstand, dass am Informationsstand mehrsprachige Mitarbeiter der beteiligten Institutionen ehrenamtlich anwesend waren und für Fragen von Bürgern und Interessierten zur Verfügung standen, hat den internationalen Tag der seelischen Gesundheit 2011 zu einem vollen Erfolg gemacht.

2. Nacherhebung zur Studie 2007–2008

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie hat im Jahr 2007–2008 die erste Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten in der Region Hannover mit Erfolg durchgeführt und veröffentlicht. Um diese erfolgreiche Bestandsanalyse fortzuführen und weiterzuentwickeln hat die Fachgruppe Migration und Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover in seiner Sitzung am 24.05.2011 empfohlen, erneut eine Erhebung zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten/-innen in der Region Hannover durchzuführen.

Ziel der Nacherhebung war es, aktuelle Daten für den Zeitraum 2011–2012 zu gewinnen. Hierzu wurde das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) beauftragt, ein Konzept und einen Projektantrag bei der Region Hannover einzureichen, um das Vorhaben umzusetzen.

Das EMZ wurde bei der Umsetzung durch eine Unterarbeitsgruppe der Fachgruppe inhaltlich begleitet und unterstützt.

Die Nacherhebung war auf 12 Monate ausgelegt. Dabei sollen psychiatrische Einrichtungen, Fachkräfte und Patienten sowie ihre Angehörigen mittels quantitativer Fragebögen und qualitativer Interviews zur psychiatrischen Versorgungssituation in der Region Hannover befragt werden.

Für eine Neuauflage der Studie wurde eine Vollerhebung angestrebt. Ziel war es, alle 85 Angebotsträger (mit ca. 240 Angeboten) des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu befragen. Um eine Vergleichbarkeit zum Zeitraum 2007–2008 herzustellen, wurde wieder der bestehende Fragebogen aus der ersten Erhebung als Erhebungsinstrument eingesetzt. Dieser wurde um die Frage nach Patientendaten (ICD-Diagnosen) erweitert.

Daraus ergab sich ein erheblich erweiterter Arbeitsauftrag. Die Durchführung der Versorgungsstudie erfolgte in Abstimmung mit den zuständigen Akteuren, Institutionen und Gremien der Region Hannover.

3. Betreuung Asylbewerber/Flüchtlinge

Zurzeit existieren zwei Wohnheime für Flüchtlinge in Hannover. Ein drittes ist in Lahe geplant. Frau Dr. Gunkel (SpD Freytagstr.) wird in Zukunft die psychiatrische Betreuung der Flüchtlingswohnheime übernehmen. Es wird keine feste Sprechstunde geben, sondern Beratungen und Besuche der Wohnheime werden nach Bedarf vereinbart und durchgeführt.

Im Jahr 2012

1. Erhebung zu sozialpsychiatrischen Versorgung von Migrant/-innen in der Region Hannover im Jahr 2012

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover hat empfohlen, erneut eine Erhebung zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten/-innen in der Region Hannover durchzuführen. Diese Erhebung wird vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Abstimmung mit der Fachgruppe Migration und Psychiatrie durchgeführt.

In Anlehnung an den Fragebogen der Studie 2007–2008 wurde ein Fragebogen entwickelt. Er bezieht sich auf die Bereiche:

- Mitarbeiterstruktur: Beschäftigungsumfang, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse
- Nutzerstruktur: Diagnosen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der Weltgesundheitsorganisation), Herkunft
- Öffnung für Migranten: migrationsspezifische Konzepte und Projekte, Zugangswege
- Vernetzung mit anderen Institutionen
- Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung
- Effekte aus der Arbeit mit Migranten
- Effekte der Studie 2007–2008
- Perspektiven für die Versorgung von Migranten

Der Fragebogen wurde an alle Angebote des Sozialpsychiatrischen Verbundes geschickt.

Neben dem quantitativen Teil der Studie wurden, in einer methodisch qualitativ ausgerichteten Erweiterung der Studie, leitfadengestützte Interviews mit Experten der Versorgung, Vertretern von Migrantenselbstorganisationen, Nutzern des Versorgungssystems sowie Angehörigen geführt. Mit diesen soll die individuelle Perspektive und die Seite der Nutzer in die Erhebung einbezogen werden.

Die Ergebnisse der Studie liegen Anfang 2013 vor.

2. Erweiterung des Angebots für Migranten

Projekt „Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund in Hannover“

- Das Projekt wird von Frau Janocha geleitet. Es sollen Betreuungsstrukturen für Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund geschaffen werden.

Migrationssprechstunde der MHH

- Die Spezialsprechstunde ist eine Kooperation der Klinik für Psychiatrie und der Klinik für Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover.
- Das Angebot bietet muttersprachliche Beratung an und arbeitet überregional.

3. Empfehlungen der AG Migration des Landesfachbeirates Psychiatrie an die Sozialministerin

Die Arbeitsgruppe Migration des Landesfachbeirates Migration hat im Rahmen der Agenda zur Verbesserung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund Empfehlungen an die Sozialministerin entwickelt. Sie beziehen sich auf folgende Bereiche:

- a. Datenerhebung zur Analyse der Ist-Situation: Vergleiche zwischen Städten sollen möglich werden.
- b. Kultur- und migrationssensible Fort- und Weiterbildungen: Leitlinien sollen erarbeitet werden. In Hamburg gibt es ein EU-Projekt zu diesem Thema. Dessen Überlegungen können verwendet werden.
- c. Klärung/Sicherstellung der Kostenübernahme bei Dolmetschereinsätzen: bisher werden die Kosten von den Kassen nicht abgerechnet.
- d. Kultursensitive Informationsmaterialien: Sie sollen verstärkt erstellt werden. Ihr Fehlen könnte ein Grund für die unterproportionale Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Migrationshintergrund sein.

Anschrift des Verfassers:

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

Stellungnahme der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

von Henning Kurth, Peter Dziobaka (*Mitglieder der Fachgruppe*)

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

„Wer in der Zukunft lesen will, muss in der Vergangenheit blättern“

Andre Malraux

Zwanzig Jahre Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

Im Jahr 1993 gründete sich die damalige Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie und Obdach auf Initiative der Beratungsstelle des SpDs Hægewiesen und des Werkheims e.V. und entwickelte sich zur heutigen Fachgruppe der Region Hannover.

Unsere Herausforderung war die bessere Versorgung von wohnungslosen Menschen mit einer psychischen Problematik oder psychischen Erkrankung.

Seit damals nehmen aus der Region Hannover regelmäßig ca. 15 Einrichtungen an der Fachgruppe teil und unsere damaligen Anliegen sind nach wie vor aktuell geblieben.

Auszug aus dem Protokoll vom Juni 1993:

„Die Kooperation von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie den Notunterkünften und psychiatrischen Institutionen ist notwendig, da zunehmend schwer psychisch kranke Menschen obdachlos werden und neben einer Unterkunft kompetenter psychiatrischer Hilfe bedürfen.“

In der Wohnungslosenhilfe und in der Psychiatrie bestand damals wie auch noch heute eine Lücke in der Bedarfsdeckung für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, die wohnungslos oder obdachlos sind.

Beide Hilfestrukturen konnten und können den Betroffenen, die in dem jeweiligen anderen Hilfe-feld auftreten, nicht die bedarfsgerechte notwendige Hilfe bieten.

Beim Durchblättern der alten Protokolle wurde uns deutlich, dass die damaligen Problematiken immer noch aktuell sind, vielleicht aktueller als je zuvor. In den letzten 20 Jahren konnten sie nicht wirklich befriedigend lösungsorientiert und personenzentriert abgehandelt werden. Lediglich die punktuelle Versorgung von Klienten hat sich durch unseren regelmäßigen Erfahrungsaustausch und unsere kontinuierliche Kooperation und Zusammenarbeit verbessert.

Dieser Kooperationswunsch besteht seit der Gründung der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“. Immer wieder kommen jedoch Mitarbeiter aus den kommunalen Unterkünften und/oder den stationären und ambulanten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu dem Ergebnis, dass die Zusammenarbeit mit den zuständigen Institutionen und Einrichtungen immer noch nicht zufriedenstellend verläuft. Mitarbeiter aus allen Einrichtungen bemängeln, dass ihre Arbeit „zur Schlichtpsychiatrie für Unmotivierte“ (siehe hierzu Georg Schulte-Kemna, Freiburg 2003) verkommt, da sie das Auffangbecken für alle sozialen Randgruppen sind, wie z.B. Suchtkranke, Drogenabhängige, Haftentlassene aus dem Regel- und Maßregelvollzug, psychiatrisch Erkrankte, HIV- und Hepatitis-erkrankte, Migranten, unter 25 jährige etc.. Gerade auf Grund dieser Brisanz und Vielfalt sind enge Kooperationen mit Kliniken und anderen Institutionen unumgänglich und notwendig.

Ausschließlich Hilfe im eigenen Feld zu gewährleisten genügt dem Bedarf der Betroffenen nicht. So fehlt den einen die psychiatrische Kompetenz zur Behandlung, den anderen die sozialpädagogische Kompetenz dem devianten Verhalten ohne Behandlungsauftrag und Behandlungsdruck zu begegnen, um somit eine tragfähige Beziehung zu realisieren.

Beide Helfersysteme hatten anfangs gegenseitige Berührungsängste, Angst vor Psychiatrisierung der Wohnungslosen auf der einen Seite, mangelnde Compliance der Wohnungslosen in der Psychiatrie auf der anderen Seite. Gemeinsam hat man sich auf den Weg gemacht.

Betrachtet man die Arbeit der Fachgruppe in den zurückliegenden zwanzig Jahren, wird deutlich: Nur mit einer engen Zusammenarbeit und gegenseitigem respektvollen Verständnis der Professionen/Hilfefelder kann dem individuellen Hilfebedarf der Klientel begegnet werden.

Die Fachgruppe versuchte zunächst die Problemlagen der Klienten herauszufinden, aber auch die Problemlagen der Hilfesysteme:

Kann jemand Hilfe in besonderen sozial schwierigen Lebenslagen erhalten, wo er doch durch seine psychische Erkrankung einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe hat?

Wir haben viel voneinander gelernt und unsere Aufgaben und Einrichtungen kennengelernt.

So haben wir unsere Einrichtungen gegenseitig besucht und auch weitere Einrichtungen, die Hilfen für unsere Klientel bieten aufgesucht. Es wurden Informationsveranstaltungen durchgeführt, wie z.B. der Workshop und Vortrag im Rahmen der Fachtagung der Deutschen Fachgesellschaft für Psychose und Sucht zum Thema „Psychiatrie und Obdachlosigkeit – eine häufige Erscheinung bei Doppeldiagnose-Patienten“.

Auszug aus dem Protokoll vom Juni 1993:

„... Feststellung des Bedarfs an psychiatrischer Hilfe...kranker Obdachloser...“

„Kontaktaufnahme des Arbeitskreises zu Einrichtungen, die für die Arbeit mit psychisch kranken Obdachlosen relevant sind ...“

„Erarbeitung eines Mindeststandards von Beziehungen zwischen den Einrichtungen...“

Es gibt heute eine Veränderung des klassischen Nichtsesshaften/Wohnungslosen, der früher umherzog, in Arbeiterkolonien lebte, eventuell bettelte usw. hin zum mehrfachabhängigen Wohnungslosen mit der Bündelung aller sozialen und psychischen Problematiken die existieren können. In der Wohnungslosenhilfe liegt nicht nur das Problem der besonderen Lebensverhältnisse in Verbindung mit sozialen Schwierigkeiten vor, sondern eine Verknüpfung mehrerer Probleme wie z.B. wohnungslos, bindungslos, geringe finanzielle Mittel, gesundheitliche und psychische Probleme, Suchtabhängigkeiten etc.

Auf Grund dieser Problembündelung muss auch das aktuelle Hilfeangebot und die damit einhergehende Hilfestellung im veränderten Kontext neu betrachtet werden. Auch die Aufgaben der Wohnungslosenhilfe haben sich neu definiert. Heute gibt es immer häufiger Aufnahmeanfragen von Personen oder anderen Einrichtungen/Institutionen, für die eine andere Hilfeform, abweichend der herkömmlichen Versorgung angezeigt wäre. Hier nun Verbindungen zu knüpfen, ob psychische oder Suchtauffälligkeiten durch Wohnungslosigkeit entstehen, sei außen vor gelassen. Wichtig ist, dass für diese Personen eine adäquate Versorgung gefunden wird. Aufgrund dessen haben sich auch die Anforderungen an die Einrichtungen verändert. Es geht nicht mehr ausschließlich um eine Armuts- und Grundversorgung, sondern darum adäquate und effektive Hilfeangebote für die Betroffenen zu finden.

2001 haben wir ein Netzwerkprojekt „Mehrfachgeschädigte Wohnungslose“ initiiert. Eine damals durchgeführte Befragung stieß leider auf wenig Resonanz, dafür führte eine Befragung bzgl. Gewaltprävention im Jahr 2011 zu einer Resolution der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit gemeinsam mit der Fachgruppe Forensik.

Auszug aus der Resolution 2012:

„Sinnvolle und wirksame Hilfestellungen können nur in einem funktionierenden Netzwerk aus Psychiatrie, Forensik, Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe geschaffen werden.“

„Die Kooperation von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie Notunterkünften und psychiatrischen Institutionen ist notwendig, da zunehmend schwer psychisch kranke Menschen obdachlos werden und neben einer Unterkunft dringend kompetenter psychiatrischer Hilfe bedürfen.“

Diese Nachhaltigkeit kann nur in Kooperation mit den komplementären Einrichtungen und Institutionen gelingen.

Hatte die Wohnungslosenhilfe in den 70er und 80er Jahren Angst vor der Psychiatrisierung ihrer Klienten, so wünscht sie sich heute eine enge Kooperation, damit Klienten schnell niedrigschwellig psychiatrisch behandelt werden können.

Einige Forensische Kliniken bemängeln ebenfalls, dass die Allgemeinpsychiatrie ihrem Behandlungsauftrag nicht immer nachkommt und es lässt uns vermuten, dass aus diesem Grund die Anzahl der forensischen Patienten angestiegen ist. Im Alltag haben wir alle schon erlebt, dass Klienten von uns, die psychiatrisch erkrankt oder schwer suchtkrank sind, aggressiv in Kliniken auftreten und dann mit einem Hausverbot belegt werden. Viele unserer Klienten kommen aus der Haft, von der Straße, aus der Klinik etc. Sie sind oft schon jahrzehntelang institutionell untergebracht, in frühen Jahren psychiatrisiert, fremdverwaltet, in gezwungenen Gemeinschaften und „broken homes“ erwachsen geworden. Aus diesem Grund können sie nicht mit den gutbürgerlichen „normalen psychisch Kranken“ verglichen werden, die eine angeborene Compliance besitzen.

Dementsprechend muss auch das Behandlungssetting ein anderes, als das gewohnte sein.

Eine synergetische Kooperation würde bedeuten, dass die Wohnungslosenhilfe und die Psychiatrie auf einander zugehen und gemeinsame Konzeptionen für den o.g. Personenkreis entwickeln. Vielleicht unter sehr niedrigschwelligen Prämissen, wie es z.B. Klaus Nouvertne skizziert:

- Sicherung des Überlebens
- Materielle Absicherung
- Hilfe bei der Bewältigung des praktischen Lebens
- Krankheitsbewältigung
- Unterstützung bei der Selbstverwirklichung
- Möglichkeiten einer sinnerfüllten sozialen Existenz

Dieser Ansatz würde wiederum Folgendes implizieren:

Jede Hilfe hat da anzusetzen, wo die Menschen tatsächlich leben, ausgehend von der aktuellen Problemlage und unter Berücksichtigung aller relevanten Lebensbereiche!

Personenzentrierte, koordinierte Leistungserbringung sollte auch über unkonventionelle Hilfen realisiert werden können.

Angebote wie das Kölner Projekt „Hotel Plus“ für Wohnungslose mit psychiatrischen Erkrankungen oder das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin könnten hier als Vorbilder und Beispiele dienen. Bisweilen wandern die beiden Modelle seit über 10 Jahren in Papierform – inzwischen per PDF – als Ideengrundlage durch das Versorgungsnetz und durch Arbeits- und Projektgruppen des Verbundes. Sie dienen immer wieder als Arbeitsgrundlage und gelten als gesunde Alternative.

Eine Konzeptionierung für die Region Hannover, einen Anbieter der an die Umsetzung glaubt, eine Kostenübernahme für ein vergleichbares Modellprojekt oder gar eine Umsetzung eines solchen hat es hier bei uns leider nie gegeben. Der Bedarf scheint aber seit vielen Jahren gegeben zu sein.

Darüber scheinen sich ja offensichtlich viele einig zu sein.

Die Neuorganisation der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach den §§ 67 bis 69 SGB XII (Sozialraumbudget) bietet es geradezu an, alle Helfefelder wie Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe, kommunale Unterkünfte und Psychiatrie an einen Tisch zu holen, um passgenaue Angebote zu entwickeln. Diese ist zum Herbst letzten Jahres nun auch erfolgt. Die Region Hannover hatte alle Vertreter zur Neuentwicklung zusammengefügt, um hier neue Akzente zu setzen. Die Fachgruppe Psychiatrie hat es geschafft, in diesem Prozess aktiv mitwirken zu können. Sie setzt von daher große Hoffnung darauf, dass unsere Anliegen, die sich in 20 Jahren kaum verändert haben, nun auf dem Weg sind, im Versorgungsnetz der Region Hannover auch auf struktureller Ebene und nicht nur aus finanzpolitischen Gründen einen Platz zu finden.

Wir hoffen, dass unsere kritischen Gedanken über den aktuellen Zustand, die Reflexion über die kleinschrittige Entwicklung und unsere Anregungen im Rahmen der Neuorganisation der Wohnungslosenhilfe in der Region Hannover aufgegriffen werden und nunmehr auch Wohnungslose eine adäquate psychiatrische Hilfe erwarten dürfen.

Nur durch ein engmaschiges Netzwerk von systemüberschreitenden Hilfen kann unsere Klientel hierauf hoffen.

Es ist wie es war...

20 Jahre Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit

Anschrift des Verfassers:

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

Henning Kurth · Hannoversche Werkstätten · Lathusenstr. 20 · 30625 Hannover · E-Mail: info@hw-hannover.de

Stellungnahme der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“

von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund – Sekt oder Selters?

Wie alles anfing!

Vor gut 15 Jahren geschah etwas Sensationelles: Das Land Niedersachsen hatte 7 Millionen DM der Stadt Hannover, dem Landkreis Hannover und dem Landkreis Celle für die Enthospitalisierung von Langzeitpatienten aus dem Klinikum Wahrenedorff bereitgestellt. Innerhalb von drei Jahren sollte dieses Geld dazu verwandt werden, chronisch psychisch Kranke in eigenen Wohnungen unterzubringen und ambulant zu betreuen.

Schon bald wurde klar, dass dieser Plan scheitern würde, nur wenige Bewohner/innen zogen damals aus. Allerdings wurde das Geld von den beteiligten Kommunen für den Aufbau und die Anschubfinanzierung ambulanter Versorgungsstrukturen verwandt, z. B. für Ambulant Betreutes Wohnen, Kontaktstellen und den Krisendienst. Alle Maßnahmen werden heute von der Region Hannover weiter finanziert. Im Hintergrund stand die klare Motivation die stationären Heimplätze zu verringern. Besonders der leitende Arzt der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, Dr. Gephart, trieb in diesem Aufwind die später sogenannten Hilfekonferenzen voran. Die betroffenen psychisch

Erkrankten sollten nicht mehr erst in ein Heim ziehen, so dass die Kostenträger, vor vollendeten Tatsachen stehend, dieses als den richtigen Hilfebedarf anerkennen mussten, sondern der Hilfebedarf sollte unbedingt vorher ermittelt werden. Hierzu war eine enge Terminierung notwendig und so versprach Dr. Gephart im AKG dass eine Hilfskonferenz in weniger als einer Woche (!) einberufen würde und nach nur weiteren vier bis fünf Tagen die notwendige Kostenverpflichtung da sein würde. Die Heimplätze sollten endlich weniger werden. Die Hilfskonferenzen waren geboren.

Hilfskonferenzen, das Gelbe vom Ei

Wenn man die letzten 15 Jahre zurückblickt, so war das Thema „Hilfskonferenzen“, bis vor ca. 5 Jahren das herausragendste. Es gab erhebliche Zweifel und Vorbehalte bei den Anbietern. Es wurden z. B. rechtliche Bedenken geäußert, es wurde vermutet, dass der Hilfebedarf nicht neutral ermittelt werden sollte, sondern dass „gesteuert“ werden sollte. Betroffene, die jetzt im Mittelpunkt standen und anwesend sein mussten (!), reagierten vereinzelt mit Ängsten, die versprochene kurze Terminierung wurde immer weniger eingehalten, die einzelnen Hilfskonferenzen, durch die verschiedenen sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, fielen sehr unterschiedlich aus.

Heute kann man sagen, die versprochene Terminierung von 4 – 5 Tagen hat sich in 6 – 8 Wochen und mehr verändert, aber es zieht heute niemand mehr in ein Heim ohne dass nicht vorher (!) eine Hilfskonferenz stattgefunden hat. An den Heimplatzzahlen hat dies allerdings nichts geändert!

Die Anbieter haben sich im Großen und Ganzen mit der Hilfskonferenz und den (meist jährlichen) Hilfeplanfortschreibungen kritisch arrangiert und wissen sie mittlerweile auch als Qualitätskontrolle und Unterstützung zu schätzen. Kontrovers wurde zuletzt die Nichtteilnahme der Anbieter bei den Erstkonferenzen diskutiert. Bis heute ohne Ergebnis.

Fachleistungsstunde – Stunde der Wahrheit

Während es bis Mitte der 90er Jahre nur einen Anbieter für Ambulant Betreutes Wohnen gab, öffnete sich der Markt durch die Enthospitalisierungsidee und andere Gründe buchstäblich ins grenzenlose. Dem „Markt“ konnte nicht mehr Einhalt geboten werden. Der Gesetzgeber hat unter marktwirtschaftlichen Aspekten den Markt geöffnet. Mit der Entstehung der Region Hannover sollten die vielen verschiedenen Verträge vereinheitlicht werden. Der schöne Personalschlüssel sollte der Fachleistungsstunde weichen. Und so geschah es, wenn auch erst nach jahrelanger (!) Diskussionen innerhalb der verschiedenen Gremien (Fachgruppe, Anbieterzusammenschluss, Region Hannover). Am Ende mussten die Anbieter eine Schlechterstellung gegenüber dem Personalschlüssel von ca. 25 % bis 30 % hinnehmen, mit der sie sich arrangiert haben.

Themen

Geht man die Protokolle und Jahresberichte durch, so gab es viele verschiedene Themen:

- Hilfskonferenz, Hilfskonferenz, Hilfskonferenz
- Einzelzimmer im stationären Bereich
- Versorgungsmöglichkeiten psychisch kranker Menschen, die in Mutter-und-Kind-Lebensgemeinschaften wohnen

- Fachleistungsstunde, Fachleistungsstunde, Fachleistungsstunde
- Hilfebedarfsgruppen nach dem Schlichthorster Modell
- Qualitätssicherung
- Auswirkungen der Regionsbildung auf die Sektorisierung
- Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz
- Leistungsarten des Landesrahmenvertrages
- Zusatzqualifikation der MitarbeiterInnen bei Eingliederungsmaßnahmen
- Persönliches Budget
- Psychiatrische Pflege, Integrierte Versorgung und Ambulant Betreutes Wohnen

Blitzlicht der Fachgruppe: 15 Jahre, was hat sich verändert

- + die Zusammenarbeit der Einrichtungen ist deutlich besser geworden. Bei der Umstellung des Ambulant Betreuten Wohnens von Personalschlüssel zur Fachleistungsstunde konnten die Anbieter geschlossen mit dem Kostenträger verhandeln.
- + Kleine Arbeitsgruppen, z. B. der Qualitätszirkel (Vertreter aus Kostenträgern, Sozialpsychiatrischem Dienst und Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens) schaffen ein gegenseitiges, verständnisvolles Klima und machen Absprachen besser möglich. Das Bild vom „nur-sparen-wollenden“ Kostenträger verschwindet und macht konstruktiver Zusammenarbeit Platz.
- grenzenloser Markt der Anbieter, besonders beim Ambulant Betreuten Wohnen.
- Die Fachleistungsstunde, statt des Personalschlüssels verringert die Möglichkeit klientenzentriert zu arbeiten.
- Wohnheimplätze haben sich in den letzten 15 Jahren nicht, wie geplant, reduziert.
- + die Hilfekonferenz und die Hilfeplanfortschreibungen werden inzwischen kritisch akzeptiert
- die Zeiträume für die Hilfebedarfe werden immer kürzer, damit nimmt der Verwaltungsaufwand um den Klienten zu.
- im stationären Bereich gab es die Umstellung vom Pflegesatz auf „Schlichthorster Modell“ mit einer erheblichen Zunahme von Verwaltungsaufwand, d. h. klientenzentriertes Arbeiten ist dadurch erschwert.
- + die Hilfebedarfe sind in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen. Sehr viele Hilfekonferenzen sind notwendig. Hilfebedarf kann genau geprüft werden.
- + das persönliche Budget wurde Rechtsanspruch.
- das persönliche Budget wird nur vereinzelt in Anspruch genommen, möglicherweise ist das Antragsverfahren zu kompliziert
- die Terminierungen für die Hilfekonferenzen dauern zu lange.

Wie hat sich die Arbeit im Verbund seit seiner Gründung entwickelt?

Aus losen Begegnungen ist eine tragfähige Zusammenarbeit entstanden. Sogar mit den Kostenträgern 😊

Sekt oder Selters? Sekt mit einem guten Schuss Selters!

Anschrift des Verfassers:

Wolfgang Bunde · Ambulant Betreutes Wohnen Arbeiterwohlfahrt · Deisterstr. 85 a · 30449 Hannover

E-Mail: abw@awo-hannover.de

Stellungnahme der Sektor-Arbeitsgemeinschaft in der „Deisterstrasse“

von Doris Rolfes-Neumann (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Bei der Vorbereitung dieses Berichtes und Durchsicht der Protokolle unserer Sektorarbeitsgemeinschaftstreffen sowie der Jahresberichte für den Sozialpsychiatrischen Plan für den Zeitraum seit 1998, seitdem es diese Sektorarbeitsgemeinschaftstreffen gibt, sind in mir, die ich hier seit 1992 tätig bin, auch manche Erinnerungen an psychiatrischzeitgeschichtliche Zusammenhänge sowohl hinsichtlich unserer Beratungsstelle in Hannover-Linden als auch im Hinblick auf die Region Hannover wach geworden:

Im Juli 1998 bei dem ersten Treffen der Sektor-AG für den Bereich Hannover-Süd-West befand sich die Beratungsstelle noch in den Räumlichkeiten in der Hohe Straße, und wir waren Bedienstete der Stadt Hannover. Inzwischen sind wir als Angestellte der Region Hannover in den Räumlichkeiten in der Deisterstraße tätig.

Anfangs fanden die Treffen zweimonatlich statt, jetzt treffen wir uns vierteljährlich jeweils am zweiten Mittwoch des zweiten Monats eines Quartals.

Die Anzahl der Teilnehmer an den Sektor-AG-Treffen schwankte zu Beginn stark zwischen 6 und 17 Teilnehmern, wobei sich über die Jahre doch ein „fester Kern“ von teilnehmenden Institutionen herausgebildet hat, die manches Mal durch unterschiedliche Personen vertreten werden.

In den ersten Jahren haben zeitweise auch einige wenige Mitglieder des Vereins Psychiatrieerfahrener, ein Angehöriger und zwei niedergelassene Ärzte sowie ein Psychotherapeut an den Treffen der Sektor-AG teilgenommen, was seit dem Jahre 2006 nicht mehr der Fall ist. Hier ist es sicherlich notwendig, weiterhin Vertreter dieser Gruppen für eine Teilnahme an den Treffen zu gewinnen.

Zu Beginn unserer Treffen gab es noch das Projekt „Polizeiprävention Sozialarbeit“, und an mancher Sitzung hat ein Vertreter des PPS teilgenommen und von der so sinnvollen und ergänzenden Arbeit berichtet, was etwa seit dem Jahre 2008 nicht mehr der Fall ist...

Aus dem LKH Wunstorf ist zwischenzeitlich das Klinikum der Region Hannover Wunstorf geworden, und zu Beginn der Treffen hier in Linden gab es noch keine psychiatrische Tagesklinik und keine Institutsambulanz. Inzwischen sind im Bereich des Schwarzen Bären zwei Anbieter in unmittelbarer räumlicher Nähe vertreten.

Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes, der Altenhilfe und der psychiatrischen Klinik in Wunstorf sind – zum Teil sogar mit denselben Personen – über die Jahre bei diesen Treffen vertreten gewesen. Allerdings sind im Bereich der Altenhilfe auch Vertreter von Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte hinzugekommen.

Von Seiten des ambulant betreuten Wohnens und der ambulanten psychiatrischen Pflege sind in den letzten Jahren bei zunehmender Nutzung dieser Angebote mehrere Vertreter dazugekommen ebenso wie zumeist jeweils ein Fallmanager des Job-Centers.

Auch haben in den letzten 15 Jahren einige langjährig tätige Kollegen den Dienst in unserer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle beendet und neue sind dazugekommen.

Inhaltlich haben über die Jahre zum Einen Teilnehmer ausführlich von ihrer Arbeit berichtet. Andererseits haben sich freundlicher Weise auf Nachfrage hin immer wieder Vertreter anderer Institutionen auch von außerhalb unseres Sektors bereits erklärt, von ihrer Arbeit zu berichten, wobei es letztlich immer rege Diskussionen zu den Beiträgen gab. Dabei waren die verschiedensten psychiatrischen Lebensbereiche vertreten, wie: Gerontopsychiatrie, Forensik, Sucht, der Übergang vom Jugendlichen- zum Erwachsenenalter, mögliche Arbeitsangebote für psychisch erkrankte Menschen, auch der Bereich des ambulant betreuten Wohnens im Vergleich zur ambulanten psychiatrischen Pflege, die Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.

Es gab auch Sektor-AG-Treffen, bei denen niemand längerfristig referiert hat und wo wir die Möglichkeit ausführlicher Diskussionen untereinander über die Themen, die für die Teilnehmer in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen gerade von Bedeutung waren, nutzen konnten.

Wichtig ist uns als Mitarbeitern der Beratungsstelle über all die Jahre gewesen, dass auch das Kennenlernen der verschiedenen Institutionsvertreter in gegenseitigem Respekt und Interesse sowie ein Gespräch der Teilnehmer untereinander möglich sind.

Für die zukünftigen Treffen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft Hannover Süd-West wünschen sich die Teilnehmer, wie im Verlauf der letzten Sitzungen hier angesprochen, weiterhin einen regen Diskussionsaustausch untereinander, Informationen über Veränderungen der Angebotsstruktur und eine noch stärkere Vernetzung mit übrigen Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes einschließlich Mitteilungen über Neuigkeiten aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sowie verschiedener Fachgruppen und weiterhin, wenn möglich, Berichte von Teilnehmern der Sektor-AG selbst sowie von Referenten von außerhalb.

Geplant dabei sind für die nächste Zeit u.a. Informationen aus dem Bereich der Arbeit mit geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen, der Forensik sowie der Versorgungssituation von Asylbewerbern.

Ich selbst wünsche uns auch weiterhin angeregte Diskussionen sowie einen wachen Austausch der hier im Sektor psychiatrisch Tätigen und wenn möglich auch der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen.

Anschrift der Verfasserin:

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

Stellungnahme der Sektor-Arbeitsgemeinschaft in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle „Freitagstrasse“

von Hildegard Georgiadis (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Rückblick seit 1998 – wie hat sich die Arbeit im Verbund seit der Gründung entwickelt?

Zu Beginn der Verbundarbeit waren Angebote für psychisch Kranke teilweise bereits vorhanden, jedoch bei weitem nicht in der heutigen, vielfältigen Form. Weder im Heimbereich, der teilstationären und stationären, noch in der ambulanten Versorgung, waren die Angebote und Kapazitäten ausreichend. In der Zwischenzeit haben sich positive Veränderungen durch die erweiterten Angebote, aber auch weniger positive Aspekte ergeben, z. B. durch erhöhten Verwaltungsaufwand oder neue Gesetzgebung. In der ersten SAG-Sitzung 1998 in der Freitagstr. trafen sich damals niedergelassene Ärzte, Vertreter von Institutionen und Behörden, ebenso die Anbieter komplementärer Einrichtungen, Vertreter der Sektorklinik, Betroffene, Angehörige, Vertreter des ambulant betreuten Wohnens, der Kontaktstellen und Mitarbeiter des SpDi erstmals in einer sektorbezogenen Arbeitsgemeinschaft. Seitdem haben die Treffen regelmäßig stattgefunden und sich als Forum für die folgenden Bereiche etabliert: Diskussion besonderer Problemlagen, Information, Fragestellungen, Neuerungen, Kritik, Vernetzung und Möglichkeiten des Austauschs. Die Teilnehmerzahl pendelte sich im Lauf der Jahre auf einen konstanten Level ein, der Schwerpunkt der Tätigkeitsbereiche variierte, derzeit sind Vertreter der ambulanten Angebote am stärksten in der SAG vertreten.

Von welchem Ausgangspunkt ging es los und was ist erreicht worden?

Seit 1998 hat sich die Versorgungssituation also insgesamt verbessert. Es gibt inzwischen eine vielfältige Angebotspalette, eine bessere Vernetzung und schnellere Informationswege. Die Möglichkeit der individuellen Hilfestellung im Bereich der ambulanten (ambulant betreutes Wohnen), teilstationären (Tagesstätte) und vollstationären Hilfen (Heimbereiche) sind im SGB XII (Hilfekonferenzen) festgelegt, die Steuerungsstelle wurde geschaffen. Es wurden weitere gesetzliche Voraussetzungen zur Verbesserung etabliert, z. B. im SGB V und der Pflegeversicherung. Spezielle Dienste im Bereich der Gerontopsychiatrie wie der Kommunale Seniorenservice, die Tagespflegeeinrichtungen, die WG's für Demenzkranke, die Kurzzeitpflege und die AGZ's wurden eingerichtet. Tagesklinische Angebote mit den Schwerpunkten Sucht, Gerontopsychiatrie, Migration und Psychosomatik entstanden zusätzlich zu den bestehenden Angeboten. Im Bereich der ambulanten Hilfen etablierten sich neben dem ambulant betreuten Wohnen und den Tagesstätten die Kontaktstellen. Der PPKD Krisendienst wurde im Laufe der Jahre eine feste Anlaufstelle in Notsituationen, der VPE (Verein Psychiatrie-Erfahrene) ist eine Konstante für Betroffene. Angebote für forensische Patienten wurden eingerichtet, die Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes nahmen ihre Arbeit auf, der Thematik der Migranten wurde besondere Aufmerksamkeit zuteil, ebenso wie der der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Neue Angebote für Menschen in schwierigen Lebenslagen wurden geschaffen oder ausgebaut, wie z. B. die der Tafel, der Stellen für Essensausgaben, Kleiderkammern, Wohnraumhilfe, HAIP Verbund, etc. Das Betreuungsgesetz wurde geändert, die Auswirkungen wurden in der SAG kritisch gesehen, da den Betreuern weniger Zeit für ihr Klientel blieb. Politische und gesetzliche Veränderungen mussten umgesetzt werden, beispielsweise die Einführung des Euro, die Schaffung der Region Hannover, die Reform des BSHG und schließlich die Überleitung zum SGB, die (u. a.) damit verbundene

Umsetzung von Harzt IV und die Einrichtung der Grundsicherung. Die Abschaffung des Zivildienstes und Schaffung des Bundesfreiwilligendienstes fanden ebenfalls innerhalb der vergangenen 15 Jahre statt.

Was haben die sich verändernden Rahmenbedingungen im Alltag bewirkt?

Grundsätzlich ergibt sich heute eine verbesserte Ausgangssituation mit vielfältigen Hilfsangeboten, die individuell in Anspruch genommen werden können – und meistens – wohnortnah stattfinden. Es müssen aber auch längere Wartezeiten z. B. bei der Beantragung ambulanter Hilfen oder tagesklinischer Aufnahmen in Kauf genommen werden. Es wird bei allen Teilnehmern über vermehrten Verwaltungsaufwand geklagt, über strengere Prüfungen und Auflagen. Die Verfahren bis zur Hilfeleistung dauern oft sehr lange. Es wird im Rahmen der SAG angesprochen, dass die Dokumentation zunehmend mehr Zeitraum einnimmt (auch im SpDi), ebenso die Teilnahme an den vielfältigen Gremien. Hier sollte weiterer Beanspruchung entgegen gewirkt werden. Bezüglich der JobCenter wird berichtet, dass Klienten durch deren Auflagen Probleme bekommen, u. a. bei Wohnungsausstattungen rechtzeitig an Mobiliar zu kommen. Die Kontakte zu den Sachbearbeitern gestalten sich schwierig, dies sei eine Verschlechterung gegenüber der ehemaligen Zuständigkeit des Sozialamtes. Durch die Abschaffung des Personalschlüssels und die Einführung der Fachleistungsstunden hatten die Anbieter finanzielle Verluste.

Positiv wird festgehalten, dass chronisch erkrankte Menschen mit den genannten Hilfestellungen im häuslichen Rahmen leben können, bzw. reintegriert werden und Heimeinweisungen vermieden werden können. Die Kosten der Maßnahmen begrenzen jedoch eine umfassende, individuelle Planung.

Zusammenarbeit, Austausch und Information in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes sind von Vorteil, auf zusätzliche Arbeitsbelastung ist zu achten.

Woran sollten wir in den nächsten Jahren verstärkt arbeiten?

Erkennen von Mängeln im Versorgungsbedarf und Mitarbeit an Verbesserungen der bestehenden Hilfsmöglichkeiten.

Aus der Runde der Teilnehmer gab es lebhafte Wortmeldungen, es bildeten sich folgende Schwerpunktthemen heraus: Die Eingliederungshilfe, Klinikbehandlungen in psychiatrischen Kliniken, der Versorgungsbedarf bei jungen Erwachsenen sowie eine gemeindenahere Versorgung in Krisensituationen.

Bezüglich der Eingliederungshilfe werden Verbesserungen gewünscht. Kürzere Verfahren, weniger Verwaltungsaufwand (Genehmigung für drei Monate, Entwicklungsberichte), eine wertschätzende Behandlung der Klienten, Akzeptanz der Anbieter und eine bessere Kommunikation mit dem Kostenträger. Gleicher Informationsstand der Mitarbeiter des Kostenträgers. Standardformation an alle Beteiligten, wenn die Hilfen beendet werden. Möglichkeiten für differenzierte Stundenkontingente, z.B. Erhöhung oder Verringerung in besonderen Situationen. Fortsetzung der Unterstützung während Klinikaufnahmen. Kurzfristige und zeitlich begrenzte Krisenintervention. Netzwerkarbeit von

Anbietern und Kostenträgern, Verbesserung der Aufnahme­standards der Anbieter (ABW) bei Neu­anmeldungen. Ambulante psychiatrische Kranken­pflege unterscheidet sich vom ABW, sollte daher differenziert und auch neben dem ABW eingesetzt werden. Entlassungen aus Langzeiteinrichtungen in den ambulanten Bereich könnten mit flexiblerem Stundenkontingent und variablen Einsatz­möglichkeiten möglich werden.

Klinikbehandlungen in den Sektorkliniken finden größtenteils fernab der Wohnorte und nicht gemeindenah statt, diesbezüglich wird es wohl keine Änderungen geben. Aufnahmen sollten verbessert werden und nicht regelhaft unter hohen Sicherheitsstandards, sondern differenzierter erfolgen, die bisherige Praxis löst oft zusätzliche Ängste aus. Regelmäßiger Kontakt zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten/Klinikpersonal ist wünschenswert. Gut vorbereitete Klinikentlassungen und Nachsorge mit gleichbleibenden Standards sind wichtige Faktoren für eine künftige Stabilisierung. Es wird heute angeregt, nach Vereinbarung am großen Sozialarbeitertreffen im Klinikum Wahren­dorff teilzunehmen.

Es besteht Verbesserungsbedarf in der Versorgung junger, psychosekranker Erwachsener (18–25 J.), die noch am Anfang einer Berufsfindung stehen, aber zur Verselbstständigung von zu Hause ausziehen möchten. Eine umfängliche Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, fachärztliche Behandlung mit dem Aufbau einer guten Compliance, Entwicklung beruflicher Perspektiven und eine gezielte Hilfestellung beim Umgang mit Behörden werden benötigt. Kleine, speziell auf den Bedarf ausgerichtete stationäre Hilfen wären hier notwendig.

Wünschenswert wäre eine gemeindenaher Versorgung in Krisensituationen: Kleine Notfalleinheiten, die in Wohnungen oder städtischen Krankenhäusern untergebracht werden, mit drei oder vier Notfallbetten für kurzfristige Krisenintervention, geschultem Personal, fachärztlicher Begleitung, jedoch ohne ausschließliche Arztzentriertheit. Kann hier auf bereits bestehende Konzepte zurückgegriffen werden? Bei Neuentwicklung ggfs. Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

Anschrift der Verfasserin:

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

Stellungnahme der Sektor-Arbeitsgemeinschaft in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle „Königstrasse“

von Andreas Roempler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle „Hornemannweg 5“ seit 07/1999 Königstraße 6

So fing es an

Am 04.12.1997 ist im Beisein des Sozialdezernenten Herrn Walter der Sozialpsychiatrische Verbund in der Landeshauptstadt Hannover neu gegründet worden. Damit wurde den Vorgaben, des im Juni 1997 novellierten NPsychKG Rechnung getragen.

„Die Geschäftsführung für die Sektor-AG ist dem sozialpsychiatrischen Dienst in dem einzelnen Einzugsgebiet übertragen worden.“

„Zu den Aufgaben gehören

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

(Quelle: Dr. Gephart von 13.05.1998)

Konstituierende Sitzungen und Besprechungen folgten um spezifische sozialpsychiatrische Themenstellung zu eruieren und mögliche Teilnehmer benennen und einladen zu können.

Die erste Sektor-AG fand am 07.10.1998 (noch) in den Räumen der Beratungsstelle Hornemannweg 5 statt.

In diesem Zusammenhang verdienen die teilnehmenden Institutionen „der ersten Stunde“ genannt zu werden, gerade weil etliche noch heute, 15 Jahre später, zuverlässig an den Sitzungen teilnehmen.

WH Nordfelder Reihe, Frauenunterkunft, beta89, Vahrenheider Werkstatt, Verein zur Förderung seelisch Behinderter, Arbeitskreis der Angehörigen Niedersachsen/Bremen (AANB), Verein Psychiatrie Erfahrener, Transkultureller Pflegedienst, Diakoniestation Nordstadt, Betreuungsstelle LHH, Bewährungshilfe (LG Hannover), Beratungsstelle Hagenstraße, Diakonischer Betreuungsverein, Jugend-Familien und Erziehungsberatung, Hannoversche Werkstätten, Niels Stensen Haus, Dr. Oelkers,

Bereits in der nächsten Sitzung erweiterte sich dieser Teilnehmerkreis um:

KSD Schulenburgerlandstraße, KSD Schaufelderstr., Betreuungsverein f. psychosoziale Hilfen, KSD Mitte, Tagesstätte Balance e.V., Präventionsprogramm Polizeisozialarbeit (PPS)

In Folgendem wurden analog zu den gestellten Aufgaben epochale Projekte unter Einladung von Spezialisten zu den jeweiligen Themen vorgestellt, diskutiert, Problemfälle gemeinsam bearbeitet und Lösungsstrategien entwickelt.

Inhaltlich sind dem Zeitgeist entsprechend aktuelle Themen bearbeitet worden:

Protokollauszug:

- Sozialpsychiatrischer Plan
- Projekt für psychisch gesundende Studierende
- Modellprojekt „Gewalt gegen ältere Menschen“
- Ablösung der Fallkonferenzen durch Hilfeforenzen
- Modellprojekt „Gerontopsychiatrische Zentren in Hannover
- Vorsorgevollmachten (Ende der Gewalt in der Psychiatrie)
- „Soteria“, ein neues Behandlungskonzept
- Arbeit der Betreuungsstelle der Region Hannover
- Psychosozialer Psychiatrischer Krisendienst
- Psychiatrischer Notdienst Behandlungsvereinbarungen

(Aus nachvollziehbaren Gründen sind hier lediglich die Überschrift der bearbeiteten Themen genannt. Detaillierte Informationen sind im jeweiligen sozialpsychiatrischen psychiatrischen Plan und den Protokollen nachzulesen.)

Früheren Protokollen ist zu entnehmen, dass sich ein fester zuverlässiger und interessierter Teilnehmerkreis entwickelte.

Die regelmäßigen Treffen jeweils am 1. Mittwoch, jeden 2. Monat ab 13:30 Uhr sind zu einer verlässlichen Einrichtung geworden, die im Übrigen auch heute noch Bestand hat.

Interessierte Gäste, die ihre (neuen) Einrichtungen oder Angebote vorstellten konnten oft begrüßt werden. Gezielte Fachvorträge durch eingeladene Referenten rundeten das umfassende Spektrum deutlich ab.

Retroperspektiv betrachtet wurde über einschlägige Veranstaltungen und Informationen zu verschiedenen Einrichtungen informiert.

In Anbetracht des noch nicht nach heutigen Maßstäben ausgebauten elektronischen Vernetzungssystems, kam gerade der aktuellen Informationsweitergabe eine wichtige Bedeutung zu.

Die Gründung der Region Hannover beeinflusste die Tätigkeit, der an sich Sektor bezogenen Ausrichtung der AG insofern, dass auch die gesamte Region betreffende Themen nun mehr und mehr in den Fokus rückte.

Das drückte sich in den bearbeiteten Themen deutlich aus:

- **Neusektorisierung**
- **Versorgung der einzelnen Sektoren (Behandlungsermächtigung der ehemaligen „Stadtsektoren)**
- **Obdachlosenarbeit (Notunterkünfte und aufsuchende Hilfen)**
- **Institutsambulanzen**
- **Einweisungs- und Unterbringungsverfahren**
- **Zusammentragung nicht Sektor gebundener Angebote**

Schlaglichter

Mit Einführung der elektronischen Datenverarbeitung und Aktenführung für alle Beratungsstellen der Region Hannover wurden hinsichtlich der Schweigepflicht Bedenken in der Sektor-AG geäußert. Da das Programm aber nicht so ausgelegt war, dass es zentral einsichtig ist und datenschutzrechtlich überprüft war, konnten sich diese Befürchtungen ausräumen lassen.

Alte Teilnehmerlisten der Sektor-AG zeigen auf, dass neben den bereits genannten Teilnehmern, der „ersten Stunde“ auch die zuständigen Richterinnen des AG Hannover aktiv mitarbeiteten. Fachvorträge zum Betreuungsrecht und NPschKG bereicherten die regelmäßigen Treffen.

Die Neuausrichtung des KSD wurde in der Sektor-AG mit einleitendem Fachvortrag bekannt gemacht, kontrovers diskutiert und mögliche Folgen für psychisch erkrankte Menschen abgeleitet.

Die Einführung von Hartz IV-Arbeitslosengeld II betrifft einen Großteil der betreuten Klienten, die nun nicht mehr automatisch über das Sozialamt krankenversichert sind.

Durch schnelles Erkennen der aktuellen Lage, gelang es die Betroffenen Klienten rechtzeitig zu informieren und Hilfestellung bei der Beantragung zu geben.

Die Verhandlungen mit der kassenärztlichen Vereinigung gestalten sich nicht unproblematisch. Die Behandlungsermächtigung, zumindest für die ehemals städtischen Beratungsstellen steht auf dem Spiel.

Mögliche negative Auswirkungen für die betroffenen Klienten wurden deutlich benannt, Alternativen waren kaum auszumachen.

Letztlich konnte die Behandlungsermächtigung doch beibehalten werden.

Das Präventionsprogramm Polizeisozialarbeit (PPS) wird definitiv eingestellt. Damit ist die Polizei, zum allgemeinen Bedauern, nicht mehr in der Sektor-AG vertreten. Die im Laufe der Zeit entstandene wertvolle, vernetzte, sich überschneidende Zusammenarbeit ist damit zunächst alternativlos beendet.

Nach einer gewissen „Schocküberwindungszeit“ entsteht innerhalb der Sektor-AG die Idee doch die jeweils zuständigen Kontaktbeamten der Polizei einzuladen. Das gestaltet sich derzeit nicht einfach, zumal die Polizeireviere Einsatzbereiche haben, die nicht mit der „Sektorisierung“ im Einklang stehen.

Dennoch gelingt es ein Konstrukt zu finden, die es den KontaktbeamtInnen ermöglicht regelmäßig an der Sektor-AG teilzunehmen. Das geschieht bis zum heutigen Tag.

Die Lebenssituation insbesondere älterer meist vereinsamer MigrantInnen wird erkannt und aufgegriffen. In Zusammenarbeit mit dem Transkulturellen Betreuungsverein und dem ethnomedizinischen Zentrum wird nach Hilfsangeboten gesucht.

Das gerontopsychiatrische Zentrum und der transkulturelle Pflegedienst kooperieren.

Das Betreuungsrechtänderungsgesetz tritt in Kraft. Neben anderen Änderungen wird die minutiöse Abrechnung durch Pauschalisierungen ersetzt. Welche Auswirkungen das Gesetz auf die Versorgung der Klienten haben wird, ist derzeit nur zu erahnen.

Nach der Umstellung auf Hartz IV-Arbeitslosengeld II ist meist nicht mehr das Sozialamt für die Klienten zuständig, sondern die ARGE-JobCenter. Eine Zusammenarbeit mit den JobCentern war schwer und nur auf geringem Niveau möglich.

Kommunikationsprobleme und Unkenntnis der jeweiligen Arbeitsweisen wurden kausal gemacht.

In der Folge gelang es, aus den zuständigen JobCentern Vertreter (hier Fallmanager) in die SAG einzuladen. Es wurde schnell deutlich, dass ein erheblicher Anteil psychisch erkrankter Menschen das JobCenter aufsucht.

Inzwischen nehmen Vertreter der JobCenter ständig an der Sektor AG sehr interessiert teil. Kooperation und Zusammenarbeit auf verschiedensten Ebenen prägen nun das Bild.

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche und deren Familien stellt ihre Aufgaben den Zuständigkeitsbereich und die Handlungsmöglichkeiten im Detail vor.

Das Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen ist umgesetzt. Anfängliche Bedenken, dass die meist rauchenden Klienten, dieses nicht tolerieren würden und z.B. Kontaktstellen Tagesstätten, Treffpunkte und Gruppen nicht mehr besuchen, bewahrheiten sich nicht.

Kooperation mit dem KSD zum Thema „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“
Das Konzept und die Leitlinien werden in der Sektor AG vorgestellt.

Die Einführung umfassender Formulare zur besseren Erfassung des Hilfebedarfes in der Eingliederungshilfe verunsichern zunächst, weil ein erheblicher Mehraufwand gesehen wird. Gemeint sind: „Die Fachärztliche Stellungnahme und II Empfehlung der Hilfef Konferenz.“

Die Möglichkeit das „persönliche Budget“ in der Eingliederungshilfe zu beantragen, beschäftigt die Sektor AG in mehreren Sitzungen. Interessierte und auch kontroverse Diskussionen prägen das Bild. Erläuterung gibt schließlich der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, wo das Thema ebenfalls behandelt wurde.

Das „Bündnis gegen Depression in der Region Hannover“ findet großen Anklang, die vorgestellten Aktionen und Informationsveranstaltungen werden als wichtig erlebt und deshalb gut besucht.

Das „Winternotprogramm für Wohnungslose“ wird durch die Zentrale Beratungsstelle Hannover vorgestellt und findet großen Anklang. Kooperationen werden verabredet.

Die Problematik mit Klienten unter 25 Jahren beschäftigt nicht nur einzelne Teilnehmer der Sektor AG, sie ist an sich ein zentrales Thema und wird deshalb in der Arbeitsgruppe aufgegriffen. Mögliche Kooperation, Vernetzungen und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern, Institutionen und Behörden werden erkannt und inhaltlich umgesetzt. In diesem Zusammenhang ergeben sich wertvolle Verknüpfungen bezüglich Arbeits-, Beschäftigungs- und Ausbildungschancen für diese Klienten.

Darüber hinaus haben sich in den vergangenen Jahren sämtliche Teilnehmer, Einrichtungen und ihr Angebotspektrum sehr detailliert in der Arbeitsgruppe vorgestellt.

Die Sektor AG ist insofern nun eine „Institution“ geworden, dass sich gerade neue Leistungsanbieter oder Einrichtungen ihr Angebot oder Angebotsänderungen gern in der Arbeitsgemeinschaft vorstellen.

Gastteilnehmer, um z.B. Fachvorträge zu halten oder aus anderen beruflichen Interessen teilnehmen möchten, waren und sind stets in der Sektor AG willkommen.

Mittlerweile ist auf Anregung der Teilnehmer dazu übergegangen worden, die Arbeitstreffen nicht nur in den Diensträumen der Beratungsstelle Königstraße stattfinden zu lassen, verschiedene Einrichtungen konnte so besichtigt werden.

(Um den Rahmen nicht zu sprengen wurden die „Schlaglichter“ nach 15 jähriger Tätigkeit der SAG, nur auszugsweise dargestellt. Auf genaue Datumsangaben ist absichtlich verzichtet worden.)

Rückblickend ist evident, dass die Arbeit der Sektor AG mehr als die zunächst vorgesehenen Aufgaben bewältigen konnte. In vielen Bereichen ist es gelungen Kooperationen, Vernetzungen und Zusammenarbeit zu installieren.

Ausgehend von einer Zielsetzung „Erkennung von ungedecktem Versorgungsbedarf und Verbesserung der Versorgungssituation im Sektor“ muss bemerkt werden, dass überhaupt jeweils nur „Etappenziele“ erreicht werden können. Die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund unterliegt eben dem Zeitgeschehen, wie das Gesellschaftsleben selbst. Das bedeutet veränderte Situationen auf der Bedingungebene zu erkennen und sich den neuen Herausforderungen zu stellen.

Ausblicke

Im Grunde werden das Anliegen und die Ausrichtung der Arbeitsgemeinschaft als gut und sinnvoll erachtet und zwar genauso wie es sich jetzt darstellt. Die Arbeitsweise oder Zielsetzung, sprich Auftrag zu verändern, kann derzeit nicht in Erwägung gezogen werden, zumal der damals gestellte Arbeitsauftrag an die SAG heute noch richtig und zutreffen ist.

Die Tätigkeit der SAG orientiert sich letztlich auch am gesellschaftlich-politischen Zeitgeschehen welches, im Hinblick auf die Versorgungssituation der Klienten, Auswirkungen haben kann. Diese Themen werden aufgegriffen, diskutiert und sofern das realisierbar ist, Strategien und Handlungsmöglichkeiten erwogen.

Besonders positiv wird in der SAG die Möglichkeit gesehen andere Teilnehmer und Einrichtungen kennen zu lernen und „ins Gespräch“ zu kommen. Kooperation und Vernetzung erwachsen so daraus.

Wünschenswert für die weitere Arbeit ist:

- Vermehrt die Möglichkeit zu nutzen „Fallvorstellungen“ durchzuführen.
- Fachvorträge zu ausgewählten Themen zu organisieren.

Anschrift des Verfassers

Andreas Roempler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Königstr. 6 · 30175 Hannover

E-Mail: Andreas.Roempler@Region-Hannover.de

Regionale Psychiatrieberichterstattung für die Jahre 2011 und 2012

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

1. Zur Sozialstruktur der Bevölkerung

Eine Großstadtregion mit ländlichen und urban hoch verdichteten Teilgebieten

Die Region Hannover ist in Niedersachsen die einzige und in Deutschland eine von insgesamt 15 Großstadtregionen. In einem bundesweiten Vergleich zwischen den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie neun weiteren Großstadtregionen umfasst die Region Hannover mit 2291 qkm bei weitem die größte Fläche; bei der Einwohnerzahl liegt sie nach Berlin, Hamburg und München an vierter Stelle.¹

¹ Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. www.lpk-bw.de/archiv/news2007/pdf/070803_gmk_psychiatrie_bericht_2007.pdf

Die Bevölkerungsdichte innerhalb der Region schwankt zwischen 43,6 Einwohnern pro Hektar im Sektor 6 (BS MHH-List) und 2,5 E./ha im Sektor 7 (BS Burgdorf), im Durchschnitt beträgt sie in der Stadt Hannover 26,2 E./ha und im Umland der Region 3,1 E./ha.²

Stabile Einwohnerzahlen mit sinkendem Anteil von Kindern und Jugendlichen

Im Vergleich der niedersächsischen Kommunen weist die Bevölkerung der Region Hannover eine ziemlich durchschnittliche Altersverteilung auf: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren lag Ende 2012 wie im niedersächsischen Durchschnitt bei 16 % und hat seit 2006 um 2 % abgenommen.³ Der Anteil der Personen zwischen 18 und unter 65 Jahren beträgt 63 % (Niedersachsen: 62 %); Personen im Alter ab 65 Jahren machten 21 % (Niedersachsen: 22 %) aus. Insgesamt verzeichnete die Region in den letzten Jahren eine geringfügige Zunahme ihrer Einwohnerzahl (2005: 1.128.787; 2010: 1.132.130; 2012: 1.141.991), während die niedersächsische Bevölkerung seit 2005 insgesamt von 8,00 Mio. auf 7,92 Mio. abnahm.

Große Unterschiede innerhalb der Region beim Arbeitslosenanteil

Soziale und psychiatrische Problemlagen hängen miteinander zusammen, und neben der Bevölkerungsdichte gibt auch der Arbeitslosenanteil eines Einzugsgebiets Hinweise für einen dort ggf. erhöhten Bedarf an psychiatrischen Hilfen.⁴ Der Anteil Arbeitsloser an den Personen im Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren lag in der Region Hannover 2012 mit 6,5 % (2006: 9,7 %) über dem niedersächsischen Durchschnitt von 5,3 % (2006: 8,5 %). Bei Längsschnittuntersuchungen mit dieser Kennzahl ist allerdings Vorsicht geboten: Änderungen der gesetzlichen Grundlagen und der Definition, wer als arbeitslos gemeldet registriert wird, können die Ergebnisse auch unabhängig von der tatsächlichen Lage verändern. Auch sind die vom Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie (NLSKN) gelieferten Zahlen nicht identisch mit denen der kommunalen Ebene (Stadt und Region Hannover).

In den letzten fünf Jahren blieb der Anteil nicht arbeitstätiger Personen unter den sozialpsychiatrisch betreuten Patienten unverändert hoch, obwohl die Arbeitslosigkeit in der Gesamtbevölkerung der Region zurückging. Das zeigt die Auswertung der Datenblätter C von Hilfsangeboten der Angebotsform 10 für Patienten zwischen 18 und unter 65 Jahren, die ihren Wohnsitz in der Region haben (Abbildung 1). Innerhalb der Region lag der Arbeitslosenanteil im Dezember 2012 zwischen 4,3 % im Sektor 10 (BS Langenhagen) und 10,0 % im Sektor 4 (BS Deisterstraße); im gesamten Stadtgebiet Hannovers betrug er 7,7 % und im Umland der Region 4,9 %. Eine genauere Analyse der Arbeitslosenzahlen in der Region Hannover nach Rechtskreisen zeigt, dass zwar die Bezieher von Arbeitslosengeld (ALG) I abnehmen, die Langzeitarbeitslosen mit Bezug von ALG II jedoch nicht.⁵

2 Eigene Berechnungen nach den Daten der Landeshauptstadt (01.01.2013) und Region (31.12.2012) Hannover

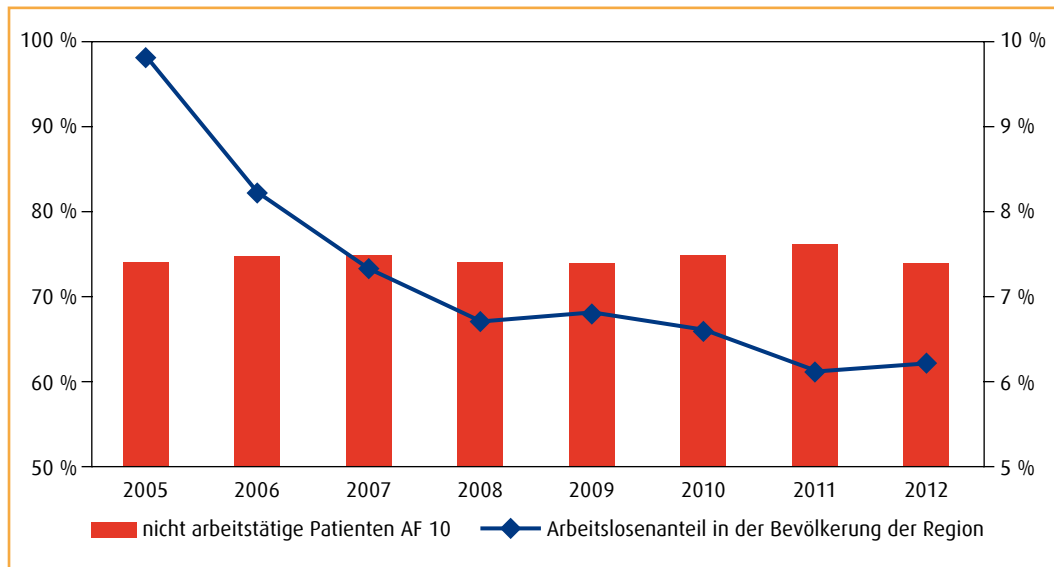
3 Eigene Berechnungen nach den Daten des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (jeweils 31.12. des Berichtsjahres)

4 Gapski J et al. (2011): Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun?

In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (Hg.): Sozialpsychiatrischer Plan 2011 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. http://dyn2.hannover.de/data/download/RH/Ges_Soz/sozpsych/sozpsychpl2011/Sozialpsyplan_2011.pdf

5 Dezernat für Soziale Infrastruktur der Region Hannover (2011): Sozialbericht der Region Hannover – Berichtsjahr 2009. Hannover (Eigendruck); S. 53

Abb. 1: Arbeitslose Einwohner und nicht arbeitstätige Patienten (nur AF 10)



2. Zur psychiatrischen Versorgungsstruktur

Lange Tradition gemeindepsychiatrischer Reformbemühungen

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

Ausbau ambulanteilstationärer Angebote, Heimplätze ersetzen Klinikbetten

Eine erste Studie zum Umfang der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Gesamtgebiet der Landeshauptstadt und des damaligen Landkreises Hannover führte vor 45 Jahren bereits Heiner Frost durch.⁷ Ein Vergleich mit den seit 1998 für den SpP erhobenen Zahlen verdeutlicht, wie viele

⁶ siehe die diesbezüglichen Ausführungen im Sozialpsychiatrischen Plan 2013/2014 der Region Hannover

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

ambulante und teilstationäre Angebote neu geschaffen bzw. schrittweise ausgebaut wurden (Tabelle 1). Im stationären Bereich sank die Zahl der Klinikbetten von 1967 bis 1998 um 60 % (Abnahme von 2781 auf 1101), während im selben Zeitraum fast ebenso viele psychiatrische Wohn- und Pflegeheimplätze hinzukamen (Anstieg von 230 auf 1862). Hierbei muss mitbedacht werden, dass die Heime einen bisher unbekanntem Anteil von Bewohnern aus anderen Kommunen betreuen und das KRH Psychiatrie Wunstorf sowie das Klinikum Warendorff weiterhin auch außerhalb der Region Hannover Versorgungsverpflichtungen haben.

Tab. 1: Umfang einiger Hilfsangebote in der Region Hannover 1967–2012

Anzahl der Einwohner (in Mio.)			0,81	1,14	1,13	1,13	1,14
Angebotsform mit Code-Nummer			1967	1998	2006	2009	2012
ambulant	10	amb.-aufsuchende Dienste (SpDi/PIA)	3	11	21	22	24
	12	Kontakt- und Beratungsstellen	0	9	10	11	11
	13	Plätze amb. betr. Wohnen (SGB XII)	0	291	~1000	1337*	1507*
teilstationär	20	Plätze Tagklinik Erwachsene (SGB V)	0	118	136*	221*	278*
	21	Plätze Tagklinik KJP (SGB V)	0	5	20*	21*	42*
	23	Plätze Tagesstätten (SGB XII)	0	109	187	195*	195*
	24/25	beschützte Arbeitsplätze (WfbM, RPK)	0	300	447	567	637**
stationär	30	Klinikbetten Erwachsene (SGB V)	2701	1032	865*	844*	893*
	31	Klinikbetten KJP (SGB V)	80	69	98*	103*	109*
	33	Wohnheimplätze (SGB XII)	0	525	646	1398*	1555*
	34	Pflegeheimplätze (SGB XI, SGB XII)	230	1337	1228	1447	737

*) Daten zur Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen 2006–2012;

Quellen: nds. Krankenhausplan, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Region Hannover (AF 13)

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

Nicht besonders viele niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten

In die Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen wurden seit 2010 auch Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) einbezogen. Sie geben Auskunft über die Zahl der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum niedergelassenen bzw. angestellten psychiatri-

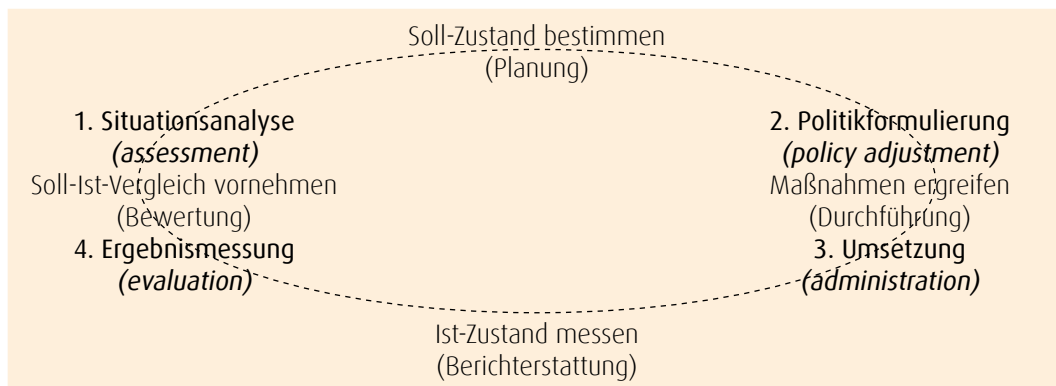
schen Fachärzte und Psychotherapeuten. Die dort gemessenen Anrechnungsfaktoren entsprechen den im Angestelltenbereich üblichen Vollzeitkraft-Anteilen (VZK). Zählt man nach dieser Methode die Fachärzte für Psychiatrie, für Nervenheilkunde sowie für Neurologie und Psychiatrie (mit und ohne Psychotherapie) zusammen, ergibt sich für die Region Hannover im Berichtsjahr 2012 ein Wert von 5,1 VZK pro 100.000 Einwohner. Der Wert liegt über dem niedersächsischen Durchschnitt (3,6), aber unter den Werten einiger größerer Städte (bis 6,7) und mancher Landkreise (bis 7,2). Auch bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die Region Hannover mit 2,6 VZK pro 100.000 Einwohner über dem Durchschnittswert für Niedersachsen (1,6); weit vorn aber rangieren die Stadt Oldenburg (6,5) und der Landkreis Göttingen (4,7). Wenn man ärztliche, psychologische sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zusammenzählt, kommt man in der Region auf 29,4 VZK pro 100.000 Einwohner, in ganz Niedersachsen sind es durchschnittlich 22,8. An der Spitze liegen hier die Städte Osnabrück (68,9), Oldenburg (47,1) und Braunschweig (41,5) sowie der Landkreis Göttingen (55,9). Selbstverständlich sagen diese Zahlen noch nicht, wie viele Menschen psychiatrisch-psychotherapeutisch im KVN-System behandelt werden, zumal Nervenärzte bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie in ihrer Praxis oft mit körperlich kranken Patienten ohne psychische Begleiterkrankung zu tun haben.

3. Zum Qualitätsentwicklungskonzept

Nutzung quantitativer Daten für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Zu einer bedarfsgerechten Qualitätsentwicklung wohnortnaher Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in einer Kommune gehören regelmäßig erhobene Daten zum tatsächlichen Versorgungsangebot.⁸ Im Sinne des PDCA-Zirkels (*Plan, Do, Check, Act*) ist eine datengestützte Situationsanalyse Voraussetzung für die Formulierung politischer Entscheidungen (Abbildung 2). Auch die in der Umsetzung angestrebten Ergebnisse sollten messbar sein und können dann wiederum Ausgangspunkt für eine neue Situationsanalyse sein. Ein einheitlicher Merkmalskatalog für alle Hilfsangebote mit wenigen Merkmalen, die eine Berechnung aussagekräftiger Kennzahlen erlauben, hält den Aufwand für die Erhebung und Auswertung der Daten in Grenzen. Die Kennzahlen sollten nicht nur den Zwecken einer regionalen und landesweiten Psychiatrieberichterstattung genügen, sondern auch für das interne Controlling der teilnehmenden Einrichtungsträger nutzbar sein.

Abb. 2: Der Zirkelprozess von Planung, Durchführung und Überprüfung



⁸ Elgeti H (2003): Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen 33(1): 24-29

Mehr Engagement für die Teilnahme an der Datenerhebung notwendig

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) der Region hat seit 1998 schrittweise eine regionale Psychiatrieberichterstattung nach den oben skizzierten Kriterien aufgebaut. Sie basiert auf den statistischen Jahresberichten (Formulare der Datenblätter A, B, C im Anhang 1 dieses Beitrags) der Einrichtungsträger, die sich am SpV beteiligen, ergänzt um Angaben zur Sozialstruktur der Einwohner in den einzelnen Versorgungssektoren der Region. Das Datenblatt A ist seit 1998 in Gebrauch, das Datenblatt B seit 1999 und das Datenblatt C seit 2001. Die jährlichen Auswertungsberichte werden im Sozialpsychiatrischen Plan der Region Hannover veröffentlicht, das Konzept und die Ergebnisse bis 2006 sind auch in einem Buchbeitrag zusammengefasst nachzulesen.⁹ Es fällt vielen Einrichtungsträgern leider immer noch schwer, wenigstens die Datenblätter A und B bis Ende März des Folgejahres der Geschäftsstelle des SpV zuzusenden. Durch hartnäckiges Nachfassen konnten für die Berichtsjahre 2001, 2004 und 2006 einigermaßen vollständige, auf den neuesten Stand gebrachte Datensätze erhoben und ausgewertet werden. Ab dem Berichtsjahr 2013 ist für die von der Region Hannover geförderten Suchtberatungsstellen für legale Suchtmittel die Beteiligung an der Psychiatrieberichterstattung einschließlich Datenblatt C Bestandteil der Qualitätsvereinbarung. Diese Vereinbarung sollte für andere Versorgungsbereiche beispielgebend sein.

Eröffnung von Vergleichsmöglichkeiten durch 28 definierte Kennzahlen

Alle Hilfsangebote mit vergleichbarem Leistungsspektrum werden in einer Angebotsform zusammengefasst, und alle Angebotsformen werden einer der drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer bzw. stationärer Hilfen zugeordnet (Liste der Angebotsformen im Anhang 2 dieses Beitrags). Ein EDV-Programm berechnet aus den Rohdaten insgesamt 28 Kennzahlen (Liste der Kennzahlen im Anhang 3 dieses Beitrags). 8 von ihnen beschreiben Hilfsangebote nach Angaben auf den Datenblättern A und B (K1-K8), 11 weitere kennzeichnen Patientengruppen nach den auf dem Datenblatt C abgefragten Merkmalen (K9-K19). Das sind zunächst persönliche Merkmale wie Geschlecht (K9), Altersgruppe (K10-K12) und Herkunftsregion (K17) der Patienten. Darüber hinaus lässt sich aus je vier psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen der psychosoziale Risikoscore (K14) ermitteln. Wenn die Hauptbezugsperson des betreffenden Hilfsangebots auch für die Angebotsübergreifende Fallkoordination (K18) zuständig ist, wird noch nach Versorgungskombinationen im Berichtsjahr (K19) gefragt. Auf die Größe und Sozialstruktur der Region, ihrer Teilgebiete bzw. Sektoren beziehen sich 6 Kennzahlen (K20-K25), 3 weitere auf alle Hilfsangebote einer Angebotsform oder Leistungsart in einem Einzugsgebiet: Bezogen auf 100.000 Einwohner werden die Inanspruchnahme (K26), das Platzangebot (K27) und der Fachkräfteeinsatz (K28) berechnet.

Angebot detaillierter Ergebnisdarstellung für Einrichtungen und Fachgruppen

Bis zur Klärung datenschutzrechtlicher Bedenken sieht die Region Hannover davon ab, die automatisiert erstellten Auswertungstabellen mit allen berechneten Kennzahlen – wie eigentlich geplant – im Internet allgemein zugänglich zu machen. Es besteht jedoch für Einrichtungsträger und Fachgruppen des SpV immer die Möglichkeit, detaillierte Auswertungen zu den sie jeweils betreffenden Teilbereichen anzufordern. Im persönlichen Gespräch kann man sich erläutern lassen, wie diese Da-

⁹ 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, 132-147

ten für eine interne Qualitätsentwicklung ihrer Hilfsangebote eingesetzt werden können. Vor allem der Sozialpsychiatrische Dienst der Region hat von diesem Angebot bisher regelmäßig Gebrauch gemacht, zuletzt haben auch Anbieter von ambulant betreutem Wohnen davon profitiert.

4. Zu den teilnehmenden Einrichtungen und ihren Hilfsangeboten

Zu wenige Daten für Vergleiche zwischen Hilfsangeboten aller Angebotsformen

Am SpV der Region Hannover waren 2012 neben einigen Berufsverbänden, Selbsthilfe-Initiativen und Gästen ohne eigene psychiatrische Dienste insgesamt 84 Einrichtungen mit 235 verschiedenen Hilfsangeboten beteiligt. Der Anteil derjenigen Hilfsangebote, die statistische Daten lieferten, lag für Angaben zum Datenblatt A bei 44 % (N=103) und zum Datenblatt B bei 31 % (N=73). Nur in der Angebotsform 10, wo Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) für erwachsene Patienten zusammengefasst sind, sowie in der Angebotsform 16 (Suchtberatungsstellen) betrug der Anteil von Hilfsangeboten mit Angaben mehr als 50 %. Berechnungen der Kennzahlen K1 bis K9 zu den Hilfsangeboten sind unter diesen Umständen auf der Ebene der Angebotsformen nicht aussagekräftig und wurden daher auch diesmal nicht in den Auswertungsbericht aufgenommen.

Patientenbezogene Daten nur für eine Minderheit der Nutzer vorhanden

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

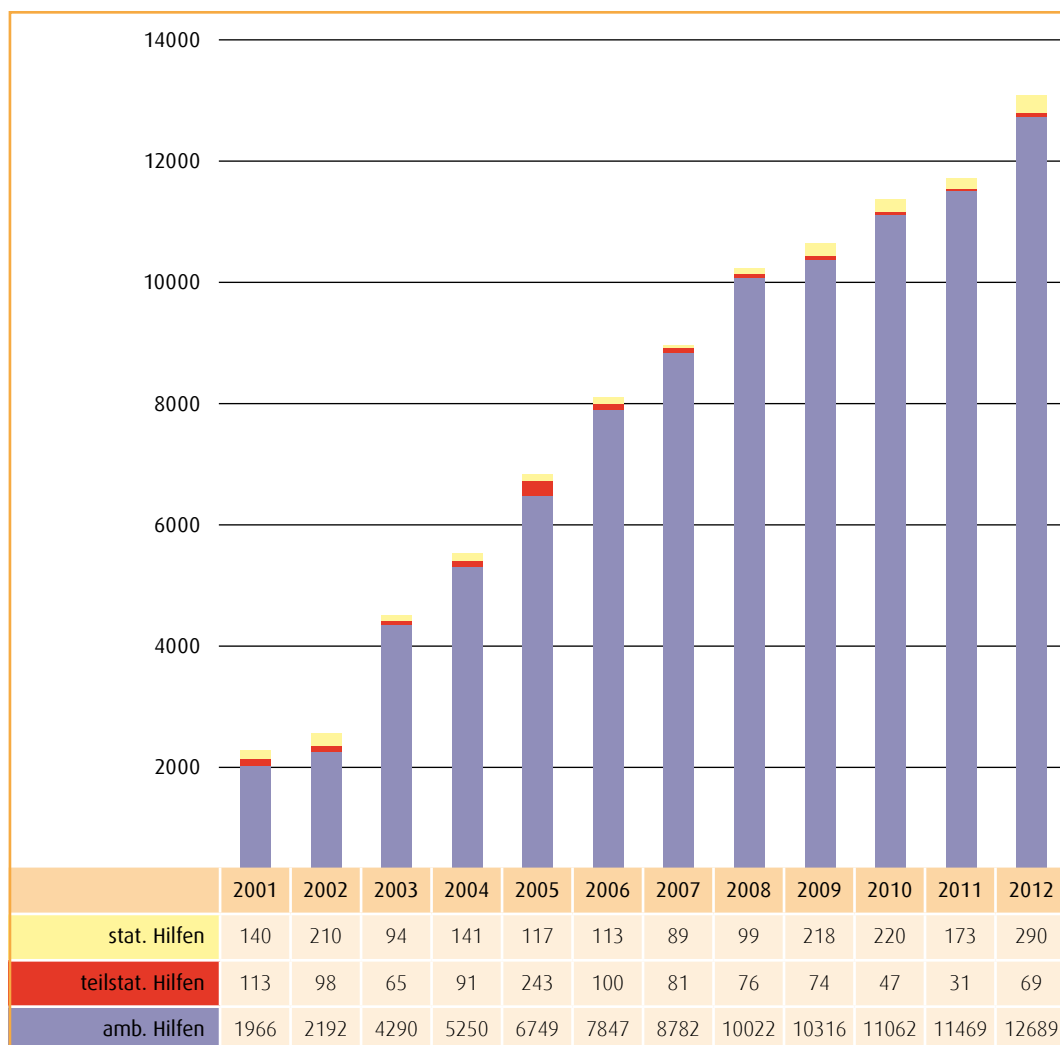
Patientengruppen-Vergleiche für einige ambulante Angebotsformen möglich

Für 26 Hilfsangebote konnten für das Berichtsjahr 2011 11.673 Datenblätter C zur anonymisierten patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden, 2012 waren es 34 Hilfsangebote mit 13.048 Datensätzen (Abbildung 3). Ohne Berücksichtigung der 18 Kontaktstellen in AF 12 waren 2011 114 ambulante Hilfsangebote im SpV der Region registriert, von denen 19 (17 %) Datenblätter C zur Auswertung einsandten; 2012 waren es von 118 ambulanten Hilfsangeboten 26 (22 %). Allein 9.673 Datensätze kamen 2012 vom SpDi der Region (Zentrale und 10 Beratungsstellen). In den Angebotsformen 10 und 11 beteiligten sich daneben nur noch – in allerding nur geringfügigem Ausmaß – der Sozialpsychiatrische Dienst in der Poliklinik Campus (2011 mit 16 und 2012 mit 34 Datensätzen) und die PIA der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List (2011 mit 46 Datensätzen) der MHH. Datenblätter C lieferten auch 4 (2011) bzw. 7 (2012) von 28 Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) mit 680 (2011) bzw. 936 Datenblättern C. Von insgesamt 17 Suchtberatungsstellen (Sucht-BS) in der AF 16 lag die Beteiligung 2011 bei 5 und 2012

bei 6 Hilfsangeboten, von denen 1.207 (2011) bzw. 1.709 (2012) Datenblätter C zur Auswertung kamen. Ein weiteres ambulantes Hilfsangebot mit Datenblättern C war in der AF 19 der Diakonische Betreuungsverein (2011 mit 320 und 2012 mit 337 DB C).

Von den insgesamt 42 (2011) bzw. 44 (2012) teilstationären Hilfsangeboten im SpV der Region gab 2011 nur die Beta89-Tagesstätte Nordstadt Datenblätter C ab (2011: 31; 2012: 34), 2012 beteiligten sich noch die Tagesstätten von FIPS in Lehrte (30) und von Hof Windheim in Wunstorf (5), letztere wurde gegen Ende dieses Jahres erst eröffnet. Von den 55 (2011) bzw. 56 (2012) stationären Hilfsangeboten waren es auch nur drei (2011) bzw. 5 (2012): In der AF 37 (stationäre Hilfen gemäß SGB VIII) beteiligten sich die Wohngruppen des Stephansstifts (2011: 68; 2012: 69). In der AF 33 (Wohnheime gemäß § 53 SGB XII) kamen Datenblätter C zur Auswertung von der Frauenunterkunft Gartenstraße in Hannover (2011: 54; 2012: 62), den Charlottenhof-Wohnheimen in Wunstorf und Steinhude (2012: 60), dem Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße in Hannover (2011: 50; 2012: 58) und dem AWO-Wohnheim in der Nordfelder Reihe in Hannover (2012: 42).

Abb. 3: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C in der Region 2001–2012





4. Tagungsort des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie – Arnswaldstraße

5. Merkmale der betreuten Patientengruppen

Höherer Männeranteil als in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen

Trotz der genannten Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse zu den betreuten Patientengruppen der drei ausgewählten Angebotsformen (Tabelle 2). Der seit 2005 über 50 % liegende Männeranteil in der AF 10 (SpDi/PIA) spricht dafür, dass sich die Arbeit in den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen stärker auf besonders gefährdete Zielgruppen konzentriert. Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten überwiegen dagegen immer deutlich die Frauen, die im Durchschnitt viel besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben und die empfohlenen Therapien durchzuhalten. Unter den in Hilfsangeboten der AF 13 (abW) betreuten Klienten ist das Übergewicht der Männer noch stärker. Hier muss aber mit berücksichtigt werden, dass der seit 2005 beteiligte Anbieter SuPA GmbH mit seinen meist (auch) suchtkranken Nutzern in der AF 13 immer zwischen 41 % und 58 % aller ausgewerteten Datenblätter C zum Datenmaterial beigetragen hat. Der hohe Anteil männlicher Patienten (K9) in der AF 16 (Sucht-BS) ist angesichts des starken Übergewichts von Männern bei der Alkoholabhängigkeit keine Überraschung.

Steigender Anteil älterer Menschen unter den betreuten Patienten

Bei den Ergebnissen zur Altersverteilung (K10-K12) zeigt der absinkende Wert von K11, dass der Altersdurchschnitt der betreuten Patienten im Laufe der letzten zehn Jahre eher etwas angestiegen ist. Das gilt allerdings nicht für den Anteil alter Menschen ab 65 Jahren (K12). 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.

Tab. 2: Nutzermerkmale bei ambulanten Angebotsformen

Angebotsform	Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 J. (K12)	rechtliche Betreuung (K13)	psycho-soz. Risiko (K14)	
SpDi/ PIA (AF10)	2001	1085	48 %	52 %	13 %	27 %	21,1
	2006	6214	53 %	47 %	16 %	39 %	21,2
	2007	6927	53 %	49 %	15 %	39 %	21,3
	2008	8101	52 %	48 %	15 %	40 %	21,4
	2009	8413	52 %	48 %	15 %	36 %	21,2
	2010	8985	52 %	48 %	13 %	36 %	21,0
	2011	9262	53 %	48 %	13 %	39 %	21,1
	2012	9392	53 %	48 %	12 %	41 %	21,0

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 J. (K12)	rechtliche Betreuung (K13)	psycho-soz. Risiko (K14)
abW (AF 13)	2001	197	55 %	60 %	4 %	46 %	23,8
	2006	795	62 %	57 %	6 %	57 %	22,8
	2007	730	65 %	54 %	5 %	52 %	22,8
	2008	757	65 %	51 %	4 %	54 %	22,5
	2009	723	64 %	53 %	5 %	52 %	22,2
	2010	691	61 %	50 %	5 %	56 %	22,2
	2011	680	64 %	48 %	5 %	56 %	22,3
	2012	936	59 %	50 %	4 %	57 %	22,3
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	60 %	53 %	4 %	1 %	19,0
	2006	784	66 %	51 %	5 %	1 %	18,6
	2007	1024	64 %	47 %	7 %	1 %	18,9
	2008	859	61 %	50 %	6 %	1 %	18,0
	2009	872	64 %	49 %	3 %	1 %	18,2
	2010	1040	67 %	47 %	4 %	1 %	17,9
	2011	1207	66 %	46 %	3 %	1 %	17,9
	2012	1709	66 %	45 %	4 %	1 %	18,0

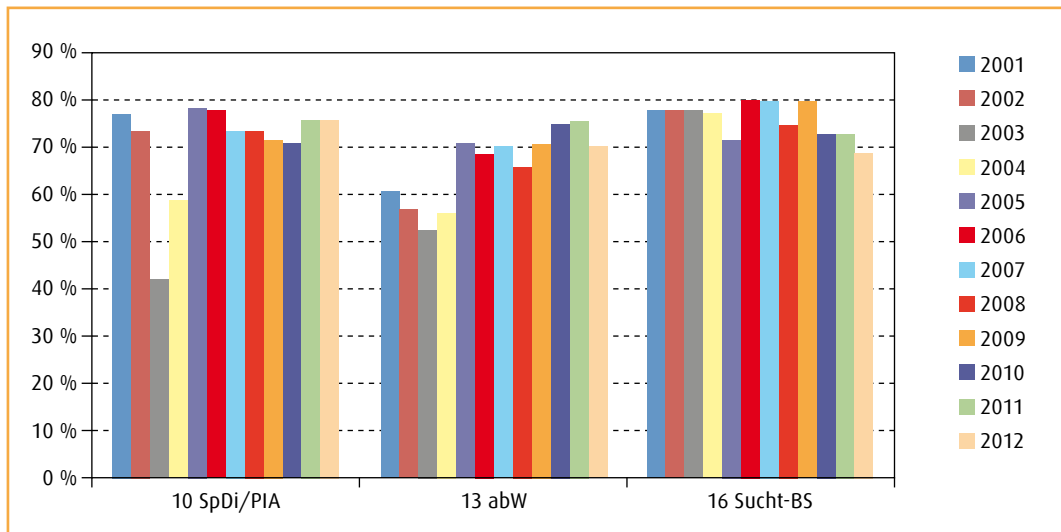
Kein Anstieg der rechtlichen Betreuungen in den letzten Jahren

Der Anteil von rechtlich betreuten Personen (K13) liegt im Sozialpsychiatrischen Dienst, der in den letzten Jahren über $\frac{3}{4}$ aller Datenblätter C lieferte, um die 40 %, im ambulant betreuten Wohnen über 50 %. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer Angebotsform 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.

Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore als Qualitätsmerkmal

Längst nicht bei allen Datenblättern C kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden (Abbildung 4). Der Anteil, bei denen der Risikoscore berechenbar ist, hat bei den Suchtberatungsstellen (AF 16) mit steigender Anzahl gelieferter Datenblätter zuletzt eher etwas abgenommen. Er liegt jetzt etwa auf dem Niveau des Sozialpsychiatrischen Dienstes (AF 10) und des ambulant betreuten Wohnens (AF 13).

Abb. 4: Anteil Datenblätter C mit berechenbarem psychosozialen Risiko



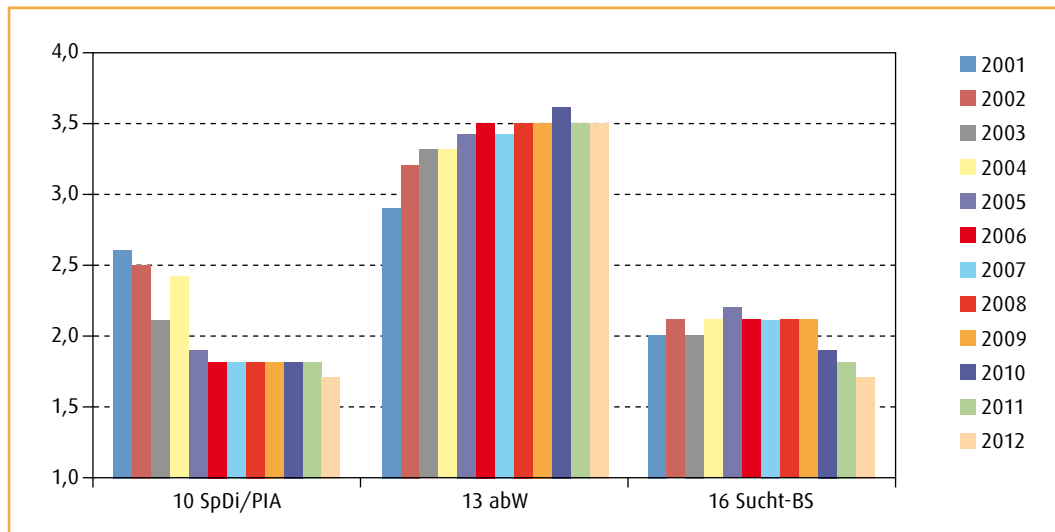
Kontrolle des Zielgruppenbezugs der Hilfen durch psychosozialen Risikoscore

Die Durchschnittswerte des psR (K14) veranschaulichen die Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen in den drei hier untersuchten Angebotsformen. Bei den Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) ist der Durchschnittswert seit 2001 schrittweise von 23,8 auf zuletzt 22,3 abgesunken (Tabelle 2). Immer noch aber weisen die Klienten ein vergleichsweise recht hohes durchschnittliches psychosoziales Risiko auf. Dies spricht dafür, dass diese Angebote im Großen und Ganzen tatsächlich diejenigen Menschen betreuen, für die sie gedacht sind.

Seit Jahren fast unveränderte Dauer der Betreuung im Jahr

Die Betreuungskontinuität (K15) gibt Auskunft über die Gesamtdauer der Betreuung im Berichtsjahr in dem Hilfsangebot, für das ein entsprechendes Datenblatt C ausgefüllt wurde. Bei den tagesklinischen und vollstationären Hilfsangeboten psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. (Kliniken haben sich bisher allerdings nicht an der Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt. Einzig die Nutzer des 2008 neu eingerichteten tagesklinischen Behandlungsprogramms in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH wurden bis 2010 in dieser Weise dokumentiert.) Bei allen anderen Angebotsformen wird zur Berechnung der Betreuungskontinuität die Anzahl der Quartale erfragt, in denen der Patient im Berichtsjahr im Hilfsangebot betreut wurde. Beim ambulant betreuten Wohnen kam es von 2001 bis 2006 zu einem Anstieg der durchschnittlichen Betreuungskontinuität auf 3,5 Quartale, die in den darauf folgenden Jahren auf diesem hohen Niveau verblieb (Abbildung 5). 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.

Abb. 5: Betreuungskontinuität bei den Hilfsangeboten (K15)



6. Spezielle Auswertungen

6.1 Regionale Verteilung der Inanspruchnahme teilweise nicht bedarfsgerecht

Auswertungen zur regionalen Inanspruchnahme der Hilfsangebote in den AF 10, AF 13 und AF 16 zeigen, dass die Angebote in den verschiedenen Teilgebieten der Region nicht im gleichen Ausmaß genutzt werden. Differenzen können durch unterschiedliche Bedarfslagen in der Bevölkerung bedingt sein, aber z.B. auch durch eine ungleichmäßige örtliche Verteilung der Angebote. Zur Auswertung wurde für die AF 10 die Zahl der DB C des SpDi der Region herangezogen (ohne die Polikliniken der MHH, die für die Sektoren 6 und 11 zuständig sind). Die Datengrundlage für die AF 13 ist die von der Region gemeldete Zahl der belegten Plätze zum Jahresende 2012 nach Kommune der Wohnadresse. Bei der AF 16 wird die Zahl der DB C der von der Region Hannover geförderten Beratungsstellen für legale Suchtmittel verwandt.

In einer früheren Untersuchung konnte bereits gezeigt werden, dass die regionale Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit seinen dezentralen Beratungsstellen bei ungünstiger Sozialstruktur der Bevölkerung ansteigt.¹⁰ So ist die Inanspruchnahmeziffer in der AF 10 auch für das Jahr 2012 in den entsprechend besonders belasteten innenstadtnahen Sektoren 4 und 5 am höchsten (Tabelle 3). Die Sektoren 1 sowie 7 bis 10 im Umland der Region weisen dagegen bei geringerer urbaner Verdichtung und weniger Arbeitslosigkeit auch eine vergleichsweise niedrigere Inanspruchnahme auf.

Da sich die Hilfsangebote des ambulant betreuten Wohnens bisher nicht vollständig an der regionalen Psychiatrieberichterstattung mit dem Datenblatt C beteiligen, wurde hier auf Daten der Region als Sozialhilfeträger zurückgegriffen. Diese Daten differenzieren allerdings beim Wohnsitz der betreuten Personen nach Kommune und nicht nach psychiatrischem Versorgungssektor. Die Inanspruchnahmeziffer liegt in der Stadt Hannover knapp dreimal so hoch wie im Umland und

10 siehe Fußnote 5

zeigt zwischen den einzelnen Städten und Gemeinden des Umlands große Unterschiede. Im Dialog mit den Leistungserbringern sollte erkundet werden, inwiefern hierfür tatsächlich unterschiedliche Bedarfslagen oder aber andere Gründe (z.B. Lokalisation und Alltagspraxis der Angebote) verantwortlich sind.

Tab. 3: regionale Inanspruchnahmehiffer ambulanter Angebotsformen 2012

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E/ha)	Arbeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.		
						AF 10	AF 13	AF 16
2	H-Freytagstr.	Hannover	107.517	24,6	5,7 %	996	200	73
3	H-Plauener Str.		58.793	24,3	9,1 %	1041		142
4	H-Deisterstr.		110.130	38,9	10,0 %	1251		146
5	H-Königstr.		101.850	28,3	9,0 %	1224		112
6	H-Podbielskistr.		65.384	44,2	5,5 %	keine Daten		168
11	MHH-Campus		78.634	14,9	6,2 %			
1	Ronnenberg	Badenstedt	11.829	26,4	13,3 %	637	33	204
		Barsinghausen	35.361	3,4	4,3 %			
		Gehrden	15.737	3,7	3,6 %			
		Ronnenberg	25.151	6,7	5,2 %			
		Seelze	34.453	6,4	5,7 %			
7	Burgdorf	Burgdorf	31.612	2,8	5,4 %	648	17	190
		Lehrte	45.031	3,5	5,6 %			
		Sehnde	24.227	2,3	3,5 %			
		Uetze	20.830	1,5	4,8 %			
8	Neustadt	Garbsen	64.207	8,1	6,2 %		37	160
		Neustadt	45.243	1,3	4,8 %			
		Wunstorf	43.054	3,4	4,0 %			
9	Laatzen	Hemmingen	20.087	6,4	3,4 %	543	30	184
		Laatzen	42.708	12,5	5,6 %			
		Pattensen	14.868	2,2	3,1 %			
		Springe	30.456	1,9	5,9 %			

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E/ha)	Arbeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.		
						AF 10	AF 13	AF 16
10	Langenhagen	Burgwedel	22.114	1,5	2,8 %	620	17	56
		Isernhagen	24.178	4,0	3,3 %		8	
		Langenhagen	55.049	7,7	6,0 %		119	
		Wedemark	30.646	1,8	3,2 %		39	
2 – 11		Stadt Hannover	518.777	26,2	7,7 %	1142	200	114
1,7 – 10		Umland der Region	651.102	3,1	4,9 %	627	69	158
1 – 11		Region Hannover	1.169.879	5,1	6,2 %	890	132	146

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

6.2 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 unter Umständen obdachlos oder muss langfristig in einem Heim betreut werden. Die jeweils zuständige Beratungsstelle des SpDi soll nach Information über einen Abbruch eigentlich weiter notwendiger Hilfen versuchen, mit dem Betroffenen mindestens einmal pro Jahr in Kontakt zu kommen, für ihn und seine Angehörigen auch langfristig ansprechbar bleiben. Außerdem geht es darum, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. Spezielle Auswertungen des Datenblattes C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.¹¹ Leider wurde die Umsetzung dieser Zielvereinbarung bisher nicht konsequent betrieben.

Ziel der regionalen Zielvereinbarung war es, mehr Personen aus der beschriebenen Zielgruppe zu erreichen, ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität zu verbessern und dadurch eventuell auch den Anteil klinisch behandelter Patienten zu senken. 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) lag bis 2011 etwa auf dem Niveau der Gesamtgruppe. Die nicht-klinische Betreuungskontinuität (K15; angegeben in Quartalen pro Jahr) ist bei ihnen im Durchschnitt etwas niedriger und der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr (fast immer: deutlich) höher.

Tab. 4: Merkmale psychosekranker Männer < 25 Jahren 2005–2012 (ohne AF 11)

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychosekranke Männer < 25 Jahre					
	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2005	2007	2009	2010	2011	2012
DB C	2416	2696	3146	3286	3391	4153	4 %	3 %	4 %	3 %	3 %	3 %
K14	22,4	22,5	22,3	22,3	22,2	22,3	22,7	22,2	22,5	22,5	22,4	20,9
K15	2,4	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	1,9	1,9	2,0	1,7	1,9
Klinik	32 %	22 %	20 %	19 %	19 %	21 %	49 %	33 %	31 %	22 %	29 %	34 %

6.3 Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Region Hannover unterhält für die Wahrnehmung der Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) gemäß NPsychKG neben der Leitung mit Geschäftsstelle des SpV und Steuerungsstelle Eingliederungshilfen (Zentrale; 39.00) insgesamt neun dezentrale Beratungsstellen für Erwachsene (BS1-5 und BS 7-10) in den einzelnen Sektoren. Eine weitere Beratungsstelle auf Regionsebene gibt es für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (BS KJP), die sich für das Berichtsjahr 2012 erstmals an der Patientenbezogenen Dokumentation mit einem modifizierten Datenblatt C beteiligte (Formular im Anhang 1 dieses Beitrags).

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

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

Tab. 5: Nutzermerkmale ambulant-aufsuchender Dienste (AF 10) 2011–2012

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	< 45 J. K11	≥ 65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
27.05	PIA KfPP I Langenhagen								
27.06	PIA KfPP II H-Königstr.								
28.08	PIA KW Sehnde-Ilten								
28.09	PIA KW Hannover								
31.02	BS 11 MHH-Campus	2011	16	50 %	44 %	13 %	1 %	19,3	1,0
		2012	34	32 %	36 %	21 %	15 %	18,8	1,1
31.03	PIA MHH-Campus								
31.10	BS 6 MHH-List								
31.11	PIA MHH-List								
35.07	PIA NLK Allgemeinspsych.								
35.11	PIA NLK Suchtkranke								
35.13	PIA NLK Forensik								
39.00	SpDi Zentrale	2011	1754	60 %	54 %	6 %	58 %	22,9	1,8
		2012	1892	60 %	53 %	6 %	60 %	22,5	1,7
39.01	BS 2 Freytagstr.	2011	947	46 %	50 %	13 %	28 %	20,7	1,8
		2012	1044	48 %	52 %	12 %	30 %	20,6	1,9
39.02	BS 3 Plauener Str.	2011	528	53 %	48 %	14 %	38 %	21,6	1,9
		2012	514	49 %	45 %	13 %	39 %	21,1	2,0
39.03	BS 4 Deisterstr.	2011	1044	51 %	53 %	10 %	37 %	20,3	1,8
		2012	1046	52 %	53 %	8 %	38 %	20,2	1,8
39.04	BS 5 Königstr.	2011	1096	55 %	54 %	8 %	37 %	21,3	1,8
		2012	1170	52 %	53 %	9 %	39 %	21,2	1,8
39.05	BS 1 Ronnenberg	2011	876	49 %	46 %	18 %	35 %	20,6	1,8
		2012	823	52 %	46 %	17 %	36 %	20,6	1,7
39.06	BS 7 Burgdorf	2011	754	54 %	37 %	19 %	39 %	21,5	1,6
		2012	747	54 %	38 %	19 %	41 %	21,4	1,6

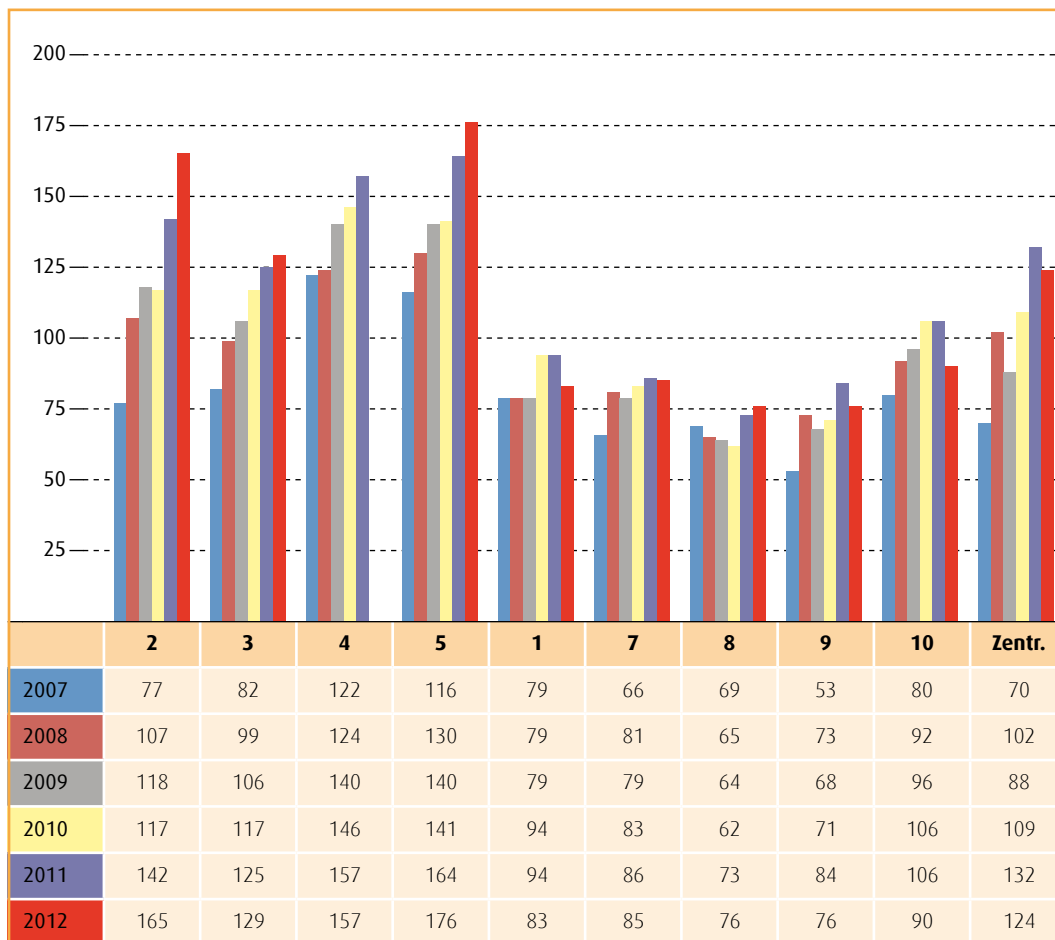
Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	< 45 J. K11	≥ 65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
39.07	BS 8 Neustadt	2011	725	53 %	46 %	12 %	31 %	20,6	1,6
		2012	760	52 %	40 %	13 %	33 %	20,2	1,6
39.08	BS 9 Laatzen	2011	693	53 %	41 %	19 %	33 %	19,9	1,7
		2012	622	54 %	40 %	20 %	32 %	19,9	1,7
39.09	BS KJP	2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
		2012	315	53 %	100 %	0 %	2 %	17,5	1,7
39.10	BS 10 Langenhagen	2011	783	53 %	41 %	19 %	38 %	20,1	1,9
		2012	740	51 %	42 %	16 %	40 %	20,1	1,7

Für die Sektoren 6 und 11 sind die Aufgaben des SpDi gemäß NPsychKG 1980 den beiden psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übertragen worden. Sie wurden dort bis 2012 integriert mit den Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V wahrgenommen. Die BS MHH-List, zuständig für den Sektor 6, beteiligt sich seit 2011 nicht mehr an der Datenerhebung. Die BS MHH-Campus, zuständig für den Sektor 11, beteiligt sich seit 2006 an der Berichterstattung. Die stets geringe Zahl abgegebener Datenblätter C bildet wohl nicht den tatsächlichen Umfang der dort geleisteten Hilfen ab.

Ab 2007 werden die seit 2005 ziemlich vollständig dokumentierten Patienten der Beratungsstellen des SpDi mit den dort eingesetzten Personalressourcen in Beziehung gesetzt. Unter Berücksichtigung der Betreuungsdauer im Jahr lässt sich die durchschnittliche Fallzahlbelastung im Quartal pro eingesetzter Vollzeit-Fachkraft berechnen (Abbildung 6). Die Fallzahlbelastung liegt in den innerstädtischen Regions-Beratungsstellen Deisterstraße (4) und Königstraße (5) am höchsten, in den Umland-Beratungsstellen Ronnenberg-Empelde (1), Burgdorf (7), Neustadt (8) und Laatzen (9) relativ am niedrigsten. Die Ergebnisse für die Berichtsjahre 2007 bis 2012 zeigen für die stadthannoverschen Sektoren 2 bis 5 und den Sektor 10 (Langenhagen) einen Besorgnis erregenden Anstieg der Arbeitsbelastung in der Einzelfallhilfe, der auch landesweit festzustellen ist.¹²

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

Abb. 6: Fallzahl pro Quartal und Vollzeit-Fachkraft nach SpDi-B5



6.4 Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

Wie im Vorjahr auch hielten 2012 24 Einrichtungsträger insgesamt 26 Angebote im ambulant betreuten Wohnen (abW) vor; nur sechs von ihnen (2011: 4) beteiligten sich an der Datenerhebung mit dem Datenblatt C (Tabelle 5). Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung der Nutzer. Bemerkenswert sind die Unterschiede beim Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13), die sich nicht gleichsinnig zur 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.

Tab. 5: Nutzermerkmale beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) 2011–2012

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	< 45 J.	≥ 65 J.	BtG	psR	Kont
04.04	AWO	2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
		2012	66	41 %	42 %	3 %	58 %	23,2	3,7
07.02	beta 89	2011	185	49 %	53 %	4 %	52 %	22,2	3,4
		2012	214	44 %	50 %	5 %	58 %	22,2	3,5
13.03	Wedemark	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>							
15.03	Ex&Job								
16.01	FIPS								
17.00	Pro Casa	2011	57	54 %	54 %	5 %	70 %	22,1	3,6
		2012	59	58 %	51 %	7 %	68 %	22,2	3,5
20.02	Hann. Werkstätten	2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
		2012	116	60 %	65 %	4 %	66 %	22,3	3,5
21.00	Wohnnetzassistenz	2011	11	60 %	36 %	9 %	73 %	22,0	3,4
		2012	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
28.20	Klinikum Warendorff	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>							
30.00	Landwehrpark								
		2011							
		2012							
36.04	PfH Wilkening								
43.02	Verein z. F. s. Beh.								
44.00	Verein z. F. soz. Bez.								
50.00	SuPA GmbH	2011	427	72 %	46 %	5 %	55 %	22,3	3,6
		2012	427	68 %	46 %	5 %	54 %	22,3	3,6
51.00	Perspektiven GbR	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>							
52.01	Heuberg GmbH								
53.01	autark amb. betr. Wohnen								
55.00	Kompass								
56.01	Werte e.V.								
59.00	AHMB								

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	< 45 J.	≥ 65 J.	BtG	psR	Kont
61.01	Balance Garbsen								
61.02	Balance Springe								
61.03	Balance Hannover								
66.03	Lebenshilfe Seelze								
69.01	SPZ Am Seelberg								
79.01	360° e.V.	2011							
		2012	51	69 %	65 %	0 %	31 %	22,4	2,9

(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)

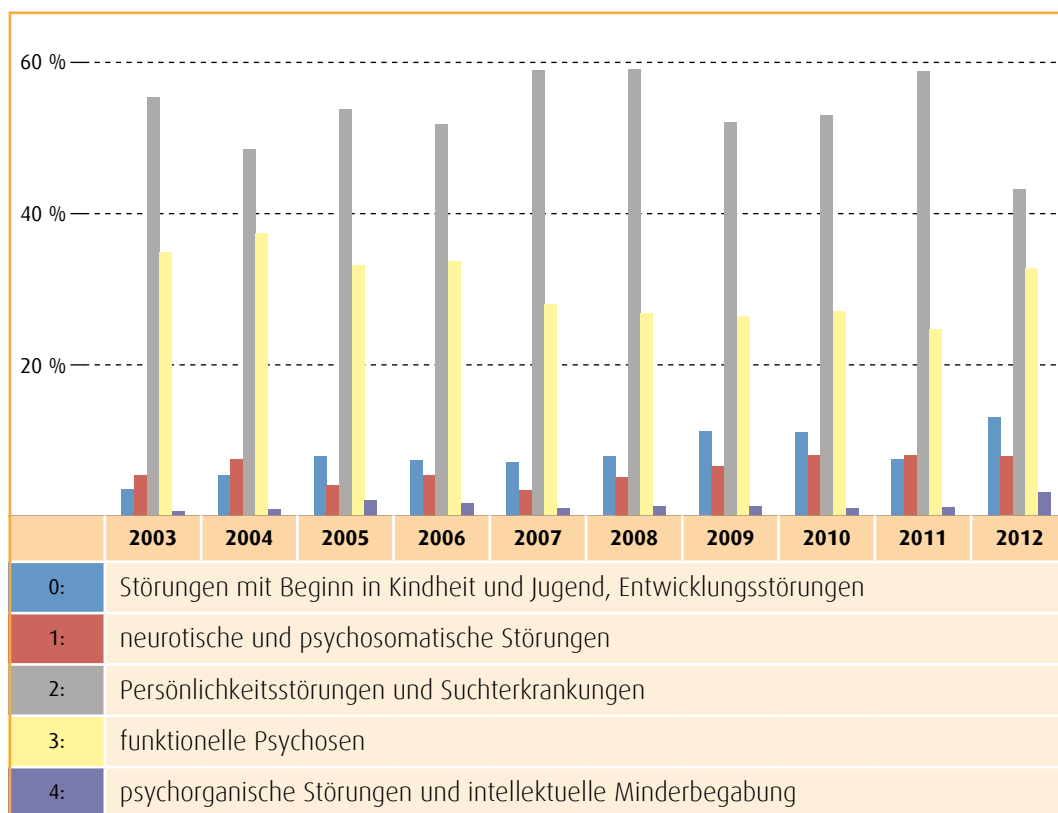
In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im abW verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen gemäß dem im Hilfeplanverfahren individuell festgestellten Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung, so dass andernorts übliche lange Wartezeiten vermieden werden. Seit dem Berichtsjahr 2001 hat sich bei ständig steigender Inanspruchnahme der Anteil von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (das entspricht Werten zwischen 26 und 32) insgesamt deutlich vermindert (Tabelle 6). In den letzten Jahren war die Betreuungskontinuität weitgehend unabhängig von der Höhe des psychosozialen Risikos. Wünschenswert wäre eine größere Kontinuität bei Patienten mit einem höheren Risikoscore.

Tab. 6: Betreuungskontinuität im abW nach Risikoscore 2001–2012

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
2008	757		14 %	74 %	12 %		3,6	3,6	3,4
2009	723		15 %	77 %	9 %		3,6	3,6	3,5
2010	691	0,2 %	15 %	77 %	8 %	4,0	3,6	3,6	3,7
2011	680		14 %	78 %	8 %		3,5	3,6	3,2
2012	936	0,3 %	14 %	75 %	11 %	4,0	3,5	3,6	3,5

Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW zeigt im Verlauf der Jahre einen zwischen etwa 40 % und 60 % schwankenden Anteil an Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen (Abbildung 7). Funktionelle Psychosen (schizophrener Formenkreis, bipolare Psychosen und schwere depressive Erkrankungen) als Kerngruppe komplementärer Hilfen in der Psychiatrie sind je nach Berichtsjahr mit rund 25 % bis 40 % vertreten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil von Datenblättern C der Angebotsform 13 vom Anbieter SuPA GmbH kommt und bisher bei Doppeldiagnosen nicht immer die schwerwiegendste Erkrankung dokumentiert wurde. Die Diagnosegruppe der Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und der Entwicklungsstörungen (F8 und F9 nach ICD-10) hat insgesamt leicht zugenommen. Erstdiagnosen aus dem Bereich 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.

Abb. 7: Verteilung der Erstdiagnosen (K16) bei abW-Klienten 2003–2012



Für die Berichtsjahre ab 2008 gibt es für die Anzahl belegter Plätze im abW Vergleichsmöglichkeiten mit anderen niedersächsischen Kommunen, auch wenn nicht alle Kommunen entsprechende Daten melden. Bei den Auswertungen zeigte sich, dass die Inanspruchnahme in der Region Hannover etwa dem Landesdurchschnitt entspricht, obwohl von der hohen Siedlungsdichte in der Region Hannover überdurchschnittliche Werte zu erwarten wären (Tabelle 7).¹³

¹³ Elgeti H (2011): Tabellen zur Sozialstruktur der Kommunen und zu den dort vorgehaltenen Hilfsangeboten.
In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck)

Tab. 7: Inanspruchnahmeziffer im abW für die Region und Niedersachsen

	Region	Land	Differenzierung der Kommunen nach Siedlungsdichte			
Einw./ha	4,9	1,7	< 1,0	1,0 - < 2,0	2,0 - < 3,0	≥ 3,0
2008	97	91	71	79	49*	143
2009	118	126	70	84	181	190
2010	120	113	69	81	184	144
2011	125	132	94	106	234	146
2012	132	132	94	104	223	162

*) Daten aus nur 2 von 4 Kommunen

(K9) bei der Sucht-Beratungsstelle Hannover des Diakonischen Werks (11.01) auf. Bei den übrigen Kennzahlen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede: Es werden überall etwa so viele jüngere wie ältere Personen (K11) betreut, der Anteil von Personen im Alter von mindestens 65 Jahren liegt durchwegs unter 10 %. Rechtliche Betreuungen (K13) sind selten, der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) schwankte 2012 nur geringfügig (zwischen 17,7 und 18,5). Ähnliches gilt für die Betreuungskontinuität (zwischen 1,4 und 2,0). Auf die bemerkenswerten Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Suchtberatungsstellen in den einzelnen Versorgungssektoren wurde bereits weiter oben eingegangen (siehe Abschnitt 6.1).

Tab. 8: Nutzermerkmale bei den Suchtberatungsstellen (AF 16) 2011–2012

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	< 45 J.	≥ 65 J.	BtG	psR	Kont
09.02	Caritas Sucht-BS Gruppenstraße	2011	173	75 %	47 %	2 %	1 %	18,4	1,6
		2012	261	67 %	37 %	7 %	2 %	17,9	2,0
09.05	Caritas Sucht-BS Garbsen	2011	239	72 %	51 %	6 %	2 %	18,5	1,9
		2012	282	75 %	50 %	3 %	1 %	17,8	1,8
11.01	Diakonisches Werk Sucht-BS Hannover	2011	394	53 %	42 %	3 %	1 %	18,2	2,1
		2012	326	52 %	47 %	2 %	0 %	18,1	1,9
12.01	DROBEL Sucht-BS Lehrte								
27.07	KRH Lgh PIA Sucht								
27.08	KRH Lgh PIA Königstr. Sucht								
28.26	Kl. W-dorff PIA Sucht Gartenstr.								
31.04	MHH Sucht-BS/ABAM								

(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	< 45 J.	≥ 65 J.	BtG	psR	Kont
31.13	MHH Heroin-Ambulanz								
35.11	KRH Wunstorf PIA Sucht								
40.04	STEP Sucht-BS/DROBS								
40.13	STEP Adaptation Nachbetr.								
<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>									
40.01	STEP Sucht-BS/ FAM Lange Laube	2011	299	74 %	49 %	3 %	< 1 %	16,4	1,6
		2012	364	70 %	42 %	3 %	1 %	17,7	1,6
40.05	STEP Sucht-BS Barsinghausen	2011	102	66 %	47 %	2 %	1 %	17,9	1,8
		2012	117	62 %	51 %	8 %	0 %	18,5	1,7
48.01	Diakonie H-Land BS Burgdorf/Laatzten/Springe	2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
		2012	359	67 %	45 %	5 %	1 %	18,1	1,4

Merkmale der Nutzer der übrigen teilnehmenden Hilfsangebote

Wenigstens kurz sollen hier auch noch die Ergebnisse für die übrigen Hilfsangebote dargestellt werden, soweit sie sich für die Berichtsjahre 2011 und 2012 an der anonymisierten Patientenbezogenen Datenerhebung mit dem Datenblatt C beteiligt haben (Tabelle 8). An der Datenerhebung beteiligen sich schon länger die therapeutischen Wohngruppen des Stephansstifts für Kinder und Jugendliche (41.01), der Diakonische Betreuungsverein (46.00) und die Tagesstätte Engelbosteler Damm von Beta89 (07.05). Nicht mehr dabei waren zuletzt die ambulante Ergotherapie (31.12) und das tagesklinische Behandlungsprogramm (31.09) der MHH-Poliklinik List. Neu hinzugekommen sind 2009 das sozialpsychiatrische Wohnheim der Frauenunterkunft der Inneren Mission (77.01) sowie die Wohnheime des Charlottenhofs (57.01). Seit 2010 ist das therapeutische Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße (82.00) dabei, seit 2012 das AWO-Wohnheim Nordfelder Reihe (04.02).

Der Diakonische Betreuungsverein erlaubt dank seiner umfangreichen Datenerhebung seit dem Berichtsjahr 2008 einen statistischen Blick auf die Menschen, für die eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Der Anteil von betreuten Personen mit einer psychiatrischen Diagnose ist im Laufe der Jahre auf zuletzt 87 % angestiegen, zunehmend werden auch jüngere Menschen betreut. Bei den psychisch erkrankten Personen (nur bei ihnen lässt sich der Risikoscore berechnen) lag das psychosoziale Risiko im Durchschnitt niedriger als bei ambulanten oder gar stationären Eingliederungshilfen.

Ein Ergebnisvergleich für die Angebotsform 33 (stationäre Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII) dokumentiert die Unterschiede in der Ausrichtung der Wohnheime: Im Wohnheim Nordfelder Reihe werden hauptsächlich jüngere Männer vorübergehend betreut (K15 unter 3,0 Quartalen pro Jahr), in der Frauenunterkunft Gartenstraße ausschließlich Frauen (meist ältere), der Charlottenhof

betreut kaum Menschen unter 45 Jahren. Beim psychosozialen Risikoscore der Bewohner liegt der Durchschnittswert im Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße im Vergleich zu den drei anderen Heimen der Angebotsform 33 am niedrigsten.

Tab. 9: Merkmale der Nutzer weiterer Hilfsangebote 2011–2012

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	AF	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
					Männer	< 45 J.	≥ 65 J.	BtG	psR	Kont
07.05	Beta89 Tagesstätte Engelbost. Damm		2011	31	55 %	48 %	0 %	74 %	23,6	3,2
			2012	34	44 %	56 %	0 %	74 %	24,1	3,0
16.02	FIPS Tagesstätte Lehrte	23	2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
			2012	30	60 %	47 %	7 %	60 %	24,4	3,7
88.01	Hof Windheim gGmbH TS Wunstorf		2011	<i>Angebot wurde erst Ende 2012 eingerichtet</i>						
			2012	5	0 %	80 %	0 %	80 %	22,7	1,0
41.01	Stephansstift WG f. Kinder/Jugendliche	37	2011	69	32 %	96 %	0 %	19 %	22,6	2,6
			2012	68	31 %	50 %*	0 %	16 %	22,9	2,8
46.00	Diakonischer Betreuungsverein	19	2011	320	66 %	32 %	28 %	100 %	20,3	3,4
			2012	337	62 %	37 %	27 %	100 %	19,7	3,4
04.02	AWO Wohnheim Nordfelder Reihe		2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
			2012	42	69 %	81 %	0 %	67 %	25,7	2,9
57.01	Charlottenhof-Heime Wunstorf/Steinhude	33	2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
			2012	60	60 %	17 %	35 %	83 %	25,8	?
77.01	FU WH Gartenstr.		2011	54	0 %	24 %	19 %	76 %	25,8	3,7
			2012	62	0 %	32 %	23 %	76 %	25,7	3,3
82.00	WH Ferd-Wallbr-Str		2011	50	70 %	40 %	2 %	72 %	24,9	3,6
			2012	58	74 %	43 %	3 %	59 %	24,8	3,7

*) offenkundige Eingabefehler durch das Hilfsangebot

Eine vergleichende Analyse der Auswertungsergebnisse der regionalen Psychiatrieberichte soll die Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke unterstützen. Wichtig dafür ist, dass die Einrichtungsträger einigermaßen vollständig die Merkmale der Patienten dokumentieren, die ihre Hilfe in Anspruch genommen haben. Hier sind weitere Anstrengungen nötig. Politik und Kostenträger sind aufgerufen, wirksame Anreizsysteme für Leistungserbringer zu schaffen, damit diese sich an der Datenerhebung beteiligen. Andererseits braucht es auf allen Seiten auch ein Interesse, die Auswertungsergebnisse vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität vor Ort regelmäßig und kritisch miteinander zu diskutieren mit dem Ziel, sie für eine Qualitätsentwicklung der Hilfen nutzbar zu machen.

Anhang 1: Formulare der Datenblätter A-C

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 Sozialhilfeträgers; 6 = Pflegeversicherung; 7 = Eigenmittel des Einrichtungsträgers (einschl. Spenden); 8 = Eigenmittel 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 = Psychiatr. 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 = Einzugsgeb. außerhalb der Region Hannover;
- 19 = kein definiertes vorrangiges Einzugsgebiet

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

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger	(Code-Nr.)

- Dieses Angebot ist Maßnahmefinanziert (wenn ja, bitte Abschnitt 2. ausfüllen)
 Dieses Angebot ist Pauschalfinanziert (d.h. unabhängig von der Zahl der belegten Plätze)
(zutreffendes ankreuzen)

**2. Zahl u. Kosten der belegten Plätze bei Maßnahmefinanziertem 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 Vollkräfte immer mit 1 - 2 Stellen hinter Komma angeben (z.B. 4,6 bzw. 3,25).

Grund-qualifikation	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 = Psychiatr. 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!

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

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.)
	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

C) Datenblatt für die Patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation in der KJP

Berichtsjahr:

modifiziertes Datenblatt C für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erläuterung: Dieses Datenblatt orientiert sich am Fragebogen zur Psychiatrieberichtserstattung in Hannover. 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. 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 (nur Krankenhausaufenthalte); bei unbekannter Dauer: 999 eintragen

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

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

2.1 Geschlecht

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

2.2 Alter (oder Jahrgang)

11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre; 13 = 10-13 Jahre; 14 = 14-17 Jahre
10 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 J.;
3 = 45 bis unter 65 J.; 4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt/unklar

2.3 Einzugsgebiet des (letzten) Wohnortes, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt

1 = BS Ronnenberg/Empelde; 2 = BS 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); 2 = Vormundschaft/gesetzliche Betreuung; 3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug/ JGG; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)

0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar
Erläuterung: „ja“ bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert.

Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. klinische Diagnose (1. Ziffer: Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)

Kategorie der psychiatrischen Diagnose: 1x = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) oder Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen und Faktoren (F5); 2x = Suchterkrankung (F1) oder Persönlichkeitsstörung (F6); 3x = schizophrene/wahnhaftige Störung (F2) oder affektive Störung (F3); 4x = organische psychische Stör. (F0); 5x = Stör. mit Beginn in Kindheit/Jugend (F9), 6x = Entwicklungsstörungen (F8); 8x =; keine psychische Störung; 9x = psychiatrische Diagnose unbekannt/unklar

Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung: x1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); x2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; x3 = deutlich; x4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung)

3.2. Alter bei Ersterkrankung

11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre; 13 = 10-13 Jahre; 14 = 14-17 Jahre
10 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1 = 65 und mehr Jahre;
2 = 45 bis unter 65 Jahre; 3 = 25 bis unter 45 Jahre; 4 = unter 25 Jahre;
9 = Alter bei Ersterkrankung unbekannt/unklar

3.3. Dauer seit Ersterkrankung

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

3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt/gegenwärtiger Klinikaufenthalt

0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre;
2 = 5 bis unter 10 J.; 3 = 1 bis unter 5 J.; 4 = unter 1 Jahr/ggw. in Klinik;
9 = Jahr letzter Klinikaufenthalt unbekannt/unklar

3.5. Wohnsituation

**11 = mit beiden Eltern; 12 = mit einem Elternteil/Familienangehörigen;
13 = in Pflegefamilie; 14 = in Heim/betreuter WG;**

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, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar

3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)

10 = noch nicht schulpflichtig; 11 = kontinuierlicher Besuch einer Regelschule, Normal-Ausbildung bzw. -Arbeitsstelle; 12 = kontinuierlicher Besuch einer Sonderschule oder Reha-Einrichtung; 13 = unregelmäßiger Besuch einer Schule oder Reha-Einrichtung mit mindestens 50% Anwesenheit; 14 = unregelmäßiger Besuch einer Schule oder Reha-Einrichtung mit weniger als 50 % Anwesenheit;
9 = Schul- bzw. Arbeitssituation unbekannt/unklar

3.7. belastende soziale Umstände

(1. Ziffer: vorrangige Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)

Kategorie: 0x = keine belastenden soziale Umstände; 1x abnorme extra- oder intrafamiliäre Beziehungen; 2 = psychische Störung oder mentale Behinderung in der Familie; 3 = verzerrte familiäre Kommunikation; 4 = abnorme unmittelbare Umgebung; 5 = akut belastende Lebensereignisse; 6 = gesellschaftliche Belastungsfaktoren/ungünstiger Einfluss durch Peergruppen; 8 = and. belastende soziale Umstände; 9 = soziale Umstände unklar/unbekannt

Schweregrad der sozialen Belastungen: 1 = höchstens gering ausgeprägt; 2 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen sowohl intra- als auch extrafamiliär; 3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen entweder extra- oder intrafamiliär; 4 = deutliche Belastung ohne unterstützende soziale Bezieh.

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt *der Eltern*

1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld, Karenz-geld, alle Bezieher von Versicherungsleistungen (einschl. Beamtenpension); 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr

(ohne eigenes Hilfsangebot!)

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr	
med. Behandlung	amb	4.1 <u>Quartale</u> in ärztl.-psychotherapeut. Praxis (z.B. niedergel. Psychiater/Psychotherapeut)	
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztl. geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb./Sozialpsychiatrischer Dienst)	
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandl.-/Reha.-Einrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)	
	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch- psychosomatischer Rehabilitation	
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch- psychosomatischer Rehabilitation	
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe	
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe	
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe nach SGB VIII & SGB XII	
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe nach SGB VIII & SGB XII	
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung im Arbeitsleben oder Schule (z. B. Legasthenieförderung)	
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher oder schulischer Rehabilitation	
		4.12 <u>Quartale</u> in gesonderten Berufsschulen	
		4.13 <u>Quartale</u> in teilstationären Maßnahmen (z. B. Tagesgruppe)	

Anhang 2: Liste der Angebotsformen

	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
1x: ambulante Leistungen	10	ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene (Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrische Institutsambulanz einer Klinik)
	11	ambulant-aufsuchender Dienst für Kinder und Jugendliche Sozialpsychiatrischer Dienst KJP, Psychiatrische Institutsambulanz einer KJP-Klinik)
	12	KS (Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle)
	13	abW (Eingliederungshilfen durch ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII)
	14	APP (ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V bzw. SGB XI)
	15	IFD/AT (Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst nach SchwBG und andere spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung)
	16	BS Sucht (spez. Angebote für Suchtkranke, z.B. Suchtber.- und Suchtbeh.-Stelle)
	17	BS KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Jugendpsychologischer Dienst, ambulante Hilfen gemäß KJHG)
	18	BS GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. Demenzsprechstunden und ambulante gerontopsychiatrische Pflege)
	19	SAL (sonstige ambulante Leistungen, z.B. BtG-Betreuungsverein, Krisendienst, Soziotherapie nach § 35 SGB V)
2x: teilstationäre Leistungen	20	TK PSY (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie)
	21	TK KJP (teilstationäre Behandlung in Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	22	TK GP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie)
	23	TS (teilstationäre Eingliederungshilfen, z.B. in einer Tagesstätte)
	24	WfbM Werkstatt für (seelisch) behinderte Menschen
	25	RPK (teilstationäre med.-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell und ähnliche spezielle Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstrukturierung)
	26	TK Sucht (Tagesklinik gemäß SGB V/VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke)
	27	TS KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder, andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche)
	28	TS GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsychiatrische Tagespflege-Einrichtung)
	29	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)

3x: stationäre Leistungen	30	KL PSY (vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene)
	31	KL KJP (vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	32	KL FOR (vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs)
	33	WH (Eingliederungshilfen gemäß SGB XII in einem speziellen (Übergangs-) Wohnheim oder einer entsprechenden Wohngruppe)
	34	PfLH (Eingliederungshilfen gemäß SGB XII oder stationäre Pflege gemäß SGB XI in einem psychiatrischen Pflegeheim oder einer entsprechenden Wohngruppe)
	35	WH WL (spezielle komplementäre Angebote für wohnungslose Menschen, z.B. in Unterkunft gemäß § 11 BSHG oder Einrichtung gemäß § 72 BSHG)
	36	WH Sucht (spezielle komplementäre Angebote für Suchtkranke, z.B. Heim für mehrfach geschädigte Suchtkranke)
	37	WH KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Wohnheim oder Wohngruppe gemäß KJHG)
	38	WH GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsychiatrische Pflegestation)
	39	SSL (sonstige stationäre Leistungen)

Anhang 3: Liste der Kennzahlen in den Auswertungsberichten

1. Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen der Datenblätter A und B:

Nr.	Name	Definition
K1	Platzangebot	Platzzahl nach Plan
K2	Belegungsquote	Platzzahl nach Belegung am 31.12. in % des Platzangebotes
K3	Patientenzahl	Anzahl der Patienten im Berichtsjahr
K4	Personalumfang	Vollzeitstellen Personal aller Grundqualifikationen (GQ 1-4)
K5	Berufsgruppenmix	%-Anteil des Personals in den vier Grundqualifikationen
K6	Zusatzqualifikation	Fachkräfte (FK; GQ 1-3) mit Zusatzqualifikation in % aller FK
K7	Betreuungsintensität	Anzahl der belegten Plätze auf 1 Vollzeitstelle der FK (GQ 1-3)
K8	Betreuungskosten	durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz

2. Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen des Datenblattes C:

Nr.	Name	Definition
K9	männliche Patienten	Anteil Männer bei den Patienten in %
K10	minderjährige Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 18 Jahren in %
K11	jüngere Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 45 Jahren in %
K12	alte Patienten	Anteil Patienten im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzl. betr. Patienten	Anteil der Patienten mit einer gesetzlichen Betreuung in %
K14	psychosoziales Risiko	durchschnittl. psR-Summenscore der Patienten (Range: 7-32)
K15	Betreuungskontinuität	durchschnittliche Dauer der eigenen Hilfeleistung im Berichtsjahr (Angebotsformen 20-22,26,30-32: in Tagen; sonst: in Quartalen)
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der Patienten in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung der Pat. nach Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungs-kombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen

3. Kennzahlen für Patientengruppen nach Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes

Die Auswertungstabellen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes enthalten die Kennzahlen K9 - K16 und K18 - K19 entsprechend der Tabelle 2.

4. Kennzahlen zur Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes

Nr.	Name	Definition
K20	Einwohnerzahl	Wohnberechtigte Bevölkerung nach Melderegister
K21	Fläche	Gesamtfläche des Gebietes in Hektar
K22	Bevölkerungsdichte	Einwohnerzahl pro Hektar Fläche des zugehörigen Gebietes
K23	Minderjährige	Anteil Personen unter 18 Jahren
K24	Alte	Anteil Personen ab 65 Jahren
K25	Arbeitslose	Anteil Arbeitsloser an den 18- bis unter 65-jährigen Personen

5. Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen

Nr.	Name	Definition
K26	Inanspruchnahme-Ziffer	Patienten mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Einzugsgebiet pro 100.000 Einw. dieses Gebietes in den Angebotsformen/Leistungsarten
K27	Messziffer Platzangebot	Platzangebot pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes
K28	Messziffer Fachkräfteeinsatz	Vollzeitstellen Fachkräfte (Grundqualifikationen 1 - 3) pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken des Systems der Hilfen für psychisch Kranke sowie der Zusammenarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe Dokumentation*)

und Lothar Schlieckau (*Koordinator des Sozialpsychiatrischen Verbundes*)

Liste der Beiträge

Nr.	Gremium	Autoren
1	Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie	Blanke U, Kirschnick-Tänzer S, Türk A, Schlieckau L
2	Ombudsstelle	Gundlach J
3	Sektor-AG Sektor 5	Roempler A
4	Fachgruppe Migration und Psychiatrie	Kimil A
5	Fachgruppe Kinder und Jugendliche	Noort-Rabens, Pohl, Eller
6	Fachgruppe Forensische Psychiatrie	Tänzer A
7	Fachgruppe soziale Wiedereingliederung	Bunde W
8	Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation	Weidner O
9	Fachgruppe Geistige Beh. u. psychische Stör.	Batram S
10	Fachgruppe Doku./Sozialpsychiatrischer Plan	Elgeti H
11	Regionaler Fachbeirat Psychiatrie	Elgeti H

1. Analyse des Hilfesystems für psychisch Kranke in der Region

Stärken des Hilfesystems

1: In allen folgenden Leistungsbereichen ist eine (bedarfsgerechte) Sicherstellung im Bereich des Verbundes (Region Hannover) gegeben:

- Sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/Wohnen
- Sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
- Sozialpsychiatrische Grundversorgung
- Spezielle Therapieverfahren
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung

3: Kooperation, Vernetzung und Zusammenarbeit ist gelungen.

4: Die besonderen Herausforderungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund wurden erkannt und durch die Fachgruppe systematisch bearbeitet und durch Aktivitäten einzelner Anbieter aufgegriffen.

5: In den letzten 15 Jahren wurde die Diagnostik verbessert, die professionellen Hilfen haben sich ausdifferenziert, und die Bereitschaft, sie in Anspruch zu nehmen, ist gestiegen.

6: Fast nirgends in Deutschland gibt es eine vergleichbare, so hervorragend ausgebaute Integration der forensischen Psychiatrie in ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem wie in der Region Hannover. Die Vernetzung der Forensik mit einer zunehmenden Zahl von Anbietern gemeindepsychiatrischer Hilfen (einschließlich Hilfen zum Wohnen und zur Arbeit) hat sich verbessert, Konzepte für neue Hilfsangebote wurden entwickelt und umgesetzt. Die in den letzten Jahren enorm verbesserte Nachsorge durch forensische Institutsambulanzen hat großen Einfluss gehabt auf die Kapazitätsentwicklung in den forensischen Kliniken und auf den Rückgang von Unterbringungen gemäß § 63 StGB. Für die Mitglieder im SpV wurde eine Arbeitshilfe zur Erkennung von Fremdgefährlichkeit entwickelt. Der Diskurs über die „Forensifizierung“ hat dazu beigetragen, die Durchlässigkeit zwischen forensischer und allgemeiner Psychiatrie zu erhöhen und die Abstimmung zwischen beiden „Systemen“ zu verbessern.

7: In der Region zieht niemand mehr in ein psychiatrisches Wohnheim, ohne dass vorher eine Hilfefekonferenz stattgefunden hat; die Anbieter haben sich mit dem Verfahren kritisch arrangiert und schätzen seine Funktion als Qualitätskontrolle zur Unterstützung ihrer Arbeit; der Hilfebedarf kann genau geprüft werden. Betroffene Personen haben Anspruch auf ein persönliches Budget in der Eingliederungshilfe.

8: Die von den Krankenkassen getragenen Ergotherapie-Angebote ermöglichen eine niedrigschwellige Unterstützung von psychisch erkrankten Erwerbstätigen am Arbeitsplatz. Auch für langfristig arbeitslose Personen mit psychischen Erkrankungen wurden langfristige Reha-Maßnahmen durch die Agentur für Arbeit bzw. den Rentenversicherungsträger ermöglicht. Die Integration in den Arbeitsmarkt nach Abschluss einer Reha-Maßnahme wurde durch verschiedene Maßnahmen beim Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte (IFD Vermittlung) und bei Werkstätten für seelisch behinderte Menschen (WfbM Qualifizierungs- und Vermittlungsdienst QVD) gefördert. Das allgemein

als „gut“ bewertete Angebots-Portfolio der WfbM (bedarfsgerechte Flexibilität, kurze Bearbeitungs- und Wartezeiten) wurde durch den Aufbau einer neuen Betriebsstätte der Pestalozzi-Stiftung mit 40 Plätzen für seelisch behinderte Menschen, die auch in Teilzeit besetzbar sind, nochmals erweitert.

Schwächen des Hilfesystems

2: Rechte der Nutzerinnen und Nutzer werden teilweise noch zu wenig beachtet.

3: Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle die Sektor-AG zu leiten und zu koordinieren.

4: Nach wie vor zu wenig kultursensibel ausgerichtete Therapie-Betreuungs- und Behandlungsangebote und mangelnde Präsenz von Migrantinnen und Migranten in der direkten Versorgung.

5: Eine moderne Hilfeplanung (z.B. in der Jugendhilfe) setzt eine psychiatrische Diagnose voraus.

6: Der Allgemeinpsychiatrie fehlen ausreichende bauliche und personelle Ressourcen für eine auch längerfristige hochstrukturierte stationäre Behandlung. Zwang und Kontrolle werden von vielen Fachleuten nicht mehr als Bestandteil psychiatrischer Arbeit akzeptiert. Eine systematische Einschätzung des Risikos einer Fremdgefährdung (analog der Selbstgefährdung bzw. des Suizidrisikos) erfolgt außerhalb der forensischen Spezialeinrichtungen nur selten. Komplementäre Einrichtungen nutzen subtile Möglichkeiten, schwierig zu betreuenden bzw. unbeliebten Personen den Zugang zu verwehren. Eine zu enge Auslegung des Gefahrenbegriffs im NPsychKG und im Betreuungsrecht führt gelegentlich zur Beendigung von Hilfen wegen „Unbetreubarkeit“, in Einzelfällen mit der Folge erstmaliger medikamentöser Behandlung eines psychisch erkrankten Menschen nach Unterbringung in der Forensischen Psychiatrie.

7: Ab Mitte der 1990er Jahre öffnete sich mit den Bemühungen um eine Enthospitalisierung psychisch erkrankter Heimbewohner ein ungesteuerter „grenzenloser Markt“ für ambulant betreutes Wohnen mit immer neuen Anbietern; bei der Finanzierung arrangierten sich die Anbieter bei der Ablösung des festen Personalschlüssels durch die Fachleistungsstunde mit Einbußen von 25 - 30 %. Die bei der Einführung versprochene Terminierung der Hilfefunktionen innerhalb von fünf Werktagen wurde kaum eingehalten und beträgt inzwischen in der Regel mindestens sechs bis acht Wochen; ihre Durchführung durch die Beratungsstellen des SpDi ist sehr unterschiedlich. Der Verwaltungsaufwand rund um die Betreuung der Klienten nimmt zu, teils durch die Umstellung vom einheitlichen Pflegesatz zum „Schlichthorster Modell“ im Heimbereich, teils durch immer kürzere Zeiträume für Hilfebedarfe bei sprunghaftem Anstieg ihrer Häufigkeit. Die Anzahl der Wohnheimplätze hat sich in den letzten 15 Jahren nicht (wie geplant) reduziert. Das persönliche Budget wird nur vereinzelt in Anspruch genommen, möglicherweise ist das Antragsverfahren zu kompliziert.

8: Die Chancen von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen auf Integration in Arbeit und Beschäftigung sind nach wie vor schlecht; die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes steigen auch für Teilzeitbeschäftigte und geringfügig Beschäftigte; es fehlt an geeigneten Hilfen (mit Ausnahme ambulanter Ergotherapie gemäß SGB V), die Möglichkeiten von Arbeitsassistenten und Servicestellen gemäß SGB IX wurden bisher kaum genutzt. Die bürokratischen Hürden

bei Arbeitstherapie und Rehabilitation wurden erhöht, die Leistungsträger haben die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zum fast alleinigen Qualitätskriterium gemacht. Die Einführung eines Verfahrens zur Bedarfserhebung für Arbeitstherapie und Rehabilitation sowie zur qualitativen Auswertung der erhobenen Daten scheiterte an Umsetzungshürden. Trotz Bemühungen um einen Ausbau von Außenarbeitsplätzen in Werkstätten für behinderte Menschen fehlen weiterhin allenthalben flexible Arbeitsmöglichkeiten.

9: In der Region Hannover gibt es keine spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen für geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die bestehenden Systeme zur Hilfebedarfsermittlung (HMB-T/W und „Schlichthorster Modell“) können den tatsächlichen Hilfebedarf von geistig behinderten Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht abbilden.

11: Wirkung nach innen (Verwaltung Region/ Landesamt etc.) Pflichtgemäße fachliche Inanspruchnahme, aber ohne wirkliche Wirkungs- und Entscheidungszuweisung (Beispiel Fachabfragen zu neuen Angeboten im Bereich Eingliederungshilfe SGB XII, aber Entscheidung völlig unabhängig, beziehungsweise im Gegensatz zur Stellungnahme RFP) Fazit: RFP – Papiertiger, Beschäftigungstherapie. Konsequenz: Abschaffung dieser Beratungsfunktion 2009 (erfolgt jetzt über Kurzstellungsmaßnahmen des Psychiatriekoordinators).

Chancen für das Hilfesystem

2: Ombudsstelle einem breiteren Publikum näher bringen.

3: Vermehrt die Möglichkeit Fallvorstellungen durchzuführen, d. h. konkrete Handlungsperspektiven bei realen Problemstellungen zu entwickeln.

4: Durch verbesserte Beteiligung erhöhte Sensibilität des Systems für die interkulturellen Aspekte in der Gesundheitsversorgung.

6: Tritt an die Stelle der „Institutions-Denke“ eine respektvolle Haltung mit Interesse am psychisch erkrankten Menschen, führt dies in forensischen Problemlagen bereits zur Deeskalation und zu konstruktiven therapeutischen Lösungen. Die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientinnen und Patienten ist eine Chance für die Behandlungskultur auch in der forensischen Psychiatrie mit geringerem Machtgefälle und mehr Respekt vor der Patientenautonomie. Im Hinblick auf die Wohnungslosenhilfe lässt sich über die Einflussnahme im politischen Feld bei deren Neuordnung und über die Klärung fachlicher Zuständigkeit bei Kriseninterventionen ein Beitrag zur Gewaltprävention bei Obdachlosigkeit leisten. Eine intensivere Beschäftigung mit der Lage von psychisch erkrankten Menschen im Strafvollzug eröffnet neue Möglichkeiten zur bisher kaum ausgebauten Wiedereingliederung von Strafgefangenen.

8: Die Fachgruppe „Arbeitstherapie und Rehabilitation“ will sich weiter um einen Auf- und Ausbau der Arbeits- und Betätigungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover einsetzen, z.B. durch Initiativen für einen höheren finanziellen Selbstbehalt bei Zuverdienst-Beschäftigten und gegen die Abdrängung von Versicherten der GKV in Lohnersatzleistungen, durch den Austausch mit anderen Fachgruppen des SpV, Arbeit am Schnittstellen-Management und Planung einer weiteren Fachtagung.

9: Spezifische Kompetenzen und spezielle Angebote sind erforderlich, um Menschen mit geistiger Behinderung, die vergleichsweise häufig psychisch erkranken, mit ihrer besonderen Problematik zu verstehen und ihnen bedarfsgerecht zu helfen; die vielfältige Beteiligung an der Arbeit der entsprechenden Fachgruppe zeigt, dass die Bedeutung dieses Themas im SpV erkannt wird; ein erster Schritt zu einer Lösung war eine Kooperation zwischen Hannoverschen Werkstätten und Psychiatrischer Klinik der MHH. Sinnvoll wäre sowohl ein spezialisiertes Angebot mit Institutsambulanz und geschlossener Station in einer psychiatrischen Klinik als auch ein multiprofessionelles Beratungsangebot für Dienste und Einrichtungen der Regelversorgung. Die Gemeinsame Kommission der Landesarbeitsgemeinschaft zum Landesrahmenvertrag zur Eingliederungshilfe ist bereit, eine Eingabe der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ zur angemessenen Hilfebedarfsermittlung für diese Personengruppe bei der geplanten Evaluation des gegenwärtigen Verfahrens einzubeziehen.

10: Die kontinuierliche Erstellung Sozialpsychiatrischer Pläne und die regionale Psychiatrieberaterstattung sind wichtige Instrumente zur künftigen Gestaltung des Hilfesystems.

Risiken für das Hilfesystem

1: Zunehmendes „Marktverhalten“, auch kleiner Anbieter, (z.B. Bereich ambulant betreutes Wohnen mit immer mehr Zulassungsanträgen aus wirtschaftliche Gründen und nicht aus Bedarfsgründen.

3: Einzelinteressen von Anbietern (z.B. im abW) weiten Angebot über Bedarf hinaus.

4: Behandlung des Themas Migration und Psychiatrie wird nur aus Pflichtgründen aufgegriffen ohne Zielvorgaben und Vereinbarungen.

5: Die psychischen Anforderungen an die Menschen im Alltag sind hoch und steigen eher weiter an, gerade auch im Hinblick auf Kinder und Jugendliche, die durch sozial, wirtschaftlich und emotional in Not befindliche Eltern belastet sind.

6: Die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen, der finanzielle Druck seitens der Kostenträger und die immer engere Auslegung des Gefahrenbegriffs im NPsychKG und Betreuungsrecht schränken die Behandlungsmöglichkeiten im Umfeld forensischer Problemlagen immer mehr ein. Die andere Gewichtung der Grundrechte auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit bei psychischer Krankheit kann zum Rückgang aufsuchender und nachgehender Betreuung potentiell gefährdender Personen führen und eine neue Welle der „Forensifizierung“ in Gang setzen.

11: Wirkung nach außen (Politik, Verbände etc.) nicht vorhanden. Indirekt nur über die, aus der Beratung des Dezernenten, möglicherweise entstehende Aktivitäten. Nur wenige Beispiele (in 2011/2012 Kooperation SpDi/KRH Region Hannover, Protokollnotiz Zusammenarbeit Region/Care4S)

2. Analyse der Zusammenarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund

Stärken der Verbundarbeit

- 1: Alle Einrichtungen der (sozial-) psychiatrischen Versorgung und die Selbsthilfeinitiativen der Psychiatrie-Erfahrenen (VPE) und der Angehörigen (AANB) sind Mitglied im Verbund; Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene haben in allen Gremien Sitz und Stimme. Die Gremiensitzungen sind immer stärker besucht, der Diskurs ist lebendig, basisdemokratisch und am Konsens der Teilnehmer orientiert. Transparentes Handeln wird gefordert und gefördert (siehe hier auch Prozess um IV-Vertrag AOK/Care4S). Mitarbeit der niedergelassenen Ärzteschaft hat sich positiv entwickelt.
- 2: Alle Einrichtungen des Verbundes (und darüber hinaus, Gerichte, Jobcenter) erkennen die Ombudsstelle als unabhängiges Gremium an.
- 3: Sektor-AG stellt wichtiges dezentrales Bindeglied zwischen den Akteuren dar, auch über den Rahmen der Anbieter sozialpsychiatrischen Leistungen (z.B. Kontaktbereichsbeamte, Jobcenter).
- 4: Als einziger Verbund in Niedersachsen eine eigen Fachgruppe zu dem Thema Migration und Psychiatrie und auch bereits zwei wegweisende Studien begleitet.
- 5: Der intensive Austausch in den Fachgruppen fördert die Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter von Hilfen.
- 6: Das funktionierende „sozialpsychiatrische Gewissen“ zahlreicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im gesamten Hilfesystem verschafft dem „Stiefkind“ Forensische Psychiatrie ein breites Interesse. Die entsprechende Fachgruppe des SpV ist vielfältig zusammengesetzt und bietet ein Forum, in dem in respektvoller Atmosphäre auch schwierige Einzelfälle auf der Suche nach neuen Perspektiven vorgestellt werden.
- 7: Die Kooperation der Anbieter sozialer Eingliederungshilfen hat sich deutlich verbessert; kleine Arbeitsgruppen der entsprechenden Fachgruppe fördern sowohl das gegenseitige Verständnis als auch die Zusammenarbeit mit dem Kostenträger; bei der Umstellung der Finanzierung des ambulant betreuten Wohnens von einem festen Personalschlüssel zu Fachleistungsstunden verhandelte man geschlossen mit dem Kostenträger.
- 8: Die Fachgruppe „Arbeitstherapie und Rehabilitation“ förderte die Vernetzung der Fachleute untereinander und mit der Agentur für Arbeit sowie der ARGE, unterstützte diese in ihrer Öffentlichkeitsarbeit und half bei der Anhebung des dort allgemein niedrigen Beratungsstandards; die Arbeit in der Fachgruppe wird trotz sinkender Teilnehmerzahlen durchweg positiv bewertet. Für einen besseren Überblick über die verschiedenen Hilfen zu Arbeit, Ausbildung und beruflicher Rehabilitation wurde ein Reader („Reha-Scout“) geschaffen, der sich eines regen Zuspruchs erfreut. Die von der Fachgruppe organisierten Veranstaltungen der „Psychiatrie-Woche“ 2007 unter dem Motto „Arbeit für psychisch Kranke!“ und die Tagung „Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit“ 2008 im Haus der Region Hannover waren gut besucht und erhielten ein positives Echo.
- 9: Durch die Arbeit der Fachgruppe „geistige Behinderung und psychisch Störungen“ hat sich die Vernetzung der verschiedenen Akteure auf diesem Feld verbessert; innovative Betreuungskonzepte wurden unter die Lupe genommen, Experten zur Klärung von Fachfragen eingeladen, eine größere Aufmerksamkeit für diesen Personenkreis konnte erreicht werden. Das Sozialministerium hat eine

Umfrage zur Versorgung geistig behinderter Menschen mit psychischen Erkrankungen gestartet und eine Expertengruppe unter Beteiligung der Fachgruppe eingerichtet, die Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung dieser Nutzergruppe erarbeitet hat.

10: Regelmäßig wurde jährlich ein Sozialpsychiatrischer Plan (SpP) gemäß § 9 NPsychKG erstellt, ermöglicht durch eine seit 1999 kontinuierlich und engagiert arbeitende Fachgruppe Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan. Seit Beginn enthält der SpP einen Sonderteil zu psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und widmet sich jeweils ausführlicher einem Schwerpunktthema, die Gliederung hat sich im Großen und Ganzen bewährt. Seit 2007 wird separat ein Regionalinventar mit jährlicher Aktualisierung herausgegeben.

Schwächen der Verbundarbeit

1: Nebeneinander verschiedener Koordinierungs/Vernetzungsrunden verursacht Zeitaufwand und Wirkungsverlust (hier z.B. FG Legale Sucht des SPV versus Runder Tisch Sucht und Drogen der LHH). Große Kliniken und Heime zeigen weiterhin starkes bzw. noch stärkeres Eigenleben, zu wenig Bereitschaft zur Dezentralisierung/Vernetzung ihrer Angebote. Kostenträger (SGB V, SGB VII, SGB XI, SGB XII) beteiligen sich nach wie vor kaum an der Verbundarbeit.

2: Noch zu wenig regelmäßige Unterrichtung der jeweiligen Nutzer/innen über das Angebot der Ombudsstelle.

3: Keine Vertretung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen.

5: Die ärztliche Berufsgruppe nimmt an der Arbeit der Fachgruppen zu wenig und nicht kontinuierlich teil. Mehrere Arbeitsgruppen innerhalb einer Fachgruppe binden bei den Teilnehmenden sehr viel Zeit und Energie. Die besondere Problematik von Jugendlichen mit seelischen Auffälligkeiten und Migrationshintergrund und von jungen Erwachsenen mit seelischen und kognitiven Beeinträchtigungen wird bisher nicht ausreichend wahrgenommen und hat keine ausreichende „Lobby“.

6: Die durchgängige Einbindung allgemeinspsychiatrischer Kliniken in die Arbeit der Fachgruppe „Forensik“ sowie die Diskussion über unterschiedliche Klinik- und Behandlungsstile gelang bisher nicht in ausreichendem Maße.

8: Die am SpV beteiligten Personen kennen sich oft nicht, die Bekanntheit des SpV außerhalb der Mitgliedseinrichtungen ist gering, im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie als Vollversammlung des SpV wird viel präsentiert und wenig diskutiert, die Auswirkungen seiner Arbeit sind gering, sein Sinn ist unklar.

9: Es ist der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ mangels Sponsoren bisher nicht gelungen, die von ihr gesammelten Informationen über eine Internet-Präsenz Hilfesuchenden und Kooperationsstellen zur Verfügung zu stellen.

10: Erst allmählich und noch nicht ausreichend wird der SpP seiner Funktion als „Plan“ gerecht, indem er über die Bestandsaufnahme und Analyse aktueller Problemlagen hinaus konkrete Ziele und Maßnahmen zu ihrer Erreichung vorgibt. Die Beteiligung der Einrichtungsträger an der regionalen Psychiatrieberichterstattung (PBE) lässt zu wünschen übrig.

11: Wirkung nach außen (Verbund). Zwar Vertretung des AKG im RFP (über Sprecherfunktion und Entsendung von 3 weiteren Mitgliedern), aber nur eine mäßige inhaltliche Delegation bzw. Berichterstattung (gilt in beide Richtungen). RFP ist durch Sonderfunktion (direktes Beratungsgremien des Dezernenten) nicht wirklich Bestandteil des Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Verbund (Sektor-AG – Fachgruppen – AKG), die ja jeweils aufeinander bezogen sind. Bedeutung des RFP im (für den) Verbund nicht wirklich deutlich.

Chancen für die Verbundarbeit

1: AKG im bisherigen Rahmen als einem Gremium des offenen, wenig normierten fachlichen Austausches im gegenseitigen Respekt mit dem gemeinsamen Ziel die Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen zu verbessern.

2: Die Ombudsstelle als festen Bestandteil eines Qualitätsstandards bei allen Beteiligten und Nutzer/innen sowie in der Öffentlichkeit verankern.

3: Allgemeine Themen und Zielsetzungen auf Sektorebene herunter brechen und durch persönliche Zusammenarbeit Zielsetzungen auch in Teilschritten gemeinsam angehen.

4: Neue Studie 2012, vorgelegt in 2013, kann neuen Schub in der Qualitätsdiskussion auslösen bezüglich der Notwendigkeiten in der Versorgung psychisch kranken Migrantinnen und Migranten.

5: Die Vollversammlung des SpV sollte die Kommunikation mit ihren Fachgruppen, verbindlicher gestalten und sich verstärkt mit deren Themen befassen. (5)

6: Eine Reihe von Maßnahmen sind geeignet, die forensisch-psychiatrischen Kompetenzen der Akteure und damit die Versorgungsqualität in der Gemeindepsychiatrie zu erhöhen: Spezifische Fort- und Weiterbildung in klinischen und komplementären Diensten der Allgemeinpsychiatrie (einschließlich Umgang mit strafrechtlicher Verfolgung gewalttätiger Übergriffe auf Fachpersonal), regelmäßige Fachtagungen zum Umgang mit Zwang und Gewalt, Stärkung der Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe und Führungsaufsicht. In offenem Dialog und konstruktiver Kooperation können Fachleute aus der Allgemeinpsychiatrie und der Forensik viel voneinander lernen.

8: Der SpV sollte die stärkere Wahrnehmung und Außenwirkung seiner Arbeit als Aufgabe begreifen; mehr Öffentlichkeit schafft auch Möglichkeiten für neue Angebote. Zukunftsweisend ist die Bearbeitung des Dauerthemas „Zuverdienstmöglichkeiten für seelisch kranke Menschen“ und der Anforderungen an das Reha-System durch seelisch Erkrankte mit Migrationshintergrund.

9: Die Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ will weiter auf ihr Anliegen aufmerksam machen und neue Kooperationen erschließen, durch Hinweis auf die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention gegenüber politischen Entscheidungsträgern, durch Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Fachärzten und psychiatrischen Kliniken, mit Vertretungen der Selbsthilfe und der Behindertenbeauftragten der Stadt Hannover.

10: Die kontinuierliche Erstellung Sozialpsychiatrischer Pläne und die regionale PsychiatrieBerichterstattung sind wichtige Instrumente zur künftigen Gestaltung des Hilfesystems und der Zusammenarbeit der Akteure im Verbund.

11: RFP nimmt mit Neukonzeption deutlicher eine Beratungsfunktion für den Sozialdezernenten wahr.

Risiken für die Verbundarbeit

1: Immer mehr zunehmende Größe des Verbundes bringt Probleme im Bereich der Übersicht, Vernetzung und Wirkung.

2: Keine, außer es würde keine Bereitschaft von Ehrenamtlichen für diese Arbeit mehr geben.

3: Sektor-AG werden als Forum für die Bewerbung (sektorübergreifender) Angebote genutzt.

4: Verbund überlässt das Thema Migration der Fachgruppe und verweigert sich der realen Auseinandersetzung, durch z.B. eigen Konzeptentwicklung bzw. auch Einstellung entsprechenden Personal

5: Ein Anstieg des Verwaltungsaufwands und der Komplexität der Aufgaben im Arbeitsalltag belastet die Fachleute und gefährdet ihr Engagement im SpV.

10: Wenn die Bereitschaft zum Engagement im Verbund und zur Konsensbildung unter den Akteuren sinkt, wird es schwieriger, Bewährtes zu verteidigen, Schlechtes zu verbessern und Unpassendes zu verändern.

11: Entkoppelung des RFP vom Diskurs des Verbundes durch Sonderrolle und ungenügende Regelung/Transparenz der Beziehung des RFP zu den Verbundsstrukturen.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund

Weinstraße 2 · 30171 Hannover · E-Mail: Lothar.Schlieckau@region-hannover.de

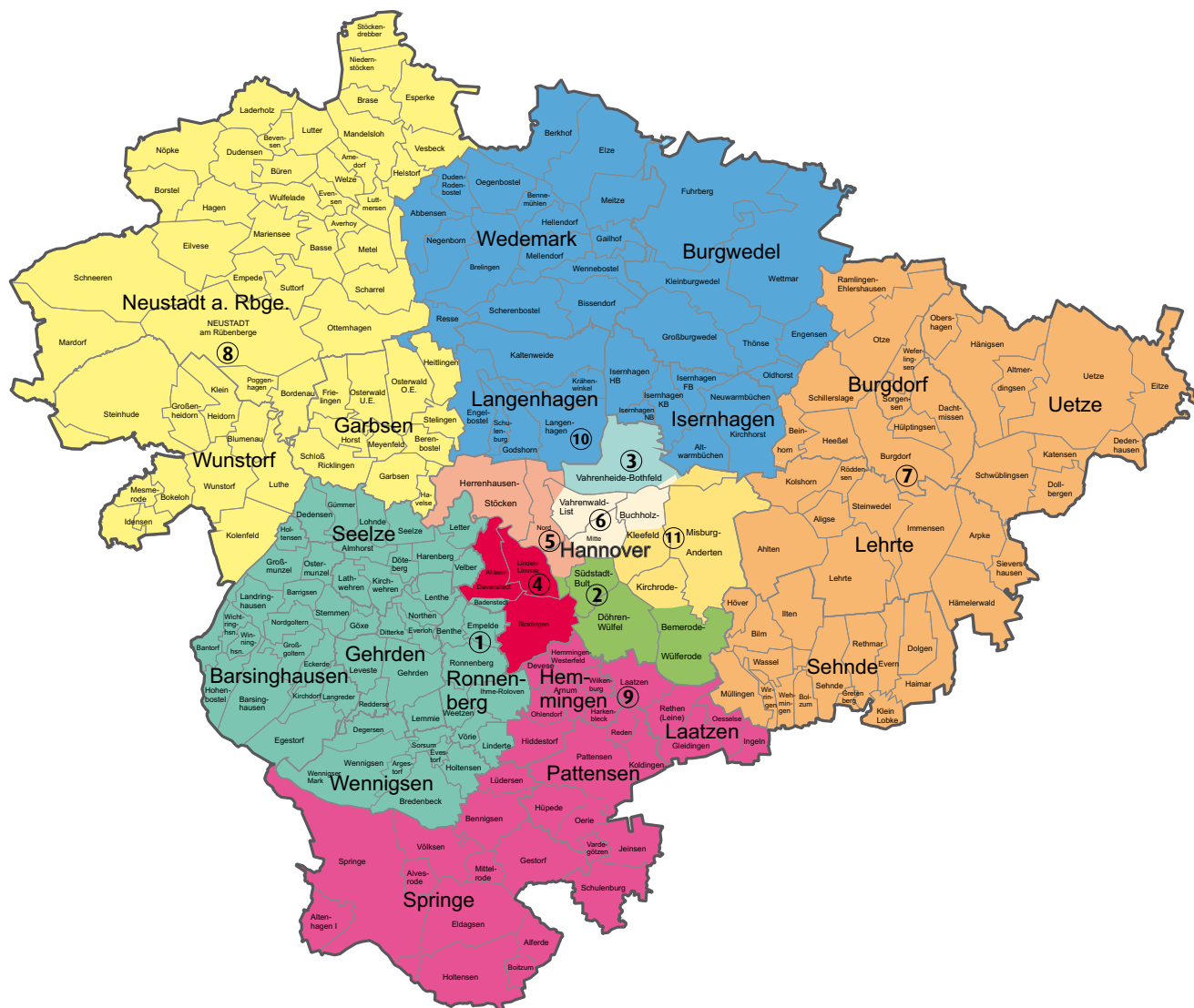
Autorenverzeichnis

Batram, Susanne	Dipl.- Psychologin Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
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.-Sozialarbeiter/-pädagog Sprecher der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Arbeiterwohlfahrt Deisterstr. 85 a, 30449 Hannover
Elgeti, Hermann, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin Sprecher der Fachgruppe Dokumentation, Region Hannover, Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Eller, Matthias	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagog, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Georgiadis, Hildegard	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freitagstr. 12A, 30169 Hannover,
Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Harig, Christian	Dipl.-Sozialwirt Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE) Rückertstr. 17, 30169 Hannover
Harnau, Brigitte	Sozialpsychiatrische Fachpflegekraft Leitung Caritas Forum Demenz Bohlendamm 4, 30159 Hannover
Höfer, Eberhard, Prof. Dr.	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Theodor-Bötel-Weg 56, 31139 Hildesheim
Homeyer-Broßat, Joachim	Berufsbetreuer AfB e.V. Arbeitskreis der freiberuflichen rechtlichen Betreuer Rühmkoffstr. 19, 30163 Hannover
Jordan, Erwin	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
Kirschnick-Tänzer, Sabine	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Systemische Beratung und Therapie, Oberärztin, im Sprecherteam des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf. Südstr. 25, 31515 Wunstorf,
Koch, Vera	Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe Dokumentation Heimleiterin, Wohnheime Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH, Mellendorfer Str. 7 - 8, 30625 Hannover
Kurth, Henning	Dipl.- Sozialarbeiter/-pädagog Mitglied der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Hannoversche Werkstätten, Lathusenstr. 20, 30625 Hannover
Lessing, Alfred	Drogenbeauftragter Landeshauptstadt Hannover, Dez. III Fachbereich Jugend- und Sozialdienst Ihmeplatz 5 , 30449 Hannover
Lüpke, Monika	Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin Psychologische Geschäftsleitung, Einrichtung für psychisch Genesende Mohmühle 1, 30900 Wedemark, Mitglied der Fachgruppe Dokumentation
Noort-Rabens, Ingeborg	Ärztin Sprecherin der Fachgruppe Kinder- und Jugendliche, Region Hannover, 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
Preis, Manfred	Dipl.-Psychologe Geschäftsführer, Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH Liebigstr. 6, 30851 Langenhagen
Reichertz-Boers, Uwe	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialpädagoge, im Sprecherteam der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit, SuPA GmbH Königstr. 6, 30175 Hannover
Roempler, Andreas	Sozialarbeiter Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Königstraße 6, 30175 Hannover

Rolfes-Neumann, Doris	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekoordinator Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Weinstr. 2, 30171 Hannover
Seelhorst, Rose-Marie	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V. Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
Sueße, Thorsten, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Interkultureller Beauftragter im Betrieb + Leiter des Sozial- psychiatrischen Dienstes 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, 31515 Wunstorf
Türk, Ali	Dipl. Sozialwissenschaftler, Geschäftsführer im Sprecherteam des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein e.V) Freundallee 25, 30173 Hannover,
Weidner, Oliver	Dipl.-Ergotherapeut Sprecher der Fachgruppe Arbeit & Rehabilitation Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen Deisterstr. 17B, 30449 Hannover

Einteilung der Versorgungssektoren des Sozialpsychiatrischen Dienstes



Legende:

- 1 OE 53.10.01
Beratungsstelle Ronnenberg/Empelde
- 2 OE 53.10.02
Beratungsstelle Freytagstraße
- 3 OE 53.10.03
Beratungsstelle Plauener Straße
- 4 OE 53.10.04
Beratungsstelle Deisterstraße
- 5 OE 53.10.05
Beratungsstelle Königstraße

- 6 OE 53.10.06
Beratungsstelle List der MHH
- 7 OE 53.10.07
Beratungsstelle Burgdorf
- 8 OE 53.10.08
Beratungsstelle Neustadt a. Rgbe.
- 9 OE 53.10.09
Beratungsstelle Laatzen
- 10 OE 53.10.10
Beratungsstelle Langenhagen
- 11 OE 53.10.11
Beratungsstelle Politik I der MHH

