



Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie

**SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2018**  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

## VORWORT



### Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

der vorliegende Sozialpsychiatrische Plan 2018 beschäftigt sich mit einem Schwerpunktthema, das für Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihre Angehörigen und Personal psychiatrischer Einrichtungen eine große Herausforderung darstellt.

Das Thema **Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie** ist darüber hinaus mit zahlreichen Vorurteilen und Klischees verbunden. Es ist daher gut sich vorab zu vergegenwärtigen, dass schwerwiegende psychische Erkrankungen zunächst einmal eine große Verunsicherung für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Das Denken, das Fühlen, die Wahrnehmung der eigenen Person, die Wahrnehmung anderer Personen und die eigene Handlungsfähigkeit können extrem stark beeinträchtigt und verändert sein. Wer selbst einmal schwer und langwierig krank war, weiß, dass einen auch körperliche Erkrankungen psychisch aus dem Gleichgewicht werfen können. Es sind dementsprechend als erstes die psychischen Erkrankungen, die Zwang auf die Menschen ausüben, die ihre Weltsicht verändern und die sie unter Druck setzen. Wie groß dieser Druck sein kann, können wir daran erkennen, dass Depressionen nach wie vor die wichtigste Ursache für Selbsttötungen in Deutschland sind. Die Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie sind häufig der Versuch, diesen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Der Sozialpsychiatrische Plan der Region Hannover zeichnet sich immer dadurch aus, dass Autorinnen und Autoren das jeweilige Schwerpunktthema aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven bearbeiten.

Der Niedersächsische Landtag hat unter dem Druck der vorzeitig beendeten Legislaturperiode noch im September 2017 die Novellierung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) beschlossen und zur Umsetzung der Bundesrechtsprechung jetzt auch in Niedersachsen geregelt, dass die Unterbringung eines Menschen gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Klinik nicht mehr automatisch eine Zwangsbehandlung des Betroffenen rechtfertigt.

Zwang sollte nie selbstverständlich werden. Die Beiträge dieses Sozialpsychiatrischen Plans zeigen die gesamte Spannweite zwischen manifesten und strukturellen Zwängen in stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen. Sie machen auch deutlich, dass die personelle und räumliche Ausstattung jeweils von ausschlaggebender Bedeutung sind. In mehreren Beiträgen wird nachgezeichnet, welche Formen von Gewalt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen erfahren. Leistungsträger und Leistungserbringer sind aufgefordert zu handeln – es wird letztlich zum Nutzen aller sein. Es gibt noch viel zu tun.

**Erwin Jordan**

Dezernent für Soziale Infrastruktur  
Region Hannover

## ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE

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

**Dr. Hermann Elgeti**

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

**Dr. Thorsten Sueße**

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

**Matthias Eller**

Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungs-  
stelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien  
Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

**Stefan Pohl**

Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungs-  
stelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien  
Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

**Monika Lüpke**

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

**Uwe Blanke**

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

**Frank Meister**

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

**Timo Stein**

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

**Torsten Köster**

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

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Zusammensetzung der Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover</b> .....	<b>4</b>
<b>■ EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK</b>	
Zwang und Psychiatrie – es lohnt sich genau hinzuschauen! (Thorsten Sueße und Uwe Blanke) .....	<b>9</b>
Zwangsbehandlungen: Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema (Monika Neveling und Nicole Niemann) .....	<b>13</b>
Gedanken über das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (Rose-Marie Seelhorst) .....	<b>16</b>
<b>■ SCHWERPUNKTTHEMA 2018: Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie</b>	
Beratung, Therapie und Unterbringungen im Zwangskontext - ein Überblick (Michael Eink) .....	<b>19</b>
Bericht der Besuchskommission Hannover (Andreas Landmann, Annette Loer und Eva Moll-Vogel) .....	<b>21</b>
Zwangsmaßnahmen mindern – ein prioritäres Entwicklungsfeld des Landespsychiatrieplans (Ansgar Piel) .....	<b>23</b>
Rechtliche Grundlagen zur Anwendung von Zwang in der Psychiatrie (Annette Loer) .....	<b>26</b>
Psychiatrische Krisen- und Notfalldienste in der Region Hannover – wer ist für was wann erreichbar? (Thorsten Sueße) .....	<b>34</b>
Aus der Perspektive von Klinikmitarbeitern - Psychiatrisches Arbeiten im Zwangskontext (Wolfgang Dillo) .....	<b>35</b>
Forensische Psychiatrie: Zwischen freiheitsentziehenden Maßnahmen und Entlassung in die Gemeinde – Aufgaben und Perspektiven (Andreas Tänzer) .....	<b>36</b>
Veränderungen der Klientel in geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtungen – Gewalt gegen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen (Almut Meyenburg, Patricia Gorski-Schmidt und Holger Geis) .....	<b>41</b>



Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in der Psychiatrie (Heike Schambortski) .....	43
Kindeswohl (-gefährdung) in der Suchthilfe - Wann muss eingegriffen werden? (Martina Stilhammer und Gabriele Bartoszak).....	46
LEITLINIEN DER ZUSAMMENARBEIT zwischen dem Kommunalen Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover, dem Allgemeinen Sozialen Dienst der Region Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover (Anke Broßat-Warschun, Thomas Heidorn und Roland Levin) .....	50
<b>■ REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG</b>	
Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatrieberichterstattung für das Berichtsjahr 2016 (Hermann Elgeti) .....	55
Welche psychisch kranken Personen erreicht der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover? - Berichtsjahr 2016 (Thorsten Sueße) .....	72
Bericht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe (Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer).....	76
<b>■ SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND</b>	
Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien (Thorsten Sueße und Uwe Blanke).....	79
<b>Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes</b>	
Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) (Sabine Kirschnick-Tänzer) .....	82
Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP) (Hermann Elgeti) .....	84
<b>Berichte der Fachgruppen des AKG</b>	
Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (Oliver Weidner) .....	85
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ (Hermann Elgeti) .....	86
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (Andreas Tänzer) .....	86
Fachgruppe „Weiterbildung im Verbund“ (Uwe Blanke) .....	87
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankungen“ (Jana Koch) .....	88

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (Markus Heller) .....	89
Fachgruppe „Sucht und Drogen“ (Frank Woike) .....	90
Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“ (Frank Meister und Marco Schomakers) .....	91
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (Birgit Dietl) .....	91
Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ (Thorsten Sueße) .....	92
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (Ahmet Kimil) .....	93
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (Uwe Reichertz-Boers und Henning Kurth) .....	95
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (Manfred Willems und Birgit Theye-Hoffmann) .....	96

### **Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften**

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße (Doris Rolfes-Neumann) .....	97
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße (Ulrike Johanning-Schönfeld) .....	98
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße (Andreas Roempler) .....	98
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (Horst-Peter Michel) .....	100
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (Ute Hauser) .....	101
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (Yuanyuan Zhang) .....	101
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz (Richard Plank) .....	102
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt (Alexandra Schubert und Frederik Müller) .....	102
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (Sabine Tomaske) .....	103
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde (Sabine Krumpholz) .....	103

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

(Jürgen Gundlach) .....	104
-------------------------	-----

### **■ SONDERTEIL:**

#### **Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien**

Einleitung (Stefan Pohl und Matthias Eller) .....	107
--	-----

## Ambulante Versorgung

Niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxen (Rainer F. Janitzek) .....	107
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (Verena Handtke) .....	108
Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend (Matthias Möller) .....	109
Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie (Michael Wachtendorf) .....	111

## Stationäre Versorgung

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf (Anette Redslob) .....	112
AMEOS Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim (Hans-Jörg Bethge) .....	112
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover (Burghard Neuhaus) .....	113

## Ambulante Versorgung im Übergangsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Erziehungsberatung sowie Eingliederungshilfen

Fachbereich Jugend der Region Hannover, Team Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII (Achstes Buch Sozialgesetzbuch) (Ramona Heuer) .....	114
Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover (Wolfgang Sievers) .....	115
Clearingsstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover (Hans-Jürgen Behn) .....	116

## ■ ANHANG:

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....	117
Glossar der Fachbegriffe .....	123
Verzeichnis der Abkürzungen .....	125



## EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK

### Zwang und Psychiatrie – es lohnt sich genau hinzuschauen!

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

Wie bereits in den vergangenen Jahren stellen wir dem Sozialpsychiatrischen Plan 2018 im Folgenden eine „Lesehilfe“ voran. In diesem Jahr besteht dieser Netzwerk-Bericht aus insgesamt 54 Beiträgen, die von 62 Autorinnen und Autoren verfasst worden sind. Sie bilden das gesamte Spektrum im Sozialpsychiatrischen Verbund, einschließlich der Sichtweisen von Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und externen Expertenmeinungen ab.

### Was haben Sie von diesem Plan zu erwarten?

Im April 2017 stimmte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie dafür, das Thema **Zwangmaßnahmen und -behandlungen** in der Psychiatrie zum Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans zu machen. Nicht zum Zuge kamen dagegen die ebenfalls diskutierten Themen „Suchtkrankenversorgung“ sowie „Suizid und Suizidprävention“. Damit haben die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) ein Thema gewählt, das in der Folge auch von verschiedenen

überregionalen Fachzeitschriften aufgegriffen wurde. Die Fachgruppe Dokumentation des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) hat daraufhin um Beiträge gebeten, die dieses Thema möglichst umfassend und sowohl aus den Perspektiven der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen bearbeiten. Die Autor/-innen wurden wiederum gebeten sich an den Eckpunkten **Erfahrungen, Analysen, Bedarfe und Handlungsempfehlungen** zu orientieren.

- Den Auftakt (ab S. 13) machen aus dem **Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE)** Monika Neveling und Nicole Niemann mit ihrem Beitrag, in dem sie zunächst mit einem Gedicht überraschen, dem dann zwei Erfahrungsberichte folgen, die abschließend in vier konkrete Botschaften in Bezug auf das münden, was Betroffene in Krisensituationen vermissen.
- Dem schließt sich der Beitrag von Rose-Marie Seelhorst (ab S.16) an, die aus der **Sicht der Angehörigen** Bezug nimmt auf die im September 2017 vom Niedersächsischen Landtag verabschiedete Novelle des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) und die fordert, dass in der laufenden Legislaturperiode dringend weitere Verbesserungen dieses Gesetzes erfolgen müssen.

- Der **Übersichtsartikel** von Michael Eink (ab S. 19) über die Arbeit im Zwangskontext weist auf auch auf die verdeckten, subtilen Formen von Zwang hin, unter denen sich die Betroffenen und die „Profis“ begegnen. Sein Hinweis, dass bei diesem Thema nichts „selbstverständlich“ ist, wird insbesondere verdeutlicht durch die Hinweise auf die Kliniken, die es schaffen seit langem ohne geschlossene Türen zu arbeiten.
- Andreas Landmann, Annette Loer und Eva Moll-Vogel berichten (ab S. 21) über die Arbeitsweise und die Erfahrungen der **Besuchskommission**, die als ein besonderes Schutzinstrument für die Interessen der Betroffenen durch den Psychiatrieausschuss des Landes gemäß § 30 (3) NPsychKG berufen wird. Die Berichte der Besuchskommission haben in der Region Hannover in der Vergangenheit nachweislich zu strukturellen Verbesserungen geführt.
- Ansgar Piel nimmt (ab S. 23) Bezug auf das 4. Prioritäre Entwicklungsfeld „Zwangsmaßnahmen mindern“ des 2016 veröffentlichten **Landespsychiatrieplans Niedersachsen** (LPPN). Sein Beitrag macht den enormen Einfluss deutlich, den die jeweiligen Behandlungs- und Versorgungskonzepte auf das Ausmaß von Unterbringungen nach dem NPsychKG in Kliniken haben (Minimum 4 %, Maximum 31 %). Der LPPN empfiehlt die Einrichtung eines verpflichtenden Registers für die Kliniken und die Erstellung einer Heim-Enquête.
- Das Amtsgericht Hannover ist beratendes Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund. Annette Loer stellt aus der **Perspektive des Betreuungsgerichtes** die Anforderungen dar, die das Betreuungsrecht und das NPsychKG nach den richtungsweisenden Urteilen des BVerG und des BGH an die zwangsweise Unterbringung und Behandlung stellen. Dabei ist im Sinne der Rechte der Betroffenen immer zu beachten, dass die rechtlich vorgegebene Schrittfolge einzuhalten ist und dass Eingriffe in die Grundrechte nicht der Kompensation von Versorgungsdefiziten dienen dürfen.
- Ein kurze und prägnante Übersicht über die Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten bei psychiatrischen Notfällen gibt (ab S. 34) Thorsten Sueße vom **Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover**.
- Aus der Perspektive von Klinikmitarbeitern sind Zwangsmaßnahmen und -behandlungen immer eine Anforderung, die nicht leicht mit dem professionellen Selbstbild zu vereinbaren sind. Ab S. 55 beschreibt Wolfgang Dillo aus der **Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover** diese Situation und verbindet dies mit dem Hinweis, dass die Patienten und die Mitarbeiter für eine medizinisch verantwortungsvolle Arbeit auch mit entsprechenden räumlichen und personellen Ressourcen ausgestattet sein müssen.
- An dieser Stelle war ein Beitrag aus der Perspektive **niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** zum Schwerpunktthema eingepflegt, der uns jedoch nicht mehr rechtzeitig vor Redaktionsschluss erreicht hat.
- Einen besonderen Blick eröffnet der Beitrag von Andreas Tänzer (ab S. 36) **aus der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der KRH-Psychiatrie in Wunstorf**. Die ambivalenten Haltungen in der Gesellschaft und bei einzelnen Personen gegenüber dem Thema psychisch Kranke werden im Kontext von psychisch kranken Straftätern noch einmal in besonderer Weise akzentuiert. In der Region Hannover zeichnet sich die forensische Arbeit durch einen hohen Grad an Vernetzung, vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine ausgeprägte Bereitschaft für pragmatische Lösungswege aus. Hervorzuheben ist die im Anhang zu diesem Beitrag abgedruckte Checkliste zur Risikoeinschätzung.
- In den **geschlossenen gerontopsychiatrischen Pflegeheimen** entwickelt sich nach den Erfahrungen von Almut Meyenburg, Patricia Gorski-Schmidt und Holger Geis eine neue „Schattenpsychiatrie“. Die drei AutorInnen, die eigentlich in konkurrierenden Einrichtungen arbeiten, berichten (ab S. 41) über die Veränderung bei der in ihren Häusern zu betreuenden Klientel in den letzten Jahren. Über- und Angriffe auf die MitbewohnerInnen, die MitarbeiterInnen und die Beschädigung von Einrichtungs- und Gebäudeteilen sind Gradmesser dieser neuen

Entwicklung, für die unbedingt Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden müssen.

- Folgerichtig steht an dieser Stelle (ab S. 43) der Beitrag der **Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)**, den Heike Schambortski verfasst hat. Nach den Daten der BGW arbeiten die Fachkräfte in der Psychiatrie in einem besonders gefährdeten Tätigkeitsfeld. Daher sind die Arbeitgeber in besonderer Weise gefordert, präventiv tätig zu werden, um körperliche und psychische Schaden von den Beschäftigten abzuwenden.
- In ganz eigener Weise sind Kinder von psychisch kranken Eltern und **Kinder aus suchtblasteten Familien** Zwängen und Gewaltverhältnissen ausgesetzt. Das Zusammenwirken von Suchthilfe, Jugendhilfe und Psychiatrie erfordert in diesen Fällen eine besonders gute Kooperation und eine hohe Sicherheit in den Verfahrensabläufen. Martina Stilhammer und Gabriele Bartoszak beschreiben in ihrem Beitrag (ab S. 46) die Hintergründe und die Kooperationsstrukturen, die für diesen sensiblen Bereich von Bedeutung sind.
- Im Jahr 2008 wurden erstmals im Sozialpsychiatrischen Plan die **Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen dem Kommunalen Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover**, dem Allgemeinen Sozialdienst der Region Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover, die insbesondere die Interessen von Kindern in Familien mit psychisch kranken und von suchtblasteten Eltern berücksichtigen, veröffentlicht. Diese Leitlinien sind überprüft, weiterentwickelt und an die neuen Anforderungen des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) angepasst worden. Sie finden die neue Fassung mit einem Vorwort von Anke Broßat-Warschun, Thomas Heidorn und Roland Levin ab S. 50.
- Fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der Beitrag zur **Regionalen Psychiatriebericht-erstellung**, in dem Hermann Elgeti (ab S. 55) zunächst auf die Datenerhebung (Datenblätter A-C) hinweist, sowie auf die erweiterten Möglichkeiten zur Nutzung der Auswertung für die einzelnen Einrichtungen. In Tabelle 1 wird ein Überblick über die

Entwicklung gemeindepsychiatrischer Strukturen in der Zeit von 1998 – 2016 gegeben. Hervorzuheben sind die Daten zum Vergleich der Versorgungsstrukturen in der Region Hannover mit denen im gesamten Land Niedersachsen, bei dem die besonderen Gegebenheiten eines großstädtischen Ballungszentrums diskutiert werden. Neu aufgenommen wurde die Information zum Risikoscore als Bewertungsinstrument. In der Region Hannover sind die Zahlen zu den regionalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Angeboten von besonderem Interesse.

- Erstmals aufgenommen wurde der Bericht des **Sozialpsychiatrischen Dienstes** von Thorsten Sueße (ab S. 72) zu den Leistungsdaten aller Beratungsstellen in der Region Hannover. Von den Angeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes – so verdeutlicht der Bericht – werden in großer Zahl an Schizophrenie erkrankte Erwachsene erreicht, wobei die Hilfen oftmals in Form von Hausbesuchen erbracht werden.
- Im gleichen Kapitel gibt das Team **Fachsteuerung Eingliederungshilfe** einen Überblick zur **Fallzahlentwicklung aller Hilfeplanungen**. Die von Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer ab S.76 ausgewerteten Daten zeichnen in den vergangenen Jahren einen kontinuierlichen Anstieg bei der Anzahl der durchgeführten Hilfeforenzen nach. Aktuell scheinen sich die Fallzahlen auf dem Niveau der letzten Jahre zu stabilisieren. Die weiteren Entwicklungen bleiben abzuwarten, zumal sich neben der Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und des Bedarfsermittlungsinstrumentes Niedersachsen (B.E.Ni.) noch nicht abzeichnet, wer nach der noch ausstehenden Entscheidung des Landes Niedersachsen Träger der Eingliederungshilfe werden wird.
- Unter der **Rubrik Sozialpsychiatrischer Verbund (SpV)** finden Sie (ab S. 79) die aktualisierte Übersicht über die Gremien des Verbundes und ab S.82 folgen die **Tätigkeitsberichte der Gremien des SpV**, die ebenfalls ein fester Bestandteil dieser Publikation sind, und die das große Spektrum der im SpV bearbeiteten Themenstellungen einschließlich der daraus resultierenden Initiativen und Handlungsempfehlungen abbilden.



- Im Sonderteil **Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien**, der von Matthias Eller und Stefan Pohl verantwortet wird, erhalten Sie ab S.107 wieder einen Überblick der für diesen Bereich relevanten Themen, untergliedert in die drei Kategorien „Ambulante Versorgung“, „Stationäre Versorgung“ und „Ambulante Versorgung im Übergangsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Erziehungsberatung sowie Eingliederungshilfen“.
- Neu im Sozialpsychiatrischen Plan wurden in diesem Jahr ein **Glossar der Fachbegriffe** und ein **Verzeichnis der Abkürzungen** aufgenommen.

### Rückblick – Was aus dem Themenschwerpunkt des letzten Sozialpsychiatrischen Plans wurde: „Psychisch kranke Flüchtlinge: Neue Herausforderungen?“

Im Rahmen eines von der Region Hannover zunächst für ein Jahr geförderten Projekts hat das *Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.* (NTFN) ab Februar 2017 das Projekt **Aufsuchende soziale Arbeit für psychisch kranke Flüchtlinge (ASU)** gestartet. Diese Maßnahme orientiert sich an den Standards des ambulant betreuten Wohnens und richtet sich an die Klientel unter den Geflüchteten, die keinen Anspruch auf Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Eingliederungshilfe (SGB XII) hat. Eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter mit je einer halben Stelle teilen sich diese Aufgabe. Die Betroffenen werden in den Unterkünften aufgesucht, beraten und konkret unterstützt. Ziel ist es, nach Bearbeitung der sprachlichen und kulturellen Barrieren, die notwendigen Behandlungskontakte zum Regelversorgungssystem herzustellen.

Dabei besteht eine enge Kooperation des NTFN mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Patienten werden regelhaft vorgestellt und es finden gemeinsame Fallbesprechungen und Planungen statt. Im Sozialpsychiatrischen Dienst werden aktuell darüber hinaus ca. 160 Personen (Tendenz steigend) mit Fluchthintergrund beraten und betreut.

Die Projektförderung des NTFN wird im Jahr 2018 fortgeschrieben und kann perspektivisch – bei Flüchtlingszahlen auf dem heutigen Niveau – im Jahr 2019 quantitativ reduziert werden. Empfehlenswert erscheint, dass der Träger dann eine Leistungsvereinbarung mit der Region Hannover entsprechend § 75 SGB XII ff über Leistungen zum Ambulant betreuten Wohnen für diesen Personenkreis abschließt.

Wie den Berichten der Fachgruppen in diesem Sozialpsychiatrischen Plan zu entnehmen ist, wird die fachliche Auseinandersetzung zu einem angemessenen Umgang mit diesem Personenkreis aktiv weitergeführt. Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen zum Beispiel verhandelt mit den entsprechenden Leistungsträgern weiterhin über eine sachgerechte Finanzierung von Dolmetscherleistungen.

### Was ist aus unserer Sicht noch im Jahr 2018 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Das KRH-Ausbildungszentrum hat – mit einer Anschubfinanzierung von der Region Hannover – die langerwartete **Sozialpsychiatrische Weiterbildung** gestartet. Im April 2017 hat zunächst die erste Phase der Weiterbildung zur „Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung“ (Zielgruppe: Alten- und Krankenpflege) begonnen und im Oktober 2017 folgte plangemäß der Weiterbildungsabschnitt, der für weitere Berufsgruppen (schwerpunktmäßig Sozialpädagogen) offensteht. Es handelt sich dabei um einen Weiterbildungsgang über zwei Jahre – vorläufige Bezeichnung: „Sozialtherapeut/in im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld“. Für April und Oktober 2018 ist der Beginn der nächsten Ausbildungsgruppen geplant.

Im Jahr 2018 besteht das **Bündnis gegen Depression in der Region Hannover** seit 10 Jahren. Das Bündnis wurde 2008 in einer gemeinsamen Initiative der Region Hannover, der Medizinischen Hochschule Hannover und KIBIS (Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle im Selbsthilfebereich) gegründet. Die Mitgliedsorganisationen planen für die Zeit vom 15. bis zum 26.10.2018 Aktionswochen, in denen Bürgerinnen, Bürger und Fachleute in der gesamten Region

Hannover umfassende Informationen zum Krankheitsbild und zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten.

Die 2016 begonnenen konstruktiven Austauschgespräche zwischen Vertretern der Region Hannover und den **Fachstellen für Sucht und Suchtprävention** sollen auch 2018 fortgesetzt werden. Außerdem wird erstmalig den politischen Gremien der Region Hannover ein Bericht über die Arbeit der Fachstellen vorgelegt werden.

Die **Zuverdienstprojekte für psychisch Kranke** – „AWO Café Marie“ und „be-taTaB“, die im Rahmen einer Zuwendung als Pilotprojekte gefördert werden, haben sich bewährt und sollen fortgeführt werden. Nach einem Urteil des Sozialgerichtes in Freiburg wurde im Jahr 2017 die Förderungsgrundlage in der Region Hannover überprüft. Dabei wurde auch deutlich, dass der Begriff des Zuverdienstprojektes die Aufgabenstellung nicht sachgerecht beschreibt. Im Laufe des ersten Halbjahres 2018 werden die politischen Gremien der Region Hannover eine Umstellung auf eine Leistungsvereinbarung nach § 75 SGB XII ff über **Betätigungsangebote** beraten.

Auf Initiative der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ hat das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover e.V. bei der Region Hannover eine Zuwendung für die Erstellung eines **Sozialpsychiatrischen Wegweisers** beantragt. Die politischen Gremien haben einen entsprechenden Beschluss gefasst und nach einem intensiven Austausch im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, der Fachgruppe und unterschiedlichsten Fachkräften kann die Veröffentlichung in den nächsten Monaten erfolgen. Ergänzend zur Druckversion wird dieser Wegweiser in weitere Sprachen übersetzt (Türkisch, Russisch, Polnisch, Arabisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Farsi und Englisch). Derzeit wird geprüft, ob diese Übersetzungen, die dann auf der Internetseite der Region unter [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv) zum Download zur Verfügung stehen werden, auch als Druckfassung erscheinen können.

Das Jahr 2018 bringt umfassende Änderungen in der Eingliederungshilfe und damit für alle Nutzer/innen, Leistungsanbieter und Leistungsträger im ambulant betreuten Wohnen. Auf der Bundesebene sind mit

dem **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** und dem **Pflegestärkungsgesetz (PSG)** zwei Gesetze in Kraft getreten, die in der Abgrenzung viele Fragen und Unsicherheiten aufwerfen. Auf der Landesebene wird unter dem Begriff **B.E.Ni** das neue **Bedarfsermittlungsinstrument** eingeführt und auf der kommunalen Ebene sind diese Vorgaben umzusetzen. Noch nicht geklärt ist, wer Träger der Eingliederungshilfe werden wird. Die Arbeitsgruppe „Qualitätsstandards für das ambulant betreute Wohnen“ hat daher die Initiative ergriffen und für den Sozialpsychiatrischen Verbund eine Fachtagung mit dem Titel „Die Zukunft des ambulant betreuten Wohnens: Veränderungen konstruktiv nutzen“ vorbereitet“, der sicherlich weitere Veranstaltungen folgen werden.

### Zwangsbehandlungen:

Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema von Monika Neveling und Nicole Niemann (VPE Hannover e.V.)

### OHNE GLANZ

Herr Doktor, haben Sie schon Kant gelesen?

Keine Frage, natürlich...

Den Verstand verloren,

die Vernunft noch nicht gefunden,

wer schwimmt sieht keine Bücher mehr.

Im Wartezimmer hängt der Hundertwasser -  
besser du siehst den Galgen nicht.

Da wird gewaltsam nach der Seele gesucht -  
leide, du bist nicht freiwillig hier.

Unter diesem Tisch ist kein Platz für dich -  
weißt du, du sitzt vor einer verschlossenen Tür!

Bitte renn diese Offene nicht ein.

Wollen wir ein wenig schweigen?

Kennst du das Märchen von Rapunzel?

Glauben Sie an Gott?

Ich habe keine Freunde, aber suche welche.

Rote Socke, alter Hut:

Da wirkt gebrochen, was nicht brechen kann -  
da wird besprochen, was nicht sprechen kann.

Das Thema Zwangsbehandlung ist im VPE immer wieder ein Thema. Viele von unseren Mitgliedern berichten Erlebtes aus Kliniken & Einrichtungen. Allerdings ist die Zwangsmaßnahme und -behandlung ein sehr heikles Thema, viele Betroffene möchten sich lieber nicht an diese Zeit zurückerinnern. Wir haben für den Sozialpsychiatrischen Plan 2018 unseren geschützten Raum genutzt, um eine persönliche Atmosphäre zu schaffen. Um unseren Mitgliedern die Möglichkeit zu bieten, über dieses heikle Thema zu sprechen. Wir hoffen durch diese Offenheit, etwas verändern zu können

### Erlebtes – 1. Bericht:

„Ich habe in einer Psychiatrie in Niedersachsen mit Bevormundung, nicht ernst genommen zu werden und dem Zwang zur Medikamenteneinnahme meine Erfahrungen gemacht.

Ich bin freiwillig von meiner Psychologin dort eingewiesen worden, weil ich starke Schlafstörungen hatte, Konzentrationsprobleme hatte und Stimmen gehört habe. Ich musste mich dazu verpflichten, dass ich die Medikamente jeden Abend vor der Krankenschwester nehme und ein Glas Wasser dazu trinke. Ich bat darum, dass wir es doch ein paar Tage ohne Psychopharmaka probieren, da ich seit meinem 18. Lebensjahr verschiedene Antidepressiva und Neuroleptika bekam, heftige Nebenwirkungen hatte und einfach froh war, dass ich davon losgekommen bin. Mir wurde gleich ein Problem des nicht vertrauen könnens unterstellt und dass sie schließlich wüssten, was sie tun- und ich nicht.

Ich habe es dann mit ihren Tabletten probiert und war noch benebelter, habe Therapien verschlafen, weil ich nicht mehr aus dem Bett kam. Der Oberarzt war so verärgert über mich, dass er eines Morgens vor meinem Bett stand und mit lauter Stimme mir „So werden Sie nie etwas in ihrem Leben erreichen!“ prophezeite. Ich hatte von Anfang an das Gefühl wie ein Rebell oder Störenfried wahrgenommen zu werden. Dabei hätte ich mir in meinem verzweifelten Zustand eine behutsame und freundliche Behandlung erhofft. Das Medikament wurde wegen Benommenheit und

Schläfrigkeit gewechselt und die Nebenwirkungen des neuen Präparats waren dennoch präsent. Ich habe mich dann nicht mehr getraut, das Neuroleptikum zu kritisieren. Wenn ich vor der Krankenschwester die Tablette nahm, habe ich unauffällig diese unter die Zunge geschoben und habe dann das ganze Wasser ausgetrunken ohne die Substanz zu schlucken.

Ich habe diese Heimlichtuerei zuerst als Demütigung erlebt, später als Triumph darüber, dass ich mich nicht habe verbiegen lassen und selbst die Entscheidungen für meinen Körper treffen konnte, wenn auch heimlich. Dennoch fand ich es schlimm, dass ich mich bei so einer Behandlung nicht wirklich öffnen konnte und die Hilfe nicht bekam, weil mir alles Mögliche auf diktiert wurde.

Die Psychologin gab mir in der ersten Klinikwoche das Buch „Wie lebe ich mit einer Schizophrenie?“, was mich wiederum in Panik versetzte. War ich schizophren? Ich habe 3 Tage geheult, konnte mich kaum beruhigen. Doch dieses Schizophreniebuch verängstigte mich völlig, weil dort etwas von Betreuern stand, lebenslanger Medikamenteneinnahme und die schlimmsten Visionen für eine unselbstständige Zukunft mit einer schweren Geisteskrankheit. Sie meinten, dass ich nun mein Studium vergessen kann und wenn ich rauskäme eine Betreuung für mich beantragen sollte. Dagegen habe ich protestiert, da ich nur Einsen und Zweien im Studium schrieb und mir ein Abschluss wichtig war (den ich mit einer 1,9 im Bachelor und einer 2,2 im Master geschafft habe). Mich verunsicherte dies zutiefst, dass mir nicht geglaubt wurde, ich selbst habe gegrübelt, ob ich verrückt bin.

Ich habe es auch als demütigend erlebt, dass ich mich bei jedem Verlassen der Klinik z.B. zum Spazierengehen ab- und wieder anmelden musste. Ich erhielt Fragen wie: „Na wo wollen Sie denn hin?“. Als ich antwortete: „Zum Bahnhof meinen Besuch abholen.“ erhielt ich den genervten Kommentar: „Aber Frau K., der Bahnhof ist seeeehr seeeehr weit. Da können sie nicht einfach so hin!“. Dabei ist der Bahnhof mit 15 Minu-

„Der Respekt vor der Würde eines Jeden ist nicht verhandelbar und sollte auch in schwierigen Situationen geachtet werden.“

ten Fußweg zu erreichen! Anscheinend hielten mich die Klinikmitarbeiter nicht nur für krank und blöd, sondern auch für gehbehindert.

Ich war in einer gruseligen Rolle gefangen aus der ich nicht rauskam, denn jede Kritik von mir galt als Paranoia!

Was ich der Klinik sehr übel nehme ist, dass sie mich vor anderen nicht geschützt hat. Meine Zimmernachbarin S. und ich wurden von einem Patienten A. belästigt. Er hatte abstoßende sexuelle Fantasien geäußert und wir beide wollten nichts mit ihm zu tun haben. Durch die ignorante, entmutigende und angsteinflößende Behandlung des Klinikpersonals sind meine Selbstwertprobleme, Minderwertigkeitskomplexe und sich nicht selbst (ver-)trauen können gestiegen. Ich neige bis heute dazu, dass ich Probleme mit mir selbst ausmache und vor Institutionen, Ämtern etc. Angst habe. Nach drei Monaten Klinikaufenthalt ging es mir besser, da mir der Patienten-zusammenhalt, die Tanz- und die Maltherapie, die Walkinggruppe und die vielen intensiven bestärkenden Gespräche mit den Patienten sehr geholfen haben.

Als ich Zuhause ankam, habe ich es meiner Psychologin sehr übelgenommen, dass sie mich in so eine Klinik überweisen konnte. Und sie nahm es mir übel, dass ich mit „Spinnereien“ wie dem Okkultismus die Klinikmitarbeiter verwirrte. Also war das Vertrauensverhältnis zwischen mir und meiner Therapeutin auch zerstört und ich brach die Therapie ab.

Ich habe in der Klinik Menschen erlebt, die sich erpressen ließen und die Tabletten geschluckt haben, obwohl sie nicht wollten. Die Verzweiflung vieler war groß, sodass sie sich nur noch fügten und machen ließen. Es gab Patienten, die respektvoll behandelt wurden. Sie litten an „leichten Störungen“, stellten wenig infrage und glaubten nicht an übersinnliche Phänomene, sondern an die wissenschaftlichen Erklärungen der Ärzte. Ich hatte auch den Eindruck, dass Patienten mit höherem Status freundlicher behandelt wurden.

An einem Freitag hatte ich mein letztes Psychologengespräch vor meiner Entlassung (der Entlassungstag war der darauffolgende Dienstag). Die Psychologin

Frau X. war voller Hämie mir gegenüber. Sie hat mich angeschrien, weil ich keine Einsicht zeigen wollte. Es war zwar offensichtlich, dass Frau X. in der gesamten Therapiezeit, in der ich sie erlebte, überfordert, gereizt und oft geistesabwesend war. Jedoch kritisiere ich es, dass ich die Psychologin nicht wechseln durfte und sie sich vom Klinikalltag keine Auszeit nehmen konnte oder wollte. Denn am Wochenende vor meiner Entlassung nahm sie sich das Leben (es könnte natürlich auch ein Unfall gewesen sein. Man weiß es nicht genau.). Sie lief vor einen fahrenden Bus und lag monatelang im Koma bevor sie verstarb. Als ich den Oberarzt auf Frau X. und wie es ihr geht ansprach, hob er wütend seine Stimme an: „Sie sind die Letzte mit der ich über Frau X. reden werde!“

Ich finde es bedauerlich wie intransparent die Klinikmitarbeiter mit eigenen Gefühlen und Problemen umgingen und ich danach noch Schuldgefühle hatte, die ich wieder mit mir selbst ausmachen musste. Ich habe die Psychologin provoziert, weil ich mich so gedemütigt und missachtet von ihr gefühlt habe (und das 3 monatelang), wenn ich gewusst hätte, dass auch sie, weshalb auch immer, verzweifelt war, so hätten wir eine ganz andere Beziehung aufbauen können. Ich hatte den Eindruck, dass diese Tragödie dem Oberarzt unangenehm war und er dies lieber totschweigen wollte, dass auch Psychologen Suizid begehen können.

Dieser Klinikaufenthalt war wirklich verstörend für mich und wenn ich zurückblicke, erscheint es mir als wäre ich in einem falschen Film gewesen und muss mir immer wieder zusprechen, Vertrauen in meine Wahrnehmung zu haben.“

## Erlebtes – 2. Bericht:

„Ich habe etwa vor drei Jahren ein Mitglied unseres Vereines in einer Klinik hier in Hannover besucht in die er zwangseingewiesen wurde, nachdem er nachts nackt und psychotisch durch die Straßen lief. Er hatte mich im Büro vom VPE angerufen und bat darum, dass ich ihm Unterhosen und Schnupftabak mitbringe. Ich besorgte ihm Alles und fuhr in die Klinik. Er freute sich sehr, besonders über die Unterhosen. Er hatte ein altes T-Shirt an, andersrum mit den Ärmeln nach unten in denen die Beine steckten, oben hatte

er in das T-Shirt einen Knoten gemacht. Die „Hose“ hielt aber nicht richtig bei dieser Konstruktion und rutschte ihm ständig runter. Er erzählte mir, dass er zwei Tage nach seiner Zwangseinlieferung auf einer Liege im Flur angeschnallt lag ohne sich bewegen zu können, völlig nackt. Er war halb zugedeckt, doch durch sein Strampeln war die Bettdecke verrutscht und seine Genitalien waren frei. Alle konnten es beim Vorbeigehen sehen und niemand hielt es für nötig ihn wieder richtig zuzudecken, obwohl er mehrmals lautstark darum bat. Mich hat sein Erfahrungsbericht noch tagelang beschäftigt und ich habe mich gefragt wie so etwas möglich ist.

Der Respekt vor der Würde eines Jeden ist nicht verhandelbar und sollte auch in schwierigen Situationen geachtet werden. Es wäre nur ein kleiner Handgriff gewesen um ihm diese würdelose Situation zu ersparen!“

### Was die Betroffenen in Krisensituationen vermissen

- Statt massiver Sedierung durch Medikamente, eine ruhige Ansprache und keinerlei Übergriffe
- Auch wenn es schwierig ist, Achtung vor den gesunden Anteilen des Patienten bewahren und seine Würde erhalten
- Wenn vorhanden, Krisenpass oder Patientenverfügung berücksichtigen und alternative Behandlungsmethoden mit einsetzen
- Geschlechtertrennung in der Klinik Persönlichkeit und Selbstwertgefühl stärken, statt zu schwächen

## Gedanken über das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen

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

Es wäre gut, wenn sich viele Angehörige mit den Inhalten des NPsychKG beschäftigen würden. Sie hören häufig erstmalig von der Existenz dieses Gesetzes im Zusammenhang mit der Unterbringung eines kranken Familienmitgliedes. Das ist bedauerlich, denn in diesem Gesetz geht es nicht in erster Linie um die Unterbringung eines psychisch Kranken, sondern um Hilfen. Bei rechtzeitiger Hilfe wäre es vielleicht gar nicht zu einer *Unterbringung* gekommen.

Nachdem alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Verbände im Sommer 2017 Gelegenheit hatten, ihre Wünsche und Forderungen anlässlich der Novellierung des NPsychKG vorzutragen, wurde die jetzt gültige Form im September des Jahres 2017 veröffentlicht. Anlass für die Novellierung waren Unsicherheiten bei der Behandlung von untergebrachten Patienten. Der nunmehr sehr ausführliche § 21 setzt sich mit der Frage der Zulässigkeit von Behandlung gegen den Willen des Patienten, möglicher Weise unter Zwang - wie Fixierungen - auseinander.

Leider reichte die Zeit in der zu Ende gehenden Legislaturperiode nicht für eine vollständige Aktualisierung des Gesetzes auf der Grundlage der vorliegenden Anregungen und Forderungen. Alle Forderungen, die sich auf nachfolgende Paragraphen beziehen, müssen in der neuen Regierungsperiode erneut vorgetragen und diskutiert werden. Das ist einerseits sehr bedauerlich, bietet andererseits die Möglichkeit zu erweiterten Forderungen. Wir werden diese im Jahr 2018 vortragen. Nun stellt sich die Frage, ob der überarbeitete Teil des Gesetzes den Forderungen der Angehörigen gerecht geworden ist.

Das erste NPsychKG stammt aus dem Jahr 1978, also einer Zeit des Aufbruchs in neue psychiatrische Denkmuster. Mauern um die „Anstalten“ wurden abgerissen, Langzeitstationen aufgelöst (Patienten in

Pflegeheime verlegt), schreckliche Verbrechen während des Nationalsozialismus aufgedeckt usw.. Noch gab es viele in der Psychiatrie Tätige, die, vom Bild der schizophrenogenen Mutter (Frieda Fromm-Reichmann) beeindruckt, allen Angehörigen gegenüber eher skeptisch eingestellt waren. Diese längst überholte Einstellung spiegelt sich bis heute im NPsychKG, auch in der jüngsten Ausgabe.

Wir wünschen uns mehr Hinweise in dem Gesetz auf die Bedeutung der Angehörigen psychisch Erkrankter.

Nicht nur Ehepartner sondern auch Geschwister, erwachsene Kinder und Eltern begleiten ihre psychisch kranken Familienangehörigen durch den Alltag. Deshalb müssen sie über wichtige Maßnahmen, wie sie vor allem eine Unterbringung darstellt, informiert werden.

In § 10 (Sozialpsychiatrischer Verbund, Zusammenarbeit), Abs. 1 wird aufgezählt, wer alles im Sozialpsychiatrischen Verbund zusammen arbeiten soll. Die Vertreter der Selbsthilfeorganisationen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen kommen nicht vor! Das können wir nicht hinnehmen. Die Mitarbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden stellt für die Vertreter der Selbsthilfeorganisationen die Plattform dar, auf der sie Forderungen nach besseren oder zusätzlichen sozialpsychiatrischen Angeboten stellen können. Die Angehörigen erleben die Mängel in der Versorgung ihrer erkrankten Familienangehörigen hautnah, sie arbeiten ehrenamtlich und im wahren Sinne gemeinnützig. Sie vertreten die wohnortnahen Selbsthilfegruppen, die für die Angehörigen oft die einzige Hilfe darstellen. Offenbar war es dem Gesetzgeber nicht klar, welche große Bedeutung die Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise für die Menschen in den Landkreisen und kreisfreien Städten haben und dass deren Vertreter unbedingt in den Verbänden mitarbeiten müssen.

In der Region Hannover ist das anders. Der Sozialpsychiatrische Verbund / Arbeitskreis Gemeindepсихиатрии Hannover kann auf eine jahrzehntelange, erfolgreiche Tradition verweisen.

Im Zweiten Teil des NPsychKG **Hilfen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialpsychiatrischer Verbund**

steht in § 6, 1. „Absatz Arten und Ziele der Hilfen“ als Beschreibung der zu erbringenden Hilfen „...sowie frühzeitiger und umfassender medizinischer und psychotherapeutischer Beratung und Behandlung“. Das entspricht unserer Forderung nach Hilfen für Kranke, die nicht zum niedergelassenen Arzt gehen. Sie müssen so lange durch einen Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienst behandelt werden, bis sie bereit und in der Lage sind, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen.

Im 5. Absatz des § 6 heißt es, dass Hilfen wohnortnah und soweit wie möglich ambulant zu leisten sind. Im 2. Satz dann: „...einschließlich der Hilfen in Krisensituationen ...“. Mit dieser kurzen Erwähnung beschreibt der Gesetzgeber eine der wichtigsten Hilfen im ambulanten Bereich. Bisher stehen die Sozialpsychiatrischen Dienste während ihrer Dienstzeiten

als Ansprechpartner zur Verfügung. Aber was ist nach Dienstschluss, was an Feiertagen und Wochenenden? Es gibt in Niedersachsen einige Wochenend- und Feiertagskrisendienste. Sie arbeiten nicht rund um die Uhr und sind auch nicht an allen Tagen erreichbar. Aus den vorliegenden Dokumentationen des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes in der Region Hannover, der an den Feiertagen und freitags, samstags und sonntags für einige Stunden erreichbar ist, geht hervor, dass psychisch kranke Menschen diesen Dienst gern in Anspruch nehmen. Er sorgt für Beruhigung in den betroffenen Familien und hat wahrscheinlich schon eine Reihe von Suiziden verhindert.

Im Dritten Teil des NPsychKG im Abschnitt **Unterbringung** (§15a - Ärztliche Leitung, Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltungsvollzugsbeamte, Fachaufsicht) heißt es im dritten Satz des 2. Absatzes: „Dem Fachministerium und den Mitgliedern der Besuchskommission (§ 30) ist jederzeit Zugang zu den Räumlichkeiten der Unterbringungseinrichtung zu gewähren. Das Fachministerium darf zur Dokumentation Bild- und Tonaufzeichnungen anfertigen; ...“ Weshalb dürfen das die Mitglieder der zuständigen Besuchskommission nicht? Die Erfahrung hat gelehrt, dass ein Foto oft mehr sagt als ein langer Bericht.

Wir begrüßen es, dass in § 18 – Vorläufige behörd-

„Alle Forderungen, die sich auf nachfolgende Paragraphen beziehen, müssen in der neuen Regierungsperiode erneut vorgetragen und diskutiert werden.“



liche Unterbringung im dritten Satz des 2. Absatzes ausdrücklich gefordert wird: „Es ist außerdem unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Angehörige oder einen Angehörigen oder eine sonstige Person ihres Vertrauens zu benachrichtigen.“

#### Im Abschnitt **Behandlung und Betreuung während der Unterbringung**

(§ 21c, Abs. 1 - Besondere Sicherungsmaßnahmen) fehlt ein Punkt 5, in dem gefordert wird, dass unmittelbar nach einer Fixierung mit dem Patienten ein klärendes Gespräch durch den Arzt zu führen ist und später auch mit den Angehörigen. Eine Fesselung stellt ein traumatisierendes Erlebnis dar. Wenn diese Gelegenheit benutzt wird, dem Patienten gegen seinen Willen – sicher nötige – Medikamente zu geben, muss das mit dem Betroffenen ausführlich besprochen werden. Es dauert nach meinen Erfahrungen lange, bis ein Kranker dieses Erlebnis verarbeitet hat. Angst ist sicher keine Grundlage für ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Patient, Arzt und Angehörigen.



## SCHWERPUNKTTHEMA 2018

# ZWANGSMASSNAHMEN UND -BEHANDLUNGEN IN DER PSYCHIATRIE

## Beratung, Therapie und Unterbringungen im Zwangskontext - ein Überblick

von Michael Eink

(Abteilung Soziale Arbeit der Hochschule Hannover)

Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie sind ein Thema, mit dem man keine Beifallsstürme ernten kann. Fachbücher zu diesem Thema finden die meisten MitarbeiterInnen „extrem wichtig“, kaufen sie aber extrem selten<sup>1</sup>. Die Ausübung von Zwang und Gewalt im Kontakt zu psychiatrischen Klienten/ Patienten ist oft schambesetzt und wird von Profis gern verdrängt, weil sie in krassem Widerspruch zum Selbstbild helfender Berufe zu stehen scheint. Für die umgekehrt schmerzhaft Erfahrung in der Opferrolle im Umgang mit Gewalt durch Klienten/ Patientinnen scheint dies ähnlich zu gelten. Wer den Diskurs dennoch wagt, wie der Deutsche Ethikrat 2017<sup>2</sup> oder hier der Arbeitskreis Gemeindepyschiatrie der Region Hannover, beweist damit eine sympathische Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion.

### Helfen ohne Zwang?

Alle Formen psychiatrischer Hilfen- auch in Beratung und Therapie außerhalb klinischer Unterbringungen-

bergen unweigerlich Elemente von Zwang. Dies beginnt beim Doppelcharakter psychiatrischer Institutionen mit dem gesellschaftlichen Auftrag von Hilfe und Kontrolle, der in der Sozialen Arbeit als Doppeltes Mandat oder Trippelmandat reflektiert wird. Selbst im ambulanten Beratungssetting darf nicht verleugnet werden, dass Hilfe für die Menschen, die sie in Anspruch nehmen, immer einen selbstwertbedrohenden Aspekt birgt und sich die therapeutische Beziehung unweigerlich asymmetrisch konstituiert und manipulativ angelegt ist. Wie in der Fabel „Hase und Igel“ ist davon auszugehen, dass Formen von Zwang und Gewalt schon da sind, bevor ich „ankomme“. Am deutlichsten wird dies in stationären Einrichtungen, in denen die Privatsphäre eingeschränkt wird und ein Rollenwechsel vom Bürger zum Patienten/Bewohner erfolgt. Die vielfältigen Formen der Abhängigkeit, der Zwänge und Einschränkungen alltäglicher Wahlmöglichkeiten sowie der Druck zur Selbstoffenbarung werden im ambulanten Bereich anders entfaltet als in der Klinik. Außerhalb der stationären Einrichtungen geht es subtiler zu, die Übergänge zwischen „handfestem“, offensichtlichen Zwang und unsichtbaren Formen sind fließend, auch die alltäglichen Formen der Überredung, des Drängens und der (ggf. nur angedrohten) Sanktionierung muss in jedem Fall Ein-

gang finden in unsere Bilanz<sup>3</sup>. Hinter dem schöpfungsbegriff der „Freiwilligkeit“ verbergen sich oft subtile Formen von Zwang und Gewalt.

In Einrichtungen bleiben etwa viele Betroffene „freiwillig“, weil ihnen alternativ eine gerichtliche Unterbringung angedroht wird. Wer seine Medikamente im Wohnheim nicht „freiwillig“ nimmt, riskiert vielleicht die Kündigung des Betreuungsvertrages<sup>4</sup>. Die Erkenntnis, dass psychiatrisches Nicht-Handeln („Freiheit zur Verwahrlosung“) keine Alternative sein kann, macht die große Brisanz dieser therapeutischen und ethischen Konflikte deutlich.

Im Erleben der psychiatrischen Fachkräfte dominiert eine pragmatische Grundhaltung zum Zwang als Schutz und Fürsorge. Seltener wird Zwang als Eingriff in Menschenrechte kritisch reflektiert, am seltensten positiv bewertet als eine Form der Behandlung und unter SozialarbeiterInnen ist die Tendenz zu (selbst-)kritischen Wertungen ausgeprägter als im Kreis der Ärzte<sup>5</sup>.

### Eindrucksvolle Unterschiede

Resignative Haltungen im Kollegenkreis („das war schon immer so“) behindern alle Versuche, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, akademisiert wird gern von Zwang als „ultima ratio“, als letzter Möglichkeit gesprochen, zu der es leider keine Alternative gebe. In Wahrheit ist (auch) beim Thema Zwangsmaßnahmen nichts „selbstverständlich“. Der internationale Vergleich zeigt etwa, dass in der Schweiz im schlimmsten Fall isoliert statt fixiert wird, in Österreich eher Netzbetten genutzt werden, in Großbritannien Fixierungen gesetzlich verboten sind und in skandinavischen Ländern eher mit personeller Intensivbetreuung (bis 2:1) gearbeitet wird<sup>6</sup>. In Deutschland arbeiten mindestens zwanzig psychiatrische Kliniken (von ca. 450) seit Jahren ohne geschlossene Stationen, trotz Aufnahmepflicht und Verzicht auf Selektion nach Schwere der Erkrankung<sup>7</sup>. Formal sind nach neuen Untersuchungen 9 von 10 psychiatrischen Klinikaufnahmen auf „freiwilliger“ Basis<sup>8</sup>. Interessant sind auch hier große Unterschiede je nach Institution (3%-10% Zwangsun-

terbringungen). Der drastische Anstieg in den letzten Jahren beruht primär auf der Zunahme von Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht, hier zeigen sich sowohl Folgen der demografischen Entwicklung (Demenz im Alter) als auch Folgen einer verstärkten Sensibilisierung/Verrechtlichung des Handelns<sup>9</sup>. Auf den zweiten Blick werden auch hier regionale Unterschiede deutlich, die kaum fachlich zu legitimieren sind dürften. So finden in Bayern mehr als 10mal so oft betreuungsrechtliche Unterbringungsverfahren pro 10.000 Einwohner statt wie in Thüringen<sup>10</sup>. Solch krasse Unterschiede zeigen deutlich, wie stark das Ausmaß von Zwangsmaßnahmen (durch uns!) beeinflussbar ist.

Um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, so das Deutsche Institut für Menschenrechte, müssen mildere und alternative Strategien weiterentwickelt werden.

### Politische Perspektiven

Der Einfluss struktureller Bedingungen auf die Vermeidung (oder Anwendung!) von Zwang ist vielfach belegt. Im klinischen Bereich wirkt die drastische Kürzung der Behandlungsdauer mit oft zu früher Entlassung fatal durch Überforderungen bei Patienten, Mitarbeitenden und Angehörigen<sup>11</sup>. Eine gute personelle Ausstattung, mit der flexibel auf Krisensituationen reagiert werden kann, hilft in allen Bereichen psychiatrischer Hilfeangebote, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Einen sehr günstigen Einfluss haben offene Türen, überschaubare Settings und milieutherapeutische Angebote wie Soteria. Aktuell werden Modelle ambulanter Intensivbetreuung bis zu 24 Stunden/ Tag an allen Tagen der Woche als Alternative zur Hospitalisierung erprobt<sup>12</sup>. Auch für die Region Hannover ist der drastische Einfluss struktureller Rahmenbedingungen auf das Ausmaß von Zwangsmaßnahmen nachgewiesen, etwa die Vermeidung von Zwangseinweisungen durch die Einrichtung eines Krisendienstes<sup>13</sup>.

„Von verbesserten Rahmenbedingungen profitieren Psychiater-Erfahrene, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen.“

## Unterstützung für Mitarbeitende

Von verbesserten Rahmenbedingungen profitieren Psychiatrie-Erfahrene und MitarbeiterInnen gleichermaßen. Für das anspruchsvolle Projekt „Reduktion von Zwangsmaßnahmen“ brauchen die KollegInnen mehr Unterstützung, auch in Form von Supervision, Fort- und Weiterbildungen. Die neuen Angebote der Region Hannover im KRH- Ausbildungszentrum (FSB und SPF- Weiterbildungen) haben (auch) in diesem Konfliktfeld eine große Bedeutung im Sinne der Sensibilisierung der Profis für eine partnerschaftliche Kultur des Umgangs mit Betroffenen, Förderung der Recovery-Orientierung und der Partizipation Psychiatrie-Erfahrener mit dem Ausbau von Ex-In- Initiativen. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen lässt sich häufig vermeiden, wenn strukturell günstige Bedingungen ermöglicht werden. Die MitarbeiterInnen müssen wir dabei mit einem vernünftigen Personalschlüssel ausstatten, sie mit gezielten Fortbildungen zur Deeskalation unterstützen<sup>14</sup> und Forschungsprojekte fördern, die den Profis helfen neue Perspektiven einzunehmen<sup>15</sup>.

<sup>1</sup> dies gilt etwa für Eink M (1997): Gewalttätige Psychiatrie, Bonn, Steinert T (2008): Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie, Bonn, Zinkler, M u.a (2016)., Prävention von Zwangsmaßnahmen, Köln

<sup>2</sup> www.ethikrat.org/veranstaltungen/anhörungen

<sup>3</sup> Eink M (2007): Psychiatrische Besuchskommissionen als Modell für die Prävention von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen? In: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.): Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland. Baden-Baden, S.133-147

<sup>4</sup> Rosemann M (2017) in Ethikrat

<sup>5</sup> Teichert M u.a. (2016): Welche Alternativen zu Zwangsmaßnahmen kennen Behandler? In: Zinkler M u.a, S. 115-127

<sup>6</sup> Steinert T (2008) : Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn

<sup>7</sup> Zinkler u.a. (2016): Prävention von Zwangsmaßnahmen, S. 15, 225

<sup>8</sup> Rabenschlag F (2017) in Ethikrat

<sup>9,10</sup> Daszkowski J (2017) in Ethikrat

<sup>11,12</sup> Steinhart I (2017) in Ethikrat

<sup>13</sup> Sueße T (2015) Referat im AKG, März 15

<sup>14</sup> Eink M (2014): Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung. In: Bienstein P/ Weber P (Hrsg.): Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege. Köln, S. 380-386

<sup>15</sup> Debus S (2017): Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP). In: Soziale Psychiatrie 3/2017, 16-19

## Bericht der Besuchskommission Hannover

von Andreas Landmann, Annette Loer und Eva Moll-Vogel

(BK-Hannover, c/o Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen Geschäftsstelle - Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Domhof 1, 31134 Hildesheim)

### Die Besuchskommission

Gemäß § 30 des NPsychKG beruft das Sozialministerium einen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung. Dieser hat den Auftrag zu prüfen, ob Hilfen für Personen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind oder gewesen sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Krankheit oder Behinderung bestehen, entsprechend den Regelungen des NPsychKG betreut und behandelt werden. Der Ausschuss soll zudem für die Belange der psychisch erkrankten Menschen eintreten und in der Bevölkerung Verständnis für deren Lage wecken.

Damit sich der Ausschuss ein Bild von den Verhältnissen jeweils vor Ort machen kann, bildet er 6 örtliche Besuchskommissionen. Diese sollen die Krankenhäuser und Einrichtungen, in denen der geschützte Personenkreis versorgt und behandelt werden, in der Regel einmal jährlich besuchen. Die Arbeit der Besuchskommissionen erfolgt ehrenamtlich. Die Kommissionen sind multiprofessionell besetzt. Bei der Besetzung werden nicht nur Ärzte und Ärztinnen, Psychologinnen und Psychologen, Pflegekräfte, sonstiger Therapeuten und Richterinnen und Richter sondern auch Vertreter von Angehörigen und Betroffenen berücksichtigt.

Die Besuchskommission für den Bereich Hannover ist örtlich für den Bereich des ehemaligen Regierungsbezirks Hannover zuständig. D.h. sie besucht Einrichtungen nicht nur in der Stadt und der Region Hannover, sondern ist auch in den Landkreisen Schaumburg, Nienburg, Hildesheim, Holzminden, Diepholz und Hameln Pyrmont zuständig. In der Regel besucht die Besuchskommission Hannover die Einrichtungen ohne vorherige Ankündigung, um eine - nicht durch

entsprechende Vorbereitung geschönte - Momentaufnahme machen zu können.

### Anlässe und Vorgehensweise

Die Prioritäten, nach denen die Einrichtungen aufgesucht werden, ergeben sich oftmals aufgrund von Hinweisen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der zu besuchenden Einrichtungen. Der Trend der Vorjahre, dass vermehrt Personal von Einrichtungen, Betroffene und Angehörige sich an die Besuchskommissionen wenden, hält an.

Im Wesentlichen umfasst die Tätigkeit der Besuchskommissionen beim Besuch die Inaugenscheinnahme der Einrichtungen und das Führen von Gesprächen mit Betroffenen, der Einrichtungsleitung sowie mit dem Personal der aufgesuchten Einrichtungen. Beim Erkennen von Zwangsmaßnahmen werden die maßgeblichen richterlichen Beschlüsse sowie die Fixierungsprotokolle eingesehen.

Auf dieser Grundlage erfolgt eine Beratung und ggf. kritische Rückmeldung an die Verantwortlichen der Einrichtung. Daneben werden etwaige Problembereiche ebenso erörtert wie etwaige Veränderungsmöglichkeiten. Wichtig ist der Kommission dabei aber auch, positive Ansätze in Betreuung und Versorgung der Betroffenen besonders zu würdigen und zu bestärken.

Dank der multiprofessionellen Besetzung der Besuchskommission ergeben sich bei den Einrichtungsbesuchen vielschichtige Fragestellungen. Dies führt i.d.R. zu einer umfassenden und vielseitigen Beurteilung der Einrichtung. Wird bei einem Einrichtungsbesuch ein erheblicher konkreter Mangel festgestellt, hat die Besuchskommission darauf hinzuwirken, dass dieser unverzüglich abgestellt wird. Hierzu werden nicht selten weitere Dienststellen, wie z.B. das Sozialministerium oder die Behörde, deren Aufsicht die besuchte Einrichtung untersteht, unterrichtet. Der Psychiatrieausschuss wird zusätzlich in einem Bericht

über festgestellte Mängel sowie über Möglichkeiten, die Behandlung und Betreuung des betroffenen Personenkreises zu verbessern, informiert und zur Mitwirkung aufgefordert.

In der Regel zeigen sich die betroffenen Einrichtungen durchaus bemüht, festgestellte Missstände zu beseitigen. Vorhandene Missstände bzw. deren Nichtbeseitigung beim Folgebesuch werden überwiegend mit schwierigen baulichen Situationen, begrenzten finanziellen Ressourcen und Problemen bei der Rekrutierung von Personal begründet.

Während vielerorts in den besuchten Kliniken durchaus Fortschritte bei der Verbesserung der baulichen Situation zu erkennen waren, bleiben die Tendenzen

zur Verschlechterung der personellen Ausstattung bei etlichen Häusern bestehen. In diesen Zusammenhang gehört die Strategie privatwirtschaftlicher Einrichtungs-betreiber von Kliniken, neue Pflegekräfte über eine Beschäftigungsge-

sellschaft zu niedrigeren Gehältern und schlechteren Bedingungen einzustellen. Dies führt unter den Bediensteten zu einer unterschiedlichen Entlohnung bei gleicher Arbeit und damit verbunden zu Konflikten, einer erhöhten Fluktuation und Unzufriedenheit. Ohne Frage wirken sich diese Umstände auch auf den Qualitätsstandard in der Versorgung der Patienten aus.

Neben dem Personalmangel kommt es in einigen Kliniken immer wieder zu Problemen mit einer deutlichen Überbelegung. Zudem gibt es in vielen Kliniken seit Jahren erhebliche Schwierigkeiten geeignetes ärztliches Personal und weitere Fachkräfte zu gewinnen. Allerdings sind die Kliniken von dieser Problemlage sehr unterschiedlich betroffen und gehen mit ihr auch sehr unterschiedlich um. Es steht außer Frage, dass die Kombination aus Personalmangel und Überbelegung, verbunden mit den daraus folgenden unzureichenden therapeutischen Angeboten, einem gelingenden Heilungs- und Reintegrationsprozess

**„In der Regel besucht die Besuchskommission Hannover die Einrichtungen ohne vorherige Ankündigung, um eine – nicht durch entsprechende Vorbereitung geschönte – Momentaufnahme machen zu können.“**



entgegensteht. Da die Kliniken sich weigern, der Kommission und/oder dem Psychiatriausschuss konkrete Informationen über die jeweilige Personalausstattung zur Verfügung zu stellen, lässt sich das Ausmaß des fehlenden Personals nicht genau bestimmen.

Die zur Beurteilung der Versorgungssituation der Bewohner und Bewohnerinnen der Einrichtungen erforderliche Einsichtnahme in Pflegeplanung und Pflegedokumentation wird der Kommission von einigen Einrichtungen immer wieder erschwert bzw. unmöglich gemacht. Fotografische Momentaufnahmen ohne Personenbezug zur besseren Dokumentation der angetroffenen Situationen sind zu einem unverzichtbaren Instrument der „Mängeldarstellung bei den Besuchen geworden.“

Einige der von der Kommission besuchten Heimeinrichtungen sind ausgesprochen kritisch zu bewerten. Neben den baulichen Mängeln waren vor allem die unzureichende Personalausstattung und ein inadäquater Umgang bei der Durchführung von Fixierungs- und anderen Zwangsmaßnahmen zu beanstanden.

### Perspektiven und Handlungsbedarf

Die seit Jahren nicht nur von der Besuchskommission Hannover gestellte Forderung, für Zwangsmaßnahmen eine Meldepflicht vorzusehen, blieb bis jetzt leider ungehört. Eine systematische Erfassung von Zwangsmaßnahmen in Kliniken und Heimen würde einen Einrichtungsvergleich ermöglichen. Zudem dürfte eine Meldepflicht in den betroffenen Einrichtungen eine kritische Auseinandersetzung über die Anwendung von Zwang und ggf. eine Reduzierung der diesbezüglichen Fallzahlen zur Folge haben.

Für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen ist nach den Beobachtungen der Kommission stets die Haltung und die Einstellung der verantwortlichen Personen in der Einrichtung ausschlaggebend.

Bei den Besuchen der Besuchskommissionen wird seit Jahren immer wieder unterschwelliger Zwang wahrgenommen. Dazu gehören u.a. Betten auf den Fluren mit sichtbarem Fixiergeschirr, Androhungen von Restriktionen gegenüber Patienten in den Kliniken und Bewohnern im Heim beim Nichtbeachten der dort geltenden Regeln. Gleiches gilt teilweise für

Ausgangsverweigerung, das Zuteilen von Lebensmitteln und Zigaretten, sowie das Androhen der Verlegung in eine Klinik. Auch diese - teilweise sicherlich auch gebotenen - Verhaltensweisen werden von den Betroffenen als Zwangsandrohung wahrgenommen und von den Einrichtungen auch so eingesetzt. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass es in vielen Einrichtungen deutlich mehr als die offenkundig ersichtlichen Zwangsmaßnahmen gibt.

Maßgebliches Ziel der Arbeit der Besuchskommissionen muss es daher bleiben, auf die Reduzierung jedweden Zwangs in Kliniken und Heimeinrichtungen hinzuwirken. Das gilt insbesondere für Zwangseinsweisungen und zwangsweise Zurückhaltungen, medikamentöse Zwangsbehandlungen und Fixierungen sowie sonstige Freiheitsbeschränkungen. Diese müssen stets auf ein nicht vermeidbares Minimum beschränkt und wo immer möglich ganz vermieden werden.

### Zwangsmaßnahmen mindern – ein prioritäres Entwicklungsfeld des Landespsychiatrieplans

von Ansgar Piel (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung)

2016 hat das Land Niedersachsen unterstützt von den Instituten *FOGS & ceus consulting* den aktuellen Landespsychiatrieplan der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Plan setzt den Rahmen für die Entwicklung der Psychiatrie in Niedersachsen für die nächsten zehn Jahre und formuliert hierfür acht prioritäre Entwicklungsfelder. Eines hiervon lautet „Zwangsmaßnahmen mindern“.

Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Kontext sind seit vielen Jahren zu Recht Thema der öffentlichen und fachlichen Diskussion. Neue Impulse in diese Diskussion brachten die höchstrichterlichen Urteile zur Zwangsmedikation seit 2011 sowie die Erklärung des UN-Sonderberichterstatters Juan E. Mendéz zu einem Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie im Februar 2013<sup>1</sup>. Der Deutsche Ethikrat erarbeitet der-

<sup>1</sup> UN-Dok. A/HRC/22/53 vom 1. Februar 2013, deutsche Version bei <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de>



zeit eine Stellungnahme zur Thematik des „wohltätigen Zwangs“.

Von Fachleuten und Politikern wird seit langem kritisiert, dass es „in der Bundesrepublik Deutschland bisher keine systematische Datenerhebung zu der Frage gibt, wie oft auf die verschiedenen Formen von Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen wird.“ Unklar sei auch, „warum und unter welchen Umständen und auf welcher Rechtsgrundlage sie erfolgen“<sup>2</sup>. In Niedersachsen erfolgt derzeit lediglich eine Erfassung der Unterbringungen nach dem NPsychKG: In den 26 psychiatrischen Kliniken für Erwachsene wurden im Jahr 2015 insgesamt 7.587 Unterbringungen vorgenommen. Dies entspricht einem Anteil von 20,7 % aller Klinikfälle in diesem Zeitraum. Die prozentualen Anteile der Einweisungen nach NPsychKG sind bei den einzelnen psychiatrischen Kliniken sehr unterschiedlich; das Spektrum über die 26 Kliniken reicht von 4 % (Minimum) bis 31 % (Maximum)<sup>3</sup>. Zum Vergleich liegen die Zahlen aller Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Klinik in Herne, die seit 1979 mit dem „Herner Modell“ eine offene Psychiatrie praktiziert, nach eigenen Angaben bei unter 1%<sup>4</sup>. Bundesweit wird in den Jahren 2006-2015 eine Zunahme der Unterbringungen nach den Ländergesetzen (PsychKG) um 35% und Betreuungsgesetz (BGB) um 21% beschrieben.<sup>2</sup> Ein weiteres, weniger beachtetes, Feld sind freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen der Jugend-, Behinderten- und Altenhilfe. Hier sind insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen betroffen. So fanden sich im PflegeQualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2013 bei 12,5 % der einbezogenen Bewohner freiheits-einschränkende Maßnahmen, wobei in 8,2 % der Fäl-

**„In den 26 psychiatrischen Kliniken für Erwachsene wurden im Jahr 2015 insgesamt 7.587 Unterbringungen vorgenommen. Dies entspricht einem Anteil von 20,7% aller Klinikfälle in diesem Zeitraum.“**

le die erforderliche Einwilligung oder Genehmigungen fehlte<sup>5</sup>.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Landespsychiatrieplan „ein verpflichtendes Register zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Landespsychiatrieerberichterstattung einzuführen sowie ein laufendes Monitoring der Ergebnisse in Land und Kommunen und den zuständigen Gremien.“<sup>6</sup>

### Was alle angeht, können nur alle lösen

Noch wichtiger als die systematische Erfassung der Zwangsmaßnahmen ist jedoch die Vermeidung von Zwang. Hier gibt der Plan eine Reihe von Empfehlungen, die dem Ziel der Reduktion von Zwangsmaßnahmen dienen können.

Die Prävention von Zwang erfordert vor allem ein Umdenken in der psychiatrischen Profession. Gefordert ist eine ‚triologische Grundhaltung‘, eine selbstverständliche, gleichberechtigte

Zusammenarbeit von betroffenen Patienten, Angehörigen und Professionellen. Erst auf der Basis einer solchen Haltung können jene Maßnahmen zu einem Erfolg führen, die in der Fachöffentlichkeit und im Landespsychiatrieplan empfohlen werden.

Eine Behandlungskultur nach dem Prinzip ‚Verhandeln statt Behandeln‘ kann in verbindliche Behandlungsvereinbarungen zwischen dem Patienten und der Klinik münden. Bestehende Patientenverfügungen sind zu respektieren. Soweit nicht vorhanden, sollen sie empfohlen oder auch gemeinsam entwickelt werden. Zur Reduktion von Zwang innerhalb von Kliniken gibt es inzwischen eine Reihe von Empfehlungen. Die in Nordamerika entwickelten sechs Kernstrategien<sup>7</sup> fassen diese wie folgt zusammen:

<sup>5</sup> Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach §114a Abs. 6 SGB XI), Dezember 2014

<sup>6</sup> Schmid, R. et al: Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2016 – Zusammenfassung

<sup>7</sup> LeBel, J., Huckshorn, K.A., & Caldwell, B. (2014). Preventing seclusion and restraint in residential programs. In G.M. Blau, B. Caldwell, & R.E. Lieberman (Eds.), Residential interventions for children, adolescents and families: A best practice guide (pp. 110-125). New York, NY: Routledge

<sup>2</sup> BT-Drucksache 18/11259 vom 22.03.2017: Antwort auf die kleine Anfrage „Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen“

<sup>3</sup> Schmid, R. et al: Bericht zum Landespsychiatrieplan Niedersachsen 2016, S.141

<sup>4</sup> Zinkler, M. (Hg.), Laupichler, K. (Hg.), Osterfeld, M. (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen, Psychiatrie-Verlag 2016; S.223

(1) Leitung und strukturelle Veränderungen in der Klinik, (2) Fortbildung der Mitarbeiter, (3) Schulungen für Deeskalations- und Präventionsmaßnahmen, (4) Eine empirisch informierte Praxis: Benchmarking, (5) Miteinbeziehung von Betroffenen (z.B. Genesungsbegleitern) und Familie, (6) Nachbesprechungen.

Bei der Reduktion von Zwang sind jedoch nicht nur die Kliniken gefragt. Das Problem der Unterbringungen ist als ein Teilproblem der psychiatrischen Krisenhilfe und dieses wiederum als ein Teilproblem des psychiatrischen Versorgungssystems insgesamt zu sehen. Der *LPPN* empfiehlt zu dieser Thematik „die Etablierung gemeindepsychiatrischer, teambasierter, multiprofessioneller, ambulanter, aufsuchender Behandlungsangebote in definierten Regionen im Rahmen von Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ).“<sup>6</sup> Die Krisenhilfe insbesondere nachts und am Wochenende soll in den Kommunen verbindlich geregelt werden. Darüber hinaus wird der „Aufbau alternativer Angebote (Soteria, Weglaufhäuser, Rückzugsräume etc.)“<sup>6</sup> vorgeschlagen. Alle diese Empfehlungen lassen sich zusammenfassen im ‚funktionalen Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung‘ von I. Steinhart und G. Wienberg<sup>8</sup>. Internationale Studien zeigen, dass eine Behandlung mit mobilen Teams vor Ort die Zufriedenheit und Behandlungsakzeptanz der Patientinnen und Patienten steigert und zu einer Reduktion von stationären Behandlungstagen und Zwangsmaßnahmen führen kann. Entsprechend wird ihr Aufbau in der *S3-Leitlinie* „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“<sup>9</sup> mit Empfehlungsgrad A bei Evidenzebene Ia empfohlen. Die Etablierung von gemeindepsychiatrischen Zentren ist damit die wesentliche Entwicklungsaufgabe der Sozialpsychiatrischen Verbände der nächsten zehn Jahre. Der Erfolg eines *GPZ* sollte sich auch an einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen messen lassen. Unabhängig von einer Veränderung der ambulanten Versorgungsstrukturen, ist es sicherlich sinnvoll, auf der kommunalen Ebene regelmäßige Qualitätszirkel zum Thema, Unterbringungen nach NPsychKG<sup>1</sup> zu eta-

blieren. Unter Beteiligung von Sozialpsychiatrischem Dienst, Versorgungsklinik, Betreuungsgericht, Ordnungsbehörde, Polizei sowie Betroffenen und Angehörigen sind verbindliche Standards für ein Unterbringungsverfahren zu entwickeln und fortzuschreiben.

Eine besondere Beachtung im Kontext von Zwangsmaßnahmen verdient – auch angesichts des demographischen Wandels – die Situation in den Altenpflegeeinrichtungen. Auch im Heimbereich existieren beispielsweise mit dem „Werdenfelser Weg“ wirksame Maßnahmen zur Reduktion von Zwang. Hier weist der *LPPN* darauf hin, dass „die Altersdemenz [...] als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“<sup>6</sup> betrachtet werden muss und die Kontrolle der Umsetzung nicht nur Aufgabe der Psychiatrie ist.

Bezüglich der Versorgungsrealität seelisch behinderter Menschen in geschlossenen Wohneinrichtungen in Niedersachsen empfiehlt der *LPPN*, dass diese „empirisch und konzeptionell untersucht werden und darauf basierend Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden (,Heim-Enquête‘).“<sup>6</sup>

### Fazit

Es gibt im Bereich der Psychiatrie inzwischen eine Vielzahl etablierter und zum Teil auch evaluierter Konzepte zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Leider werden diese jedoch im Alltag nicht konsequent umgesetzt. In der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ wurde 2017 eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieeinsteiger zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen veröffentlicht. Dieser Artikel trug die bezeichnende Überschrift „Bitte macht (irgend)was!“<sup>10</sup>. Der Umgang mit Zwang in der Psychiatrie bleibt die zentrale Frage ihrer Glaubwürdigkeit. Ein vollständiges Verbot aller Zwangsmaßnahmen, wie es Juan E. Mendéz fordert, wäre ein Ideal. Ein solches Ziel sollte uns ständig vor Augen sein, auch wenn wir vielleicht kaum je erreichen werden.

Utopia sollte auf jeder Seekarte verzeichnet sein!

<sup>8</sup> Steinhart, I. (Hg.), Wienberg, G. (Hg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, Psychiatrie-Verlag 2017

<sup>9</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2012

<sup>10</sup> Heumann, K. et al.: Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieeinsteiger zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, Psychiatrische Praxis 2017; 44(02): 85 - 92

## Rechtliche Grundlagen zur Anwendung von Zwang in der Psychiatrie

von Annette Loer (Amtsgericht Hannover)

Die Würde des Menschen, die Freiheit der Person und ihre körperliche Unversehrtheit stehen unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, diese Grundrechte in allen Bereichen sicherzustellen und notwendige Eingriffe in Freiheit und Unversehrtheit klar zu regeln. Dies ist im Hinblick auf die Behandlung psychisch erkrankter Menschen in den letzten Jahren im besonderen Maße erfolgt. Ausgangspunkt vieler Neuregelungen waren 2 maßgebliche Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes im Jahre 2011 zum Maßregelvollzug. In der Folge hatte der Bundesgerichtshof 2012 seine frühere Rechtsprechung aufgegeben und im bestehenden Betreuungsrecht keine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Rechtsgrundlage für die

Durchführung einer Zwangsbehandlung mehr gesehen. Gleichzeitig musste erkannt werden, dass auch die Vorschriften des *NPsychKG* zur Behandlung der untergebrachten Patient\*innen gegen deren Willen diesen Anforderungen nicht genügte. So gab es bis zur 1. Neuregelung des BGB im Jahr 2013 eine Phase, in denen es keine spezifischen Rechtsgrundlagen zur Durchführung einer Zwangsbehandlung gab, zur Not blieb nur der rechtfertigende Notstand des § 34 Strafgesetzbuch. Dies zwang einige Kliniken zum Umdenken. Die Erfahrungen aus dieser Zeit waren nicht einheitlich. Die befürchtete Katastrophe ist jedenfalls ausgeblieben.

### Die Entwicklung in der aktuellen Rechtsprechung

In der Folgezeit wurde das Thema Zwang in der Psychiatrie auf vielen Ebenen und in vielen Veranstaltungen neu diskutiert. Dabei wurde auch die Frage in den Blick genommen, wann die Anwendung von Zwang überhaupt medizinisch indiziert und ob sie ethisch vertretbar ist. Aussagekräftige Studien über Langzeit-

folgen sowie Standards fehlen bisher. Hingewiesen sei insoweit u.a. auf die lesenswerten Empfehlungen der zentralen Ethikkommission bei der deutschen Ärztekammer. Bemerkenswert bleibt, dass der Anstoß dieses Mal aus der Rechtsprechung kam und nicht wie in den 70er Jahren aus einem Reformbedürfnis der Psychiatrie selber.

**„Damit ist die Grundlage vorgegeben. Eine medizinische Massnahme gegen den natürlichen Willen muss als ultima ratio rechtlich möglich sein – oder ist sogar geboten –, um den betroffenen Menschen davor zu bewahren, in einer Situation der psychischen Krise und/oder krankheitsbedingten Wahrnehmungsstörung die eigenen existenziellen Lebensgrundlagen zu zerstören und alle milderen Mittel ausgeschöpft sind.“**

Der für das Betreuungsrecht zuständige Bundesgesetzgeber reagierte sehr schnell und hatte Anfang 2013 unter Berücksichtigung der engen Vorgaben des *BVerfG* eine ausdrückliche Regelung zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme geschaffen. Sie sah allerdings nur die Genehmigung im Rahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1906 Abs.1 BGB vor. Eine Zwangsbehandlung außerhalb einer geschlossenen Unterbringung sah diese Regelung nicht vor. Der BGH hatte dann 2015 über die Behand-

lung einer psychisch und somatisch schwer erkrankten Patientin gegen deren Willen zu entscheiden, die körperlich und mental bereits so schwach war, dass es mangels Weglauftendenz der Genehmigung einer freiheitsentziehenden Unterbringung nicht mehr bedurfte. In seinem Vorlagebeschluss an das *BVerfG* bezeichnete der *BGH* erstmalig eine ärztliche Zwangsmaßnahme „als eine den Betroffenen begünstigende Maßnahme der staatlichen Fürsorge“. Der Staat habe die Pflicht, einen Menschen vor sich selbst zu schützen, wenn dieser in einem akuten psychischen Ausnahmezustand zur Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung krankheitsbedingt nicht fähig ist und die eigene körperliche oder soziale Existenz zu zerstören droht. Die Betreuer\*in hat also die Aufgabe, das Recht der Betroffenen auf eine effiziente Behandlung auch gegen deren aktuellen Willen durchzusetzen, wenn der entgegenstehende Wille krankheitsbedingt ist und sie ansonsten einwilligen würde.

Das *BVerfG* folgte diesem Paradigmenwechsel in seiner darauf folgenden Entscheidung von 2016. In

seinem Beschluss vom 26. Juli 2016 heißt es im 1. Leitsatz: „Aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG folgt die Schutzpflicht des Staates, für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen.“

Damit ist die Grundlage vorgegeben. Eine medizinische Maßnahme gegen den natürlichen Willen muss als ultima ratio rechtlich möglich sein – oder ist sogar geboten –, um den betroffenen Menschen davor zu bewahren, in einer Situation der psychischen Krise und/oder krankheitsbedingten Wahrnehmungsstörung die eigenen existenziellen Lebensgrundlagen zu zerstören und alle mildereren Mittel ausgeschöpft sind.

### Unterbringungen und Zwangsbehandlungen im Betreuungsrecht (BGB)

Im Juli 2017 ist daraufhin die bisher letzte Neuregelung der betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlung in Kraft getreten. Sie ist materiell-rechtlich in § 1906 a BGB normiert. Die Regelung befindet sich zwar in der Nähe der Unterbringungsvorschrift, ist aber inhaltlich vom Freiheitsentzug entkoppelt worden. Eine ambulante Zwangsbehandlung hat der Gesetzgeber dagegen weiterhin rechtlich nicht ermöglicht, siehe Ziff.7. Die folgenden Vorschriften sprechen für sich.

#### § 1906 a BGB

##### Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlicher Zwangsmaßnahme

(1) Widerspricht eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn

1. die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des Betreuten notwendig ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
2. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1901a zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht,
4. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde,

den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,

5. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann,

6. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt und

7. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird.

§ 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(2) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

(3) Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Kommt eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht, so gilt für die Verbringung des Betreuten gegen seinen natürlichen Willen zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus § 1906 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 entsprechend.

(5) Die Einwilligung eines Bevollmächtigten in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und die Einwilligung in eine Maßnahme nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die Einwilligung in diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

Die im FamFG geregelten Verfahrensvorschriften sind angepasst worden, im Wesentlichen aber geblieben. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass das Betreuungsgericht (nur) die Einwilligung der Betreuer\*in oder der Bevollmächtigten in die angebotene Behandlung zu genehmigen oder abzulehnen hat. Die Indikation für die Maßnahme – und zwar nicht nur für die Behandlung als solche sondern auch für die Anwendung von Zwang – ist und bleibt allein in ärztlicher Verantwortung. Die Vertretungsperson hat, soweit keine wirksame und passende Patientenverfügung vorliegt, im Rahmen des „informed consent“ anstelle der aktuell einwilligungsunfähigen Patient\*in über die Ein-

willigung zu entscheiden. Sie ist dabei ausschließlich an deren Behandlungswünsche oder – soweit diese nicht bekannt sind – an ihren mutmaßlichen Willen gebunden, siehe § 1901 a Abs. 2 BGB. Die Patientenautonomie endet nicht mit der Einwilligungsunfähigkeit. Die Selbstbestimmung ist entsprechend den Vorgaben der UN – Behindertenrechtskonvention oberstes Gebot. Auch für die Behandlung psychisch Erkrankter gilt das Patientenverfügungsgesetz, nämlich:

### 1901 a – BGB

#### Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedin-

gung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Abs. 4, der Auftrag an die Betreuer\*innen, auf die Erstellung einer Patientenverfügung hinzuwirken, wurde erst im Zuge der Neuregelung 2017 aufgenommen und unterstreicht die Bedeutung der Selbstbestimmung gerade bei der Durchführung einer Zwangsbehandlung. Gemeint ist auch der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen unter Mitwirkung der Betreuer\*innen.

### § 1901 b – BGB

#### Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Eine betreuungsrechtliche Genehmigung der Einwilligung kann nicht von der Klinik beantragt werden. Das Gericht hat auf Antrag der Betreuer\*in oder Bevollmächtigten sämtliche Voraussetzungen zu überprüfen und dabei mangels eigener Sachkompetenz u.a. das Gutachten einer externen Sachverständigen einzuholen. Die Gutachter\*in hat dabei nicht die Aufgabe, eine eigene Indikation zu stellen. Eine Verfahrenspfleger\*in ist zu bestellen und die betroffene Person ist persönlich anzuhören, ggf. auch Dritte. In der Genehmigung sind die Art der Maßnahme, bei einer Medikation Wirkstoff, Dosierung, Verabreichungshäufigkeit etc. konkret zu benennen. Sie darf maximal für 6 Wochen erteilt werden. Verlängerungen sind möglich. Der behandelnden Ärzt\*in ist eine Dokumentationspflicht aufzuerlegen. Bei besonderer Eilbedürftig-



keit kann in Ausnahmesituationen die Genehmigung vorläufig im Wege einer einstweiligen Anordnung ergehen.

Die meisten der genannten Voraussetzungen und ihre Gewichtung sind auslegungsfähig. In Anerkennung der großen Herausforderung, die Schutzrechte einerseits und die Freiheitsrechte derselben Person andererseits in jedem Einzelfall sorgfältig auszuwägen, kommt nur eine an der Persönlichkeit der Betroffenen orientierte individuelle Entscheidung in Betracht. So ist z.B. schon die Frage, ob ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht, aus der Sicht der Patientin und nicht objektiv zu beurteilen. Die schwierige Aufgabe besteht darin, gemeinsam herauszufinden, welche Belastung subjektiv für die Patient\*in kurz- und langfristig schwerer wiegt und wie sie selber entscheiden würde. Maßgeblich ist also, ob die betroffene Person selber in der aktuellen Situation eine Intervention wünschen würde, und wenn ja welche - und wenn es nicht anders gehen sollte auch zwangsweise? Eine Behandlungsvereinbarung, die z.B. im Anschluss an eine erlebte Zwangsmaßnahme gemeinsam erstellt wurde und somit gleichzeitig einen therapeutischen Nutzen hätte, würde helfen. Leider wird davon in den Kliniken der Region nur selten Gebrauch gemacht. Standard ist es jedenfalls nicht. Vielleicht stoßen nun die rechtlichen Betreuer\*innen gemäß dem oben genannten Auftrag vermehrt eine solche Vereinbarung an.

Der Gesetzgeber hat zudem festgelegt, dass innerhalb von 3 Jahren eine Evaluierung des neuen Gesetzes durchzuführen ist. Gegenstand sollen die Auswirkungen der Änderungen auf die Anwendungspraxis, insbesondere die Art und Häufigkeit von genehmigten und angeordneten Zwangsmaßnahmen sein - eine begrüßenswerte Idee, ist doch bisher die statistische Erfassung unzureichend.

### Behandlungsgrundlagen im neuen NPsychKG

Dem niedersächsischen Gesetzgeber ist es im September 2017 nach 6 Jahren endlich gelungen, ein neues PsychKG zu erlassen und darin die ärztliche Zwangsmaßnahme den Vorgaben des *BVerfG* entsprechend zu regeln. Zunächst war das Gesetz zum Maßregelvollzug reformiert worden. Dessen Vorschriften wur-

den auf das PsychKG übertragen, was aber wegen der unterschiedlichen Situationen, insbesondere im Hinblick auf die Verweil- und Behandlungsdauer bzw. die Akutsituationen wenig vergleichbar ist. Die Unterbringungsbedingungen sind im Wesentlichen unverändert geblieben. In den §§ 19 – 21 c ist die Behandlung der untergebrachten Patient\*innen geregelt. Eine Behandlung gegen den Willen kommt nur bei einwilligungsunfähigen Patient\*innen in Betracht. Soweit die Patient\*in einwilligungsfähig ist, muss sie selber entscheiden können, ob sie in die angebotene Behandlung einwilligt – und damit vielleicht eher entlassen werden kann – oder ob sie unbehandelt einen längeren Freiheitsentzug in Kauf nimmt. Wenn Erklärungen in Patientenverfügungen antizipiert wurden, sind sie entsprechend auszulegen.

Ansonsten ist wie folgt zu unterscheiden:

Stimmt die untergebrachte Person mit natürlichem Willen der indizierten Behandlung zu, ist sie aber einwilligungsunfähig, ist gem. § 21 Abs. 2 die Einwilligung einer Vertretungsperson einzuholen. Gibt es keine Bevollmächtigte und (noch) keine Betreuer\*in mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsvorsorge, muss ein Betreuungsverfahren eingeleitet werden. Diese Regelung dürfte zukünftig für mehr Betreuungen sorgen, was dem Gesetzgeber auch bewusst war. Was für die Behandlung somatischer Erkrankungen gilt, soll für psychiatrische nicht anders gelten. Die allgemeinen Patientenrechte des BGB gelten uneingeschränkt für alle. Für die Stationen sog. „Normalkrankenhäuser“ ist es inzwischen eine Selbstverständlichkeit, dass außerhalb des Notfalles nur mit Einwilligungserklärung behandelt werden darf und die (vorläufige) Bestellung einer Betreuer\*in beim Gericht angeregt wird. Gleiches hat für Patient\*innen, die öffentlich-rechtlich in einer Psychiatrie untergebracht sind, zu gelten. Es mag sein, dass diese die Bestellung einer Betreuer\*in als zusätzliche Belastung und Einschränkung empfinden – die sie, soweit sie vermögend sind – auch noch selber vergüten müssen. Die Gerichte haben darauf zu achten, die Betreuung nur solange einzurichten, wie es erforderlich ist, in der Regel also höchstens für die Dauer der Unterbringungsanordnung. Wenn keine weiteren Angelegenheiten zu erledigen sind, ist die Gesundheitsfürsorge für die Dauer der Einwilligungsunfähigkeit ausreichend.



Nur soweit die Maßnahme unaufschiebbar ist (also ein gesundheitlicher Schaden eintreten würde, wenn erst die einstweilige Anordnung zur Betreuerbestellung bzw. die Einwilligung abgewartet würde) und sie dem mutmaßlichen Willen der Patient\*in entspricht, darf sie notfallmäßig auch ohne Einwilligung durchgeführt werden.

Stimmt die untergebrachte Person der Maßnahme nicht zu und soll sie gegen ihren natürlichen Willen durchgeführt werden, gilt § 21 a. In diesem Falle bedarf es der Vertretererklärung nicht. Stattdessen ist ein gerichtliches Verfahren durchzuführen. Das Gericht kann unter den genannten Voraussetzungen - die den Vorgaben des BVerfG entsprechen und dem § 1906 a BGB ähnlich sind - und unter Anwendung der verfahrensrechtlichen Grundlagen des FamFG die Zwangsbehandlung anordnen. Das gerichtliche Verfahren ist dem betreuungsrechtlichen Genehmigungsverfahren identisch, es gelten die §§ 312 ff FamFG für beide gleich. Behandlungsziel ist es, die Selbstbestimmung so weit wie möglich wiederherzustellen.

Wie zu Beginn der Behandlung bzw. unmittelbar nach der Aufnahme die Weiche richtig gestellt werden kann, muss die Praxis zeigen - ebenso, ob sich diese in sich nicht schlüssige Unterscheidung bewährt.

Bei besonderer Eilbedürftigkeit und zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr kann in Ausnahmefällen nach § 21 b eine Zwangsbehandlung auch ohne Betreuung und ohne gerichtliches Verfahren erfolgen. Der Anwendungsbereich dieser Vorschrift ist auf absolute Notfälle zu begrenzen.

Weitere Sicherungsmaßnahmen sind in § 21 c geregelt, wobei nur die Fixierung der - sofortigen - gerichtlichen Überprüfung und ggf. Anordnung bedarf. Der zusätzliche Freiheitsentzug unterliegt gem. Art 104 Abs. 2 GG dem Richtervorbehalt.

## Vierter Abschnitt Behandlung und Betreuung während der Unterbringung

### § 19 Grundsätze der Unterbringung, Rechtsstellung der untergebrachten Person

(1) <sup>1</sup> Die Unterbringung ist unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte den allgemeinen Lebensverhältnissen anzugleichen, soweit dies der Zweck der Unterbringung, eine Gefahr im Sinne des § 16 abzuwenden, zulässt und die erforderliche Behandlung der untergebrachten Person sichergestellt ist. <sup>2</sup> Die untergebrachte Person unterliegt denjenigen Beschränkungen ihrer Freiheit, die in diesem Gesetz vorgesehen sind. <sup>3</sup> Soweit dieses Gesetz eine besondere Regelung nicht enthält, können der untergebrachten Person diejenigen Beschränkungen auferlegt werden, die unerlässlich sind, um den Zweck der Unterbringung zu erreichen und die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Unterbringungseinrichtung zu gewährleisten. <sup>4</sup> Beschränkungen der Freiheit sind fortlaufend zu überprüfen und der Entwicklung der untergebrachten Person anzupassen. <sup>5</sup> Wünschen der untergebrachten Person zur Gestaltung der Unterbringung ist nach Möglichkeit Rechnung zu tragen.

(2) <sup>1</sup> Die untergebrachte Person wird unverzüglich über ihre Rechte und Pflichten unterrichtet. <sup>2</sup> Hat sie eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder einen gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter, so soll diese oder dieser Gelegenheit erhalten, an der Unterrichtung teilzunehmen. <sup>3</sup> Ist der Vertreterin oder dem Vertreter die Teilnahme nicht möglich, so ist sie oder er unverzüglich zu unterrichten.

(3) <sup>1</sup> Die Behandlung und die Betreuung sollen die untergebrachte Person befähigen, soweit und sobald wie möglich in ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zurückzukehren. <sup>2</sup> Die Behandlung und die Betreuung sollen die Bereitschaft der untergebrachten Person wecken, selbst daran mitzuwirken, das Ziel nach Satz 1 zu erreichen. <sup>3</sup> Zu diesem Zweck fördert die Unterbringungseinrichtung während der Unterbringung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte, wenn gesundheitliche Belange der untergebrachten Person nicht entgegenstehen. <sup>4</sup> Die Unterbringungseinrichtung

hat dazu mit den entsprechenden Behörden, Stellen und Personen zusammenzuarbeiten.<sup>5</sup> Kinder und Jugendliche erhalten während ihrer Unterbringung auch die notwendige Beschulung und Erziehung.

(4) Die Unterbringungseinrichtung soll in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Forschung und Lehre insbesondere Behandlungsmethoden wissenschaftlich fortentwickeln und die Ergebnisse für eine verbesserte Gestaltung der Unterbringung nutzbar machen.

### § 20 Aufnahmeuntersuchung

<sup>1</sup>Nach ihrer Aufnahme wird die untergebrachte Person unverzüglich ärztlich untersucht.<sup>2</sup> Die Aufnahmeuntersuchung dient insbesondere dazu, die erforderliche weitere Behandlung festzulegen.<sup>3</sup> Die Aufnahmeuntersuchung der untergebrachten Person kann auch ohne deren Einwilligung und ohne Einwilligung ihrer gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreters erfolgen, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist; für körperliche Eingriffe im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung gelten die §§ 21 bis 21 b.

### § 21 Umfang der Behandlung, Aufklärung und Einwilligung

(1) Die untergebrachte Person erhält die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts notwendige medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Behandlung und Untersuchung ihrer Krankheit oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1.

(2)<sup>1</sup>Behandlungen und Untersuchungen, insbesondere Eingriffe in den Körper oder die Gesundheit, bedürfen der Einwilligung der untergebrachten Person.<sup>2</sup> Ist diese einwilligungsunfähig, so ist die Einwilligung ihrer gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreters einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, die Durchführung der Behandlung oder Untersuchung gestattet oder untersagt.<sup>3</sup> Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen

Vorschriften bleiben unberührt.<sup>4</sup> Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen der untergebrachten Person entspricht.<sup>5</sup> Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass die untergebrachte Person oder im Fall des Satzes 2 ihre gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ihr gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertreter über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist; für die Aufklärungspflicht gilt § 630e BGB entsprechend.<sup>6</sup> Behandlungen und Untersuchungen, die gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person erfolgen, sind abweichend von den Sätzen 1 bis 5 nur unter den Voraussetzungen des § 21 a oder des § 21 b zulässig.

### § 21 a Behandlung gegen den natürlichen Willen zur Herstellung der Voraussetzungen freier Selbstbestimmung

(1) Eine Behandlung der Krankheit oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person ist zulässig, wenn

1. die untergebrachte Person zur Einsicht in die Schwere ihrer Krankheit oder Behinderung und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist,
2. eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB, deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen und die die Durchführung der Behandlung untersagt, nicht vorliegt,
3. ein der Behandlung entgegenstehender Wille, den die untergebrachte Person in einwilligungsfähigem Zustand geäußert hat, auch im Übrigen nicht ermittelbar ist,
4. die untergebrachte Person über die beabsichtigte Behandlung und ihre Wirkungen in einer ihren Verständnismöglichkeiten und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Weise angemessen informiert worden ist,
5. der ernsthafte, mit dem erforderlichen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch einer zuständigen Ärztin oder eines zuständigen Arztes, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung

zu der Behandlung zu erreichen, erfolglos geblieben ist,

6. die Behandlung ausschließlich dem Ziel dient, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit wie möglich wiederherzustellen, um ihr die Chance der Beendigung der Unterbringung zu eröffnen,

7. die Behandlung zur Erreichung ihres Ziels geeignet ist, nach ihrer geplanten Art und Dauer einschließlich der Auswahl und Dosierung der Medikamente sowie der begleitenden Kontrollen erforderlich ist, weniger eingreifende Behandlungen aussichtslos sind und

8. der Nutzen der Behandlung die mit ihr einhergehenden Belastungen und den möglichen Schaden bei Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

(2) <sup>1</sup> Die beabsichtigte Behandlung Volljähriger bedarf der Anordnung des Betreuungsgerichts. <sup>2</sup> Die beabsichtigte Behandlung Minderjähriger bedarf der vorherigen Anhörung der Sorgeberechtigten durch die ärztliche Leitung sowie der Anordnung des Familiengerichts; § 167 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass die für Unterbringungssachen nach § 312 Nr. 4 FamFG geltenden Vorschriften auch auf die Anordnung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme anzuwenden sind. <sup>3</sup> Die Anordnung oder die einstweilige Anordnung der Behandlung ist durch die ärztliche Leitung bei dem nach Satz 1 oder 2 zuständigen Gericht schriftlich zu beantragen.

(3) <sup>1</sup> Die Behandlung ist nach Maßgabe des Inhalts der Beschlussformel des Gerichts durch die ärztliche Leitung schriftlich anzuordnen. <sup>2</sup> In der ärztlichen Anordnung sind die Art und Dauer der Behandlung einschließlich der Auswahl und Dosierung der Medikamente, die nach dem Inhalt der Beschlussformel des Gerichts zulässig sind, die Art und Dauer der begleitenden Kontrollen sowie die Intensität der erforderlichen ärztlichen Überwachung anzugeben.

(4) <sup>1</sup> Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt informiert die untergebrachte Person und ihre gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ihren gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter über die Inhalte der Beschlussformel des Gerichts zu Art und Dauer, zur Durchführung sowie zur Dokumentation der angeordneten Behandlung und über die ge-

gen die Anordnung des Gerichts möglichen Rechtsbehelfe. <sup>2</sup> Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt erläutert auch die Inhalte der ärztlichen Anordnung nach Absatz 3 und teilt den beabsichtigten Beginn der Behandlung rechtzeitig mit.

(5) <sup>1</sup> Die Behandlung ist durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt zu überwachen. <sup>2</sup> Sie ist nach Maßgabe des Inhalts der Beschlussformel des Gerichts, mindestens jedoch unter Angabe der maßgeblichen medizinischen Gründe für ihre Anordnung, ihres Zwangscharakters, der Art und Weise ihrer Durchführung, der vorgenommenen Kontrollen und der Überwachung der therapeutischen Wirksamkeit zu dokumentieren.

(6) <sup>1</sup> Die Behandlung ist zu beenden, wenn das Ziel der Behandlung nach Absatz 1 Nr. 6 erreicht ist. <sup>2</sup> Sie ist auch zu beenden, wenn im Verlauf der Behandlung eine Besserung nicht eintritt oder schwerwiegende Nebenwirkungen einen Abbruch der Behandlung erforderlich machen. <sup>3</sup> Die ärztliche Leitung teilt dem Betreuungsgericht, bei Minderjährigen den Sorgeberechtigten und dem Familiengericht, die Beendigung der Behandlung unverzüglich mit.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten für Untersuchungen, die im Rahmen der Behandlung der Krankheit oder Behinderung nach § 1 Nr. 1 erforderlich und mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind, entsprechend.

#### **§ 21 b Behandlung gegen den natürlichen Willen zur Abwehr gegenwärtiger erheblicher Gefahren**

(1) <sup>1</sup> Eine Behandlung der untergebrachten Person ist gegen ihren natürlichen Willen auch zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit zulässig, wenn die Voraussetzungen des § 21 a Abs. 1 Nrn. 1 bis 3, 7 und 8 vorliegen. <sup>2</sup> Die Behandlung bedarf der Anordnung durch die ärztliche Leitung und ist durch eine Ärztin oder einen Arzt zu überwachen. <sup>3</sup> Eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ein gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertreter der untergebrachten Person ist unverzüglich zu benachrichtigen. <sup>4</sup> Die Behandlung ist zu beenden, wenn die Gefahr im Sinne des Satzes 1 abgewendet worden ist. <sup>5</sup> Die durchgeführte Behandlung ist unter Angabe der maßgeblichen medizinischen Gründe für ihre Anordnung, des Zwangscharakters der Behandlung, der Art und Weise der Durchführung, der vorgenomme-

nen Kontrollen und der Überwachung der therapeutischen Wirksamkeit zu dokumentieren.

(2) <sup>1</sup> Absatz 1 gilt für Untersuchungen, die mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind, entsprechend. <sup>2</sup> Eine zwangsweise Untersuchung, die nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist, darf durch die ärztliche Leitung auch zum Gesundheits- oder Hygieneschutz angeordnet werden.

### § 21 c Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
2. der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
3. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände und
4. die Beschränkung der Bewegungsfreiheit zur Ruhigstellung (Fixierung) durch mechanische Vorrichtungen, durch die Gabe von Medikamenten oder durch mechanische Vorrichtungen in Verbindung mit der ergänzenden Gabe von Medikamenten.

(2) <sup>1</sup> Eine besondere Sicherungsmaßnahme ist nur zulässig, wenn sie zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten Person oder eines Dritten erforderlich ist und die Gefahr nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen abgewendet werden kann. <sup>2</sup> Eine Fixierung einer einwilligungsfähigen untergebrachten Person durch die Gabe oder die ergänzende Gabe von Medikamenten ist ohne deren Einwilligung abweichend von Satz 1 nur zulässig, wenn die Fixierung zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit eines Dritten erforderlich ist.

(3) <sup>1</sup> Besondere Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 1 bis 3 bedürfen der Anordnung durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt und sind durch sie oder ihn zu überwachen. <sup>2</sup> Fixierungen (Absatz 1 Nr. 4) bedürfen der Anordnung durch die ärztliche Leitung und sind durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt zu überwachen. <sup>3</sup> Eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ein gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertreter der untergebrachten Person ist unverzüglich zu benachrichtigen. <sup>4</sup> Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt überprüft fortlaufend,

ob die Voraussetzungen der besonderen Sicherungsmaßnahme weiterhin vorliegen.

(4) <sup>1</sup> Fixierte Personen sind durchgängig zu beobachten; ihre Vitalfunktionen sind fortlaufend zu kontrollieren. <sup>2</sup> Die Beobachtung erfolgt durch die persönliche Anwesenheit einer Pflegekraft bei der fixierten Person. <sup>3</sup> Eine mittelbare Beobachtung ist nur zulässig, wenn eine persönliche Anwesenheit der Pflegekraft bei der fixierten Person aus therapeutischen Gründen nicht in Betracht kommt; sie bedarf der Anordnung durch die ärztliche Leitung. (5) Über die Zulässigkeit einer Fixierung ist unverzüglich nach deren Beginn durch die ärztliche Leitung eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen; die für Unterbringungssachen nach § 312 Nr. 4 FamFG geltenden Vorschriften finden, auch in Verbindung mit § 151 Nr. 7 und § 167 FamFG, entsprechende Anwendung.

(6) <sup>1</sup> Eine besondere Sicherungsmaßnahme ist unverzüglich zu beenden, wenn die Gefahr im Sinne des Absatzes 2 abgewendet worden ist. <sup>2</sup> Die durchgeführte Maßnahme ist unter Angabe der maßgeblichen Gründe für die Anordnung, der Art und Weise der Durchführung, ihrer Dauer und der vorgenommenen ärztlichen Überprüfungen zu dokumentieren.

Ob und in welcher Form in der Psychiatrie mit Zwang gearbeitet wird, hängt sicherlich nicht allein von den rechtlichen Vorgaben ab. Sie bilden aber einen wichtigen Rahmen – nicht nur zum Schutz der Patient\*innen. Die bisherigen Statistiken sind nur bedingt aussagekräftig oder werden nur unzureichend ausgewertet. Hier ist in den nächsten Jahren einiges zu tun. Maßgeblich für den Umgang mit wider- oder eigenwilligen Patient\*innen ist jedoch die Haltung, mit der ihnen begegnet wird. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch die Rahmenbedingungen, unter denen Psychiatrie – stationär wie ambulant – zu arbeiten hat. Vielleicht könnte so manche Eskalation schon im Vorfeld der stationären Aufnahme durch aufsuchende ambulante Versorgung vermieden werden.

Wie auch von der BRK-Allianz 2013 gefordert, müssen die erforderlichen therapeutischen und sozialen Hilfen flächendeckend bereitgestellt werden. Eingriffe in die Grundrechte dürfen in keinem Fall der Kompensation von Versorgungsdefiziten dienen. Es ist

Aufgabe aller Beteiligten - einschließlich der für die Psychiatrie politisch Zuständigen - die Ausübung von Zwang durch unterschiedlichste Maßnahmen auf das Mindestmaß zu reduzieren.

## **Psychiatrische Krisen- und Notfalldienste in der Region Hannover – wer ist für was wann erreichbar?**

von Thorsten Sueße

(Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)

### **Tagsüber von Montag bis Freitag**

Wenn eine psychisch kranke Person im ambulanten Bereich eilig ärztliche Hilfe benötigt, liegt die vorrangige Zuständigkeit beim vertragsärztlichen System („Sicherstellungsauftrag“). Während der üblichen Praxisöffnungszeiten sollten sich die betroffene Person oder deren Angehörige an den behandelnden niedergelassenen Nervenarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater wenden. Bei Personen, die im laufenden Quartal von einer Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden, liegt während der normalen Öffnungszeiten dort die Zuständigkeit, auch für umgehend durchzuführende Hausbesuche. In den dringenden Fällen, in denen weder ein niedergelassener Arzt noch eine Psychiatrische Institutsambulanz zuständig sind, steht den hilfesuchenden Personen der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Fachärztinnen und Fachärzte für Erwachsene des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf dem Gebiet der Landeshauptstadt verfügen über eine vertragsärztliche Verordnungsermächtigung. Die Notfallbereitschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Stadt Hannover ist den Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte angepasst und beginnt von Montag bis Freitag um 8:00 Uhr; sie endet Montag, Dienstag und Donnerstag jeweils um 18:00 Uhr, am Mittwoch und Freitag um 13:00 Uhr. Zentral zu erreichen ist die Notfallbereitschaft in der Stadt Hannover über die Telefonnummer der Regionsleitstelle 19222.

Im Umland der Region Hannover, wo die Fachärztinnen und Fachärzte für Erwachsene des Sozialpsychiatrischen Dienstes keine vertragsärztliche Verordnungsermächtigung haben, richtet sich die Zuständigkeit

von deren Notfallbereitschaft nach den Sprechstundenzeiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen (Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 15:00 Uhr, Freitag von 9:00 bis 12:30 Uhr).

Bei dringend benötigter Hilfe für Kinder und Jugendliche steht (nachrangig wie im Erwachsenenbereich) die Notfallbereitschaft der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche im gesamten Regionsgebiet zur Verfügung. Die Bereitschaftszeiten entsprechen denen der Notfallbereitschaft der Erwachsenen-Beratungsstellen im Umland.

Die Notfallbereitschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene im Umland ist dezentral zu erreichen über die Telefonnummer der jeweils örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle.

Bei psychiatrischen Notfällen (wie z. B. Suizidversuchen oder akuten anhaltenden Erregungszuständen), bei denen keine der oben aufgeführten Institutionen erreicht werden kann, sollte der Rettungsdienst in Anspruch genommen werden (kostenloser Notruf 112).

### **Nach Feierabend, am Wochenende und an Feiertagen**

Außerhalb der Praxisöffnungszeiten ist der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung für eilige ärztlich-psychiatrische Hilfeleistung zuständig (Telefonnummer 116 117). Es gibt Bereitschaftspraxen und den fahrenden ärztlichen Dienst.

Dieser vertragsärztliche Bereitschaftsdienst ist zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag, Dienstag und Donnerstag ab 19:00 Uhr bis 7:00 am Folgetag; Mittwoch und Freitag ab 15:00 Uhr bis 7:00 Uhr am Folgetag; Samstag, Sonntag und an Feiertagen ab 8:00 Uhr bis 7:00 am Folgetag.

Bei psychiatrischen Notfällen, wo aufgrund akuter Lebensbedrohung die sofortige Präsenz eines Arztes vor Ort benötigt wird, steht der Rettungsdienst zur Verfügung (112).

Zudem können Betroffene und Angehörige in akuten Krisensituationen Unterstützung vom (nicht ärztlich besetzten) Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienst in der Region Hannover erhalten – Freitag von

15:00 bis 20:00 Uhr; Samstag, Sonntag und an Feiertagen von 12:00 bis 20:00 Uhr.

### Zu jeder Tageszeit

Zu jeder Tageszeit können sich Personen wegen einer gravierenden psychischen Störung zur Notfallversorgung direkt in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern (bzw. der Zentralen Notaufnahme der MHH) vorstellen.

Die Notfallseelsorge ist telefonisch „rund um die Uhr“ über die Nummer 0511-9120 zu erreichen.

Sollte bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung eine Zwangseinweisung notwendig sein, so wird – unabhängig von der Tageszeit – das dafür notwendige ärztliche Zeugnis von dem jeweils vor Ort befindlichen (in der Psychiatrie erfahrenen) Arzt erstellt.

Bei Unklarheit darüber, wer wann ambulant ärztlich zuständig ist, kann jederzeit die kostenlose Rufnummer 116 117 gewählt werden.

### Aus der Perspektive von Klinikmitarbeitern: Psychiatrisches Arbeiten im Zwangskontext – Eine Gratwanderung zwischen Werten

von Wolfgang Dillo

(Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover)

Wer sich für das Arbeiten in der Psychiatrie entscheidet, hat zumeist die Vorstellung, dass es sich um eine Arbeit handelt, in der es darum geht, mit Menschen in Kontakt zu kommen und sich einfühlsam zu verhalten. Wohl kaum jemand hat den Wunsch in der Psychiatrie zu arbeiten, weil er dann davon ausgehen kann, dass ihm sein Arbeitgeber kostenlos ein Selbstverteidigungs- und Deeskalationstraining zukommen lässt. Diese Fortbildungsmaßnahmen scheinen mittlerweile zum Standard psychiatrischer Kliniken zu gehören,

**„Wohl kaum jemand hat den Wunsch in der Psychiatrie zu arbeiten, weil er dann davon ausgehen kann, dass ihm sein Arbeitgeber kostenlos ein Selbstverteidigungs- und Deeskalationstraining zukommen lässt.“**

um die Gewalt, die in den geschützten/geschlossenen Bereichen der Psychiatrie zum Alltag gehört, zu beherrschen. Dieser Beitrag setzt sich mit den Auswirkungen und den Anforderungen an die Mitarbeiter von geschlossenen Abteilungen auseinander.

### Behandlung gegen den Willen – auch für die Klinikmitarbeiter

Der Zwangskontext besteht nicht nur für die Patienten, die behandelt werden ohne Behandlungswunsch. Er besteht auch auf Seiten der Behandler, für die es bedeutet, behandeln zu müssen, auch wenn Patienten keinen Behandlungswunsch haben, sich aggressiv, abwertend oder beleidigend zeigen. Die Arbeit bewegt sich zwischen Mission und Nötigung. Als Behandler im Zwangskontext ist man gleichzeitig Therapeut und Kontrollinstanz. Es bestehen institutionelle Aufträge, professionelle und persönliche. Der institutionelle Auftrag besteht darin, die geschlossene Unterbringung sicher zu stellen. In der professionellen Rolle ist man als Therapeut empathisch, einfühlsam und versucht, eine therapeutische Beziehung zum Patienten aufzubauen. Man ist auf dessen Wünsche bezogen. In der persönlichen Rolle ist das eigene Wertesystem, z.B. die eigenen Moralvorstellungen, maßgeblich für das Handeln.

Insbesondere beim Arbeiten im Zwangskontext können die Erfordernisse der einzelnen Rollenerwartungen weit voneinander abweichen. Nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Behandler selber ist eine klare Definition wichtig. Im Rahmen des institutionellen Auftrags hat man die Aufgabe, Zwangsmaßnahmen durchzusetzen. Versucht man, dies dem Patienten in der Rolle des Therapeuten oder gar in der persönlichen Rolle auf empathische Art nahezubringen, macht man sich vor dem Patienten aber auch vor sich selbst unglaublich. Es ist ein hohes und andauerndes Maß an Selbstreflexion notwendig, um diese Rollen scharf voneinander zu trennen.

Es ist immer wieder von großer Bedeutung, sich ins Gedächtnis zu rufen, dass man als Behandler nicht die Verantwortung dafür trägt,



dass Menschen im Zwangskontext behandelt werden. Diese Verantwortung trägt das übergeordnete gesellschaftliche System, das durch Regeln, Normen und Gesetze den Zwangskontext konstruiert. Patienten fühlen sich häufig als Opfer von Ärzten, Polizei oder Gericht. In ihrer Konstruktion der Realität wird die Verantwortung für die Zwangsmaßnahme in der Regel den Behandlern zugeschoben. Diese Einladung zur Verantwortungsübernahme muss konsequent abgelehnt werden. Die Entscheidung für oder gegen eine Zwangsmaßnahme wird durch das Gericht getroffen, die Behandler können lediglich Empfehlungen aussprechen, wobei man dem Patienten die Verantwortung geben kann, dass er durch sein Verhalten dazu beiträgt, wie diese Empfehlung aussieht.

### Mitarbeiter und Patienten brauchen genügend Raum und Ressourcen

Die beinahe täglich vorkommenden Phänomene von Gewalt in verschiedensten Formen, sei es von Patienten, sei es von Mitarbeitern, darf nicht zur Gewöhnung führen. Jedes einzelne Ereignis ist von Bedeutung, und es bedarf auch hier einer andauernden Reflexion und Diskussion, wie Gewalt zu minimieren ist. Betroffene Mitarbeiter berichten, dass sie Sorge haben, dass man ihnen Unprofessionalität vorwirft, sobald sie sich für mehr Sicherheit einsetzen. Aber um professionelles Arbeiten zu ermöglichen, muss man auf institutioneller Ebene Strukturen schaffen, die durch Großzügigkeit geprägt sind, im Sinne von ausreichend Raum und ausreichend personeller Besetzung.

### Die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit

Menschen im Zwangskontext der Psychiatrie haben keine Lobby. In der Zeitung finden sich zumeist Negativschlagzeilen, wenn Menschen zu Schaden kommen oder bei Überbelegung Patienten mit ihren Betten auf Fluren schlafen müssen. Diese zumeist polemischen und undifferenzierten Beiträge setzen Mitarbeiter noch mehr unter Druck und tragen nicht zu einer Entlastung des Systems bei.

Die unzähligen Geschichten, in denen Patienten und Behandler gemeinsam lange und schwerwiegende Krankheitsphasen durchgestanden haben und am Ende Patienten in ein selbstbestimmtes Leben entlas-

sen werden, finden nur selten Gehör und Erwähnung. Es sind jedoch die Geschichten, die dazu beitragen, dass Menschen bereit sind, in diesem Kontext zu arbeiten und es als sinnvoll erleben. Ich möchte diesen Artikel dazu nutzen, um all denjenigen, die über Jahre hinweg diese anspruchsvolle Arbeit verrichten, meine Anerkennung auszudrücken.

## Forensische Psychiatrie: Zwischen freiheitsentziehenden Maßnahmen und Entlassung in die Gemeinde - Aufgaben und Perspektiven

von Andreas Tänzler

(Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie - KRH-Psychiatrie Wunstorf)

### Eine Bestandsaufnahme

Als die 24 Väter und 2 Mütter der Psychiatrie-Enquete-Expertenkommission vor mehr als 40 Jahren den *Maßregelvollzug* innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems verorteten, waren kontroverse Diskussionen vorausgegangen. Um gleich eine gute Nachricht an den Anfang zu stellen: seitdem konnte die „Forensik“, wie sie oft genannt wird, eine gehörige Wegstrecke von der Schlusslichtposition, dem Stiefkind der Reformbewegung mit einem *kustodialen* Anstaltsimage zu einer Inklusion, also einem Da-zu-Gehören im Wortsinne zurücklegen. Inzwischen ist es erlaubt, den Blick nach vorne zu richten auf neue Formen der Zusammenarbeit innerhalb des psychiatrischen Spektrums.

Die gewonnene Augenhöhe ist Ausdruck der Weiterentwicklung der forensischen Disziplin. Behandlungskonzepte wurden konsequent ausgebaut, inzwischen verfügen die allermeisten Kliniken über differenzierte Gruppentherapieangebote (u.a. Suchtprävention, Psychoedukation, Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT-F), Gewaltprävention, Interaktionstraining). Deutliche Fortschritte in der Prognoseforschung und die Entwicklung eines differenzierten Risikomanagements haben die Häufigkeit von Zwischenfällen sowie die Rückfallraten wesentlich reduziert. 2017 wurden erstmals unter Federführung der *DGPPN* Behandlungsstandards im Maßregelvollzug als Leitlinie konsentiert.

Gerade Niedersachsen hat durch die seit dem Ende der 90er Jahre eingeleitete Regionalisierung des Maßregelvollzuges, in die alle damaligen Landeskrankenhäuser (NLKH) einbezogen waren, eine Vorreiterrolle auf dem Weg zu mehr Gemeindenähe mit all ihren Vernetzungsmöglichkeiten übernommen. Der Begriff "Forum", Markt, Ort der Rechtsprechung in der Antike, von dem sich die Forensik ableitet, verdient seitdem in vielen niedersächsischen Kliniken durchaus seinen Namen. Im Gegensatz zu andernorts entstandenen hoch gesicherten Einrichtungen auf der grünen Wiese profitieren die Kliniken vom räumlich strukturellen Verbund mit allgemeinen psychiatrischen Kliniken, von den Möglichkeiten der Vernetzung, der Teilhabe an einem urbanen Leben und den bereits etablierten Rehabilitationsangeboten.

**„Im Gegensatz zu andernorts entstandenen hoch gesicherten Einrichtungen auf der grünen Wiese profitieren die Kliniken vom räumlich strukturellen Verbund mit allgemeinen psychiatrischen Kliniken, von den Möglichkeiten der Vernetzung, der Teilhabe an einem urbanen Leben und den bereits etablierten Rehabilitationsangeboten.“**

Mehr als ein Wermutstropfen ist die vor gut 10 Jahren erfolgte Teilprivatisierung des Maßregelvollzuges durch den Verkauf der NLKH. Das Nebeneinander von Landeseinrichtungen und mit den Aufgaben des Maßregelvollzuges beliehenen privaten Trägern gefährdet auf längere Sicht die Chancengleichheit für die Patienten<sup>11</sup>. Auch die Politik betrachtet den Verkauf inzwischen als einen Fehler, ohne jedoch bisher in einem komplizierten Geflecht von vertraglichen Verpflichtungen andere Lösungen anbieten zu können.

### **Aufgaben des Maßregelvollzuges (MRV)**

Ungeachtet aller positiver Veränderungen gelingt es den betroffenen Patienten nicht ohne weiteres, die freiheitsentziehenden Maßregeln, also die Unterbrin-

gung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)<sup>12</sup> für psychisch oder suchtkranke Rechtsbrecher als ein Versorgungsangebot zu verstehen. Das hängt mit ei-

ner Reihe von Besonderheiten zusammen. Gerichte entscheiden über die Unterbringung und ihre Dauer, die freie Arztwahl ist aufgehoben. Die zu mehr als 90 Prozent männlichen Patienten verbringen nicht nur Krisenzeiten, sondern Lebenszeit in der Therapie. Das in der Allgemeinen Psychiatrie vorrangige Behandlungsziel eines freiwilligen Behandlungsbündnisses durch Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit kann der forensische Patient auch bei bester Motivation und Mitwirkung nicht erreichen. Er bleibt so lange untergebracht, wie er als rückfallgefährdet bzw. noch gefährlich gilt, also bis zu einer Bewährungsentlassung. Die im Grundsatz unbefristete Zwangsbehandlung ist ungeachtet aller forensischer Kompetenz in der Behandlung komplexer Störungsbilder ein hoher Preis.

Ziel der Behandlung ist zwar die Reduktion seiner Fremdgefährlichkeit durch Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes bzw. Reduktion der Suchtmittelrückfallrisiken, zugleich dient der Freiheitsentzug aber auch dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit. Die Therapeuten haben also einen doppelten Auftrag. Die Verbesserung der Behandlungsqualität bzw. die Senkung von Rückfallraten sind zugleich der beste Opferschutz.

### **Ethische Aspekte**

Einige von juristischer Seite geprägten Begrifflichkeiten (*Maßregel – seelische Abartigkeit – Schwach-sinn*) sind oft Zumutungen für unser therapeutisches Empfinden. Wer möchte sich schon gerne maßregeln lassen? Eine suggestive heilende Wirkung entfaltet sich anders. Die Wortgebilde verstellen vor allem den Blick darauf, dass die Maßnahmen keine Strafe darstellen, sondern ein Sonderopfer zum Schutz der Allgemeinheit. Die Behandlung hat freiheitsorientiert und therapiegerichtet stattzufinden.

Die gleichwohl mit der Unterbringung verbundenen erheblichen Einschränkungen der Grundrechte

<sup>11</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird hier durchgängig die männliche Form verwendet

<sup>12</sup> Die dritte freiheitsentziehende Maßregel ist die Sicherungsverwahrung (§ 66StGB) Sie ist an den Justizvollzug angegliedert

erfordern eine besondere Reflexion ihrer konkreten Begründung und Verhältnismäßigkeit, denn die multiprofessionelle Behandlung hat auf Resozialisierung zu zielen. Die Ausübung von Zwang reicht weit über den Horizont der medikamentösen Zwangsbehandlung und über Beschränkungen in allen anderen psychiatrischen Kontexten hinaus. Wenn es der forensischen Psychiatrie gelingt, den einzulösenden Anspruch von transparenten Regeln, Respekt und Menschenwürde in einem jederzeit kritischem Dialog und Trialog zu reflektieren, kommt ihr eine Vorreiterrolle im ethischen Diskurs über Zwangsmaßnahmen im gesamten Fachgebiet zu.

Unter diesem Blickwinkel ist es kein Zufall, dass der Beschluss des Verfassungsgerichtes zur Zulässigkeit und Beschränkung der medikamentösen Zwangsbehandlung auf Einwilligungsunfähigkeit von einem Maßregelpatienten ausging. Und folgerichtig wurden auch die wesentlichen Leitlinien zunächst in novellierten Maßregelvollzugsgesetzen formuliert und erst danach in PsychKG-Landesgesetze übernommen.

### Neuere Entwicklungen

Über Jahrzehnte erschienen allgemeine stationäre Psychiatrie und forensische Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus als kommunizierende Röhren. Dem Bettenabbau auf der einen Seite stand ein ebenso ausgeprägter Anstieg von Plätzen und der Behandlungsdauer im Maßregelvollzug gegenüber. Dass derzeit mehr als ein Drittel der Patienten im **63er-Vollzug** länger als 10 Jahre untergebracht ist und sich dort mehr Patienten befinden als Gefangene im Strafvollzug mit zu erwartender über 5-jähriger Vollzugsdauer, sind alarmierende Befunde.

Dieser Trend scheint zumindest in Niedersachsen gestoppt. Die Zahlen im 63er-Vollzug sind in den letzten Jahren stabil geblieben, sogar dezent rückläufig. Ob damit die aus dem Maßregelvollzug reklamierte Forensifizierung, also eine sukzessive Abschiebung der schwierigen Patienten der Allgemeinpsychiatrie in die forensische Unterbringung, ebenfalls gebremst werden konnte, scheint noch unklar. Denn der Anteil der Psychosekranken, oft mit Doppeldiagnosen, zumeist mit Körperverletzungsdelikten und (versuchten) Tötungsdelikten als Anlasstaten, ist bundesweit inzwi-

schen auf über 50% angestiegen.

Ganz anders sieht es im **64er-Vollzug** aus, der seit Jahren fast ungehindert wächst. Offensichtlich gelangt eine immer größere Zahl von Personen in diese Behandlungsform einer Suchtentwöhnung, die von den dort angebotenen Therapien kaum profitiert, vielleicht auch nur aus taktischen Gründen (Verkürzung der Gesamthaftdauer) dorthin strebt. Patienten mit langjähriger Hafterfahrung (Stichwort Knastkultur) belasten genauso wie Therapieabbrecher das therapeutische Milieu und erhöhen das Risiko gravierender Zwischenfälle.

In Niedersachsen haben die politisch Verantwortlichen auf solche einzelnen dramatischen Vorkommnisse zuletzt mit Restriktionen reagiert, die den gesamten Maßregelvollzug gemäß § 63 und 64 StGB belasten. Das kurzfristig etablierte juristische Kompetenzzentrum wurde mit einem Vetorecht gegen Lockerungsentscheidungen der ärztlichen Leiter ausgestattet. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage durch eine Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes soll nun in einem zweiten Schritt geschaffen werden.

Den größten Einfluss auf eine Verkürzung der Behandlungsdauer in der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus haben die 2006 in Niedersachsen flächendeckend errichteten forensischen nachsorgenden **Institutsambulanzen** ausgeübt. Gesetzliche Neuregelungen wie die Erweiterung des Instrumentariums gerichtlicher Weisungen und die freiwillige, aber auch die gerichtliche angeordnete Krisenintervention im Maßregelvollzug von 3 bis 6 Monaten haben neben dem sog. Probewohnen im sozialen Empfangsraum zu einer größeren Individualisierung der Behandlungsverläufe geführt.

Inzwischen resultieren bei den Maßregelpatienten ähnlich der allgemeinen Psychiatrie komplexe Verläufe mit wechselnden stationären und ambulanten Abschnitten, die eine realistische und risikoarme Belastungserprobung ermöglichen. Für ausgesprochen niedrige Rückfallraten (5-10% in einem 5-Jahreszeitraum) sorgt ein flexibles Rückfallmanagement mit gestuften Interventionen.

Die Folgen der 2016 vorgenommenen Novellierung

des § 63 StGB sind noch nicht abzuschätzen. Die Befristung der Unterbringung auf 6 Jahre, wenn ausschließlich wirtschaftlicher Schaden droht und auf 10 Jahre, wenn nicht eine konkrete Gefahr erheblicher Taten mit schweren seelischen oder körperlichen Schäden für die Opfer besteht, im Kern also die Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, ist sehr zu begrüßen. Ob häufigere externe Begutachtungen (bei einem gleichzeitigen Mangel an qualifizierten Sachverständigen) tatsächlich zu einer Verkürzung der Behandlungsdauer beitragen können, scheint zumindest offen.

### Perspektiven in der Gemeindepsychiatrie

Die Eingliederung der aus Verhältnismäßigkeitsgründen entlassenen Patienten des Maßregelvollzuges in die Gemeinde wird unter diesen Vorgaben jedenfalls noch anspruchsvoller. Sie erfordert eine hervorragende Vernetzung zwischen Klinik, Forensischer Institutambulanz und allen beteiligten Akteuren des Versorgungssystems. In der Region Hannover bestehen dafür sicher günstigere Voraussetzungen als andersorts. Die in der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ angebotene Möglichkeit der prozessbegleitenden Fallbesprechung umfasst nicht nur individuelle Lösungsvorschläge, sondern kann auch wesentlich zur Entlastung durch angemessene Verantwortungsteilung beitragen. Lange untergebrachte und besonders schwer gestörte Patienten drohen allerdings aus dem Versorgungssystem ganz herauszufallen, wenn ihre Unterbringung aus juristischen Gründen erledigt wird und weder eine verbindliche Nachsorge noch ein geeigneter sozialer Empfangsraum etabliert werden konnten.

Nicht erst der Landespsychiatrieplan rückt die schwer und chronisch oft mehrfach (etwa Psychose- und Sucht-)Kranken mit komplexem Hilfebedarf ins Blickfeld. Aber auch junge drogenkonsumierende Patienten, die in eine desintegrierte und dann auch destruktive Außenseiterposition geraten, gehören zu den Risikopatienten mit erhöhter Fremdgefährlichkeit. Studien belegen seit längerem, dass sich 50 % der Anlassdelikte als Eintrittskarte der forensischen Unterbringung innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus der allgemeinen Psychiatrie ereignet haben.

Wie kann es gelingen, die Behandler dort besser für

Fremdgefährdungsaspekte zu sensibilisieren? Wir brauchen mehr verbindliche Kooperationen zwischen forensischer Psychiatrie, klinischer Allgemeinpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Gemeinsame Fortbildungen und Fallbesprechungen können dazu dienen, die Kenntnisse hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und Fremdaggressivität sowie Aspekte des Risikomanagements stärker in Behandlungskonzepte zu integrieren. Ein Beispiel ist die in der Fachgruppe des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Hannover entwickelte *Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung* (Anhang). Sie setzt nicht auf Bildung von Gesamt-Scores wie die üblichen forensischen Checklisten, sondern gibt dem Behandler Gelegenheit den fragenden Blick auf Risikokonstellationen zu richten, bei denen eine besonders engmaschige Begleitung angezeigt ist.

Ein Ort der Vernetzung, an dem solche Patienten gut aufgehoben sein können, sind die projizierten Gemeindepsychiatrischen Zentren. Es besteht ein dringender Bedarf an mehr nachgehender und aufsuchender ambulanter Versorgung. Kompetente Psychiater aus den Forensischen Ambulanzen könnten in geeigneten Krisenfällen als Konsiliare hinzugezogen werden und ihr Know-how für solche „präforensischen“ Patienten der Allgemeinpsychiatrie zur Verfügung stellen.

Dem Versorgungssystem fehlt es an bezahlbarem Wohnraum als Voraussetzung einer ambulanten Betreuung, aber auch an niederschweligen, gleichwohl gut ausgestatteten Asylen, welche keine hohen rehabilitativen Ansprüche formulieren und dennoch keine Schlangengruben darstellen.

Die stärkere Gewichtung der Verhältnismäßigkeit und des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten in der allgemeinen klinischen Psychiatrie wird häufiger zur Entlassung von Patienten führen, ohne dass zuvor medikamentöse Behandlungsoptionen genutzt werden konnten. Das könnte einige der Betroffenen von der Teilhabe an Versorgungsangeboten ausgrenzen und sich auf deren Krankheitsverlauf ungünstig auswirken.

Wir können Einfluss nehmen, damit der auf die Entospitalisierung folgenden Forensifizierung der

letzten Jahrzehnte nicht ein neuer Anstieg forensischer Unterbringungen folgt. Gerade diese Patienten bedürfen begleitender ambulanter Angebote. Mehr Versorgungsforschung in diesem Grenzbereich könnte zudem Fehlentwicklungen vorbeugen.

## Anhang:

### Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung

Die Fragen dieser Arbeitshilfe wurden in der Fachgruppe Forensische Psychiatrie entwickelt, sie dienen der Informationsgewinnung und können direkt an die Patientinnen und Patienten gerichtet werden (Anamnese). Sie können auch an Personen aus dem Umfeld (Fremdanamnese) gestellt werden. Es sind Fragen, die aus der täglichen Praxis heraus entwickelt wurden und die sich als hilfreich bewährt haben. Es handelt sich nicht um eine wissenschaftlich-quantitative Checkliste zur Bildung eines Gesamtscore! Für eine Einschätzung sind auch protektive, d.h. die Person stärkende Faktoren, zu berücksichtigen, welche die o.g. Risikoaspekte (je nach Ausmaß) ausgleichen können.

- Gab es im Vorfeld der aktuellen Situation Hinweise auf Fremdgefährdungsaspekte / Aggression / aggressive Übergriffe?
- Erscheint die therapeutische Arbeitsbeziehung tragfähig? Bilden sich hier oder in früheren therapeutischen Beziehungen aggressive Aspekte ab?
- Ist es aktuell oder früher zu tätlichen Auseinandersetzungen im häuslichen Umfeld/in der Familie gekommen?
- Hat es aktuell oder früher aggressive Auseinandersetzungen im sozialen oder beruflichen Umfeld gegeben?
- Sind Drohungen gegenüber Dritten aufgetreten / bekannt geworden?
- Gibt es Hinweise auf Gewaltfantasien?

- Gibt es Hinweise auf Nachstellungen (Stalkingverhalten – Beeinträchtigung der Lebensgestaltung einer anderen Person, auch mittelbar, auch über Medien)?
- Gibt es Hinweise auf Probleme sich selbst zu kontrollieren, besteht eine erhöhte Impulsivität? (auch nach früheren Sachbeschädigungen fragen).
- Gibt es Probleme im Umgang mit Alkohol / Drogen?
- Gibt es Hinweise auf Besitz von Waffen oder besondere Beziehungen zu Waffen?
- Sind Gesetzeskonflikte aufgetreten/bekannt geworden? (Ermittlungsverfahren / Verurteilungen / Haftstrafen / Annäherungsverbote / Bewährung / Auflagen)
- Gab es frühere Zwangseinweisungen wg. Fremdgefährdungsaspekten, Behandlungsabbrüche, mangelnde Zusammenarbeit mit den Behandelnden?
- Gab es während der Kindheit Hinweise auf Vernachlässigung oder körperliche Misshandlungen? Gab es eigene Gewalterfahrung?
- Gab es frühe Verhaltensprobleme (Jugendzeit) (Schulschwänzen, Diebstähle)?
- Gab es (insbes. bei männlichen Pat.) Selbstverletzungen, Suizidversuche, bzw. aggressiv-destruktives Verhalten im Rahmen von Depressivität?
- Gibt es Hinweise auf mangelnde soziale Integration, fehlende Bindungen?

© A. Tänzler 07-2017 Fachgruppe für Forensische Psychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover

## Veränderungen der Klientel in geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtungen – Gewalt gegen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen

von Almut Meyenburg

(Anna-Meyberg-Haus, Bethel im Norden),  
Patricia Gorski-Schmidt (Haus am Leuchtturm, Diakovere) und Holger Geis (Heinemanhof, Landeshauptstadt Hannover)

Die Landeshauptstadt und die Region Hannover verfügen über ein gut entwickeltes und strukturiertes System der Altenhilfe. Das Anna-Meyberg-Haus in Trägerschaft von Bethel im Norden, das Haus am Leuchtturm der Diakovere und das Pflegezentrum Heinemanhof der Landeshauptstadt Hannover sind – als geschlossene gerontopsychiatrische Einrichtungen - Teil dieses Systems.

Vor 30 Jahren haben wir begonnen, uns auf die Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch veränderter Menschen in einer geschlossenen Umgebung zu spezialisieren. Die damals in unseren Einrichtungen lebenden Menschen wiesen in der Mehrzahl **Hinlauftendenzen** auf und zeigten nur vereinzelt herausforderndes oder auffälliges Verhalten. Die Betroffenen waren in ihrer Welt gut lenkbar und meist recht umgänglich.

### Die veränderte Klientel und seine Auswirkungen

Die vorstehend beschriebene Gewichtung veränderte sich kontinuierlich in den letzten Jahren. Heute zeigen die wenigsten der bei uns lebenden Menschen **Hinlauftendenzen**. Immer größer wird dagegen die Zahl derer, die durch zeitweises oder dauerhaftes herausforderndes bzw. auffälliges Verhalten das Zusammenleben und die Versorgung erschweren. Diese stellen damit die Mitbewohnerinnen, Mitbewohner, Angehörigen und Besucher sowie das Pflege- und Betreuungspersonal vor immer neue Herausforderungen. Neben der deutlichen Verschiebung im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten ändern sich jedoch auch

das Krankheitsbild sowie die Altersstruktur in zumindest zwei unserer Einrichtungen. Perspektivisch stellen uns die Bewohner vor neue Herausforderungen. Dafür sorgen die unterschiedlichen Lebensstile der Nachkriegsgeneration. Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass zunehmend Bewohner mit alkoholbezogenen und anderen suchtbezogenen Störungen in den Heimen eine Rolle spielen werden.

Eine weitere Herausforderung bilden die Menschen mit Psychosen oder solche, die an Schizophrenie erkrankt sind und oft jegliche Behandlung verweigern. Das Pflege- und Betreuungspersonal benötigt zur Versorgung und Betreuung dieser Menschen weitere Fachkenntnisse und zusätzliche Fähigkeiten. Entsprechende Fortbildungen sind im benötigten Umfang derzeit kaum vorhanden. Ferner ist mehr Personal erforderlich - so wie es eigentlich in psychiatrischen Kliniken üblich ist.

Ein Zusammenleben mit dementen Menschen erweist sich zudem häufig als problematisch. Als Beispiel sei eine Frau mit Schizophrenie genannt, die zwanghaft Aufmerksamkeit fordert. Sie hört Stimmen und lebt in einer grässlichen Phantasiewelt. Sie schreit Tag und Nacht und verweigert die Medikamente, die ihr helfen könnten, weniger ängstlich zu sein. Sie hat kein Selbstwertgefühl und ist ständig auf der Suche nach Sicherheit und Würde. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es schwer, sich abzugrenzen. Sie sind teilweise hilflos, überfordert und finden häufig keinen Zugang und müssen die Situation – ebenso wie die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner - aushalten.

Die Zahl chronisch psychisch kranker Menschen steigt rapide. Zwar haben sich gleichzeitig die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und die ambulanten Angebote deutlich verbessert. Dennoch gibt es eine immer größere Zahl von Patienten, die letztlich im Pflegeheim untergebracht werden.

Das Pflegeheim wird so zur Abschiebestation für psychisch Kranke. Dafür hat sich ein Begriff eingebürgert:

**„Immer größer wird dagegen die Zahl derer, die durch zeitweises oder dauerhaftes herausforderndes bzw. auffälliges Verhalten das Zusammenleben und die Versorgung erschweren. Diese stellen damit die Mitbewohnerinnen, Mitbewohner, Angehörigen und Besucher sowie das Pflege- und Betreuungspersonal vor immer neue Herausforderungen.“**



„Schattenpsychiatrie“ – und das im ganzen Bundesgebiet. Geschätzt enden 10 bis 15 % der chronisch psychisch Kranken im Pflegeheim. Diese Tendenz ist steigend.

### Aggressionserlebnisse

Einer der Hauptgründe für die Einweisung in eine geschlossene Pflegeeinrichtung ist das Vorhandensein von herausforderndem Verhalten. Dieses liegt bei 80-90% unserer Bewohnerinnen und Bewohner vor und zeigt sich unter anderem in folgenden Auffälligkeiten:

- Agitation und Aggression bis hin zur Reizbarkeit.
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- Enthemmung oder Euphorie
- ständiges Rufen bis hin zum Schreien

Durch das Zusammenleben teils schwer kranker und häufig psychisch auffälliger Bewohnerinnen und Bewohner mit den aufgeführten Verhaltensauffälligkeiten entstehen oft Konflikte, die auch körperlich ausgetragen werden. Dabei kommt es teilweise unter den Bewohnern zu Verletzungen, die gelegentlich auch im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Aggressionen haben in ihrer Zahl und Intensität deutlich zugenommen, so dass diese auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zunehmend als Problem empfunden werden.

Aggressionen, Belästigungen und Gewalt in psychiatrischen Pflegeeinrichtungen werden in erster Linie immer noch als Berufsrisiko der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesehen. Lange Zeit war das Bekämpfen von Aggressionen im Gesundheitswesen ein Tabuthema.

Nach der Studienlage von Nau et al. (2010) sind insgesamt 78 % der Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen von verbalen Angriffen oder Beschimpfungen der Bewohnerinnen und Bewohner betroffen. 44 % der befragten Mitarbeiter geben an, sogar mit tätlichen Angriffen im Beruf konfrontiert worden zu sein. In einem dreimonatigen Untersuchungszeitraum wurden 1250 Aggressionsereignisse dokumentiert.

Aggressionsereignisse können sein:

- körperliche Gewalt (treten, spucken, werfen etc.)
- verbale Gewalt – bis hin zum Anschreien und

- bewusste Beleidigungen
- sexuelle Belästigung bis hin zu Übergriffen
- Autoaggressionen

### Folgen für Mitarbeitende

Für die von Aggressionsereignissen betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergeben sich häufig – teils auch erhebliche – Auswirkungen für den Alltag. Diese können sein:

- Bedrohungserlebnisse, teilweise auch mit der Folge von Arbeitsunfähigkeit
- Verletzungen und Schmerzen
- Angst vor erneuten Aggressionsereignissen
- verminderte empathische Einfühlung gegen den aggressiv reagierenden Menschen
- Krank durch Angst (vermehrte Krankmeldungen bis hin zum Langzeitkrank)

Das Betreuungs- Pflegepersonal erfährt zudem auf Grund der unterschiedlichen Krankheitsbilder und Verhaltensauffälligkeiten der zu Betreuenden sehr viele unterschiedliche emotionale Spannungsfelder.

Beispiele dafür sind:

- das Bedürfnis, sich in den Bewohner hineinzuversetzen, oder das Bedürfnis zu korrigieren, zu widersprechen und zu begrenzen
- abweisend oder verständnisvoll
- verarbeitend oder verdrängend

### Lösungsansätze

Nur durch tragfähige Konzepte, angepasste Fortbildungen und Begleitung des Pflege- und Betreuungspersonals ist es möglich, Gewalt einzudämmen oder zumindest besser damit umzugehen.

Supervisionen und psychologische Begleitung können nach solchen Ereignissen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern helfen, das Erlebte besser zu verarbeiten. Doch es gibt keine durchgängige Refinanzierung – wie es in Kindertagesstätten generell vereinbart ist. Hilfestellungen für die weiterhin schwere belastende Arbeit könnten Handlungsempfehlungen sein, wie sie in unseren drei Häusern teilweise schon praktiziert werden.

- Konzeptionelle Arbeit die einen wertschätzenden Umgang mit den Bewohnern sicherstellt, wie zum Beispiel integrative Validation und Mäeutik
- Deeskalationstechniken wie die Radar-Methode von Regeer
- Bewohnerbezogene Besprechungen (Fallbesprechungen)
- Supervisionen, um die psychische und physische Belastung der Mitarbeiter zu minimieren

Das Problem ist aber, dass die Finanzierung oft nicht gesichert ist und deshalb begonnene Maßnahmen wieder eingeschränkt werden müssen. Die reine Finanzierung über das SGB 11 wird zukünftig nicht mehr ausreichend sein. Es müssen andere Kostenträger mit ins Boot geholt werden, um den gerontopsychiatrischen Einrichtungen eine tragfähige Zukunft mit dieser Klientel zu ermöglichen.

Unbehandelte psychiatrische Erkrankungen, sehr kurze Verweildauern in den Psychiatrien, sowie das Bestreben, möglichst Fixierungen und dämpfende Medikamente zu vermeiden, stellen uns vor weitere Herausforderungen. Für einen gewissen Ausgleich könnte mehr und zielgerichtet ausgebildetes Personal sein, das regelmäßig weiterqualifiziert werden muss. Doch hierzu fehlen die personellen und materiellen Ressourcen.

Keiner möchte auf Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen zurückgreifen wohl wissend, dass man solche mit einer guten personellen Ausstattung vermeiden kann; nur leider sind uns in der heutigen Ist-Situation oft die Hände gebunden. Wir haben nicht die personellen Ressourcen, um die verhaltensauffällige Klientel jederzeit 1:1 betreuen und immer deeskalieren zu können. Außerdem sind wir verpflichtet, unsere anderen Bewohner vor dieser Klientel zu schützen.

Gesetzgeber, Leistungsträger und Kommunen sind herausgefordert die unterstützenden Rahmenbedingungen zu schaffen und Leistungsanbieter müssen Ihre Pflege- und Betreuungsangebote umgestalten. Nur dann wird es möglich sein, für alle eine zufriedenstellende Versorgung sicherzustellen.

Der Heinemanhof, das Anna-Meyberg-Haus und das Haus am Leuchtturm haben sich zu einer kooperati-

ven Zusammenarbeit entschlossen. Wir kooperieren in Fallbesprechungen über sehr verhaltensauffällige Bewohner, bilden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gemeinsamen Fortbildungen weiter und versuchen, die Rahmenbedingungen zu verändern, um die Situation für alle Beteiligten zu verbessern. Auch wenn wir eigentlich konkurrierende Einrichtungen sind, ist es uns wichtig, im Sinne der von uns zu betreuenden Klientel das aus heutiger Sicht Beste für die bei uns lebenden Menschen und die Beschäftigten zu tun.

## Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in der Psychiatrie

von Heike Schambortski

(Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW)

### Situation

Gewalterfahrungen und erlebte Aggressionen kommen im gesamten Pflege- und Betreuungsbereich immer wieder vor. Beispielsweise gaben in einer Befragung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) fast 60 Prozent der befragten Pflegefachkräfte an, innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate körperliche Gewalt am Arbeitsplatz erlebt zu haben. Und fast 80 Prozent hatten im selben Zeitraum verbale Gewalt erfahren (Schablon 2014).

Die psychiatrische Versorgung gehört zu den besonders gefährdeten Tätigkeitsfeldern. Das liegt unter anderem daran, dass Aggressionen dort häufiger krankheitsbedingt auftreten, etwa bei Psychosen – oder als Entzugssymptomatik bei Suchtmittelmissbrauch. Auch psychosoziale Notlagen können aggressives Verhalten fördern. Hinzu kommt die Einschränkung der Selbstbestimmung im Rahmen der psychiatrischen Behandlung, Betreuung oder Pflege. Ein besonders hohes Aggressionspotenzial bergen freiheitsentziehende oder -einschränkende Maßnahmen wegen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie Zwangsmedikationen. Zu Spannungssituationen führen in stationären Einrichtungen auch restriktive Hausordnungen – etwa in puncto Rauchen, sowie das Zusammenleben auf engem Raum.

Die bereits erwähnte Studie von BGW und UKE zeigt auch: Werden die Beschäftigten gut auf kritische Situationen und den Umgang mit Gewalt vorbereitet, haben sie ein geringeres Risiko, Gewalt zu erleben, und sie fühlen sich weniger belastet (Schablon 2014).

### Prävention

Welchen Gefährdungen ihre Beschäftigten ausgesetzt sind, wie diese Risiken einzuschätzen, welche Schutzmaßnahmen zu treffen sind und ob diese auch wirken, haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der gesetzlich vorgeschriebenen **Gefährdungsbeurteilung** zu bearbeiten. Neben potenziell drohenden körperlichen Schäden sind dabei auch die möglichen psychischen Belastungen zu berücksichtigen.

Bei der Prävention greifen meist technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen eng ineinander. In stationären Einrichtungen gibt es eine ganze Reihe baulicher Möglichkeiten, die sowohl die objektive Sicherheit als auch das subjektive Sicherheitsgefühl der Beschäftigten erhöhen. Dazu gehören beispielsweise gegen unbefugtes Eindringen gesicherte Rückzugsräume mit Türspionen, ausreichend Fluchtwege, übersichtliche Gänge, Sicherheitsglasscheiben und gute Beleuchtung. Weiter können bauliche Aspekte zur Deeskalation beitragen: etwa spezielle Außenbereiche in geschlossenen Abteilungen, in denen die betreuten Menschen sich auch ohne Begleitung aufhalten dürfen. Das vergrößert ihren Bewegungsradius und entlastet die Beschäftigten. Auch die Auswahl und Anordnung des Mobiliars und Inventars in einer psychiatrischen Einrichtung oder Abteilung können für die Sicherheit relevant sein.

Unter Umständen sind Gegenstände zu fixieren, damit sie nicht als Waffen missbraucht werden können.

Organisatorisch ist für den Schutz der Beschäftigten unter anderem ein zahlenmäßig ausreichender Personaleinsatz wichtig – im ambulanten wie im stationären Bereich. Weiter muss bei den Übergaben ge-

nügend Zeit sein, um potenziell sicherheitsrelevante Auffälligkeiten in Ruhe zu besprechen. Auftretende Konflikt- und Gewaltsituationen gilt es unbedingt zu reflektieren und dabei Hausordnungen und Pflegekonzepte regelmäßig zu überprüfen. Schließlich ist die psychiatrische Versorgungs- beziehungsweise Beziehungspflege. Gewalterfahrungen oder Angst davor beeinträchtigen die Arbeitsbeziehung zu den betreuten Menschen.

Ferner kommt es auf eine gute Fachqualifikation zum Umgang mit der jeweiligen Klientel an. Noch unerfahrene Beschäftigte sollten nicht allein in besonders gefährdeten Bereichen arbeiten.

Unbedingt zu empfehlen sind regelmäßige Deeskalationstrainings. Dort geht es nicht nur um körperliche Interventionstechniken, sondern ebenso um das eigene Verhalten in Konfliktsituationen und um verbale wie nonverbale Techniken zur Entspannung kritischer Situationen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) fördert in ihren Mitgliedseinrichtungen die Ausbildung innerbetrieblicher Deeskalationstrainerinnen und -trainer. Das

Verhalten in Notfallsituationen sollte in der Psychiatrie immer wieder geübt werden – einschließlich Fixierungen bei Notwehr (§ 32 StGB) oder Notstand (§ 34 StGB). Denn im Ernstfall muss hier jeder Handgriff sitzen und das Team gut zusammenspielen.

Ausgesprochen wichtig sind zudem geeignete Notrufmöglichkeiten – je nach Situation fest installiert und/oder mobil. Besonderer Betrachtung bedarf hier der Spezialfall Alleinarbeit, beispielsweise im ambulanten

Bereich oder im Nachtdienst. Inwieweit Alleinarbeit zulässig oder in bestimmten Situationen zu gefährlich ist, muss im Rahmen der **Gefährdungsbeurteilung** geklärt werden. Ein systematisches Abklärungsverfahren dazu findet sich in der **DGUV**-Regel 112-139 „Einsatz von Personen-Notsignal-Anlagen“.

**„Welchen Gefährdungen ihre Beschäftigten ausgesetzt sind, wie diese Risiken einzuschätzen, welche Schutzmaßnahmen zu treffen sind und ob diese auch wirken, haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung zu bearbeiten. Neben potenziell drohenden körperlichen Schäden sind dabei auch die möglichen psychischen Belastungen zu berücksichtigen.“**

Je nach Gefährdungssituation kann Alleinarbeit den Einsatz von Personen-Notsignal-Anlagen (PNA) erfordern. Diese bestehen aus einem Personen-Notsignal-Gerät, das am Körper getragen wird, und einer Personen-Notsignal-Empfangszentrale. Neben einem aktiven Notruf, meist per Druck auf die Not-Taste, ermöglichen PNA eine automatische Alarmierung bei bestimmten Verhaltensweisen wie etwa Lageveränderung, Bewegungslosigkeit oder Flucht. Zu unterscheiden sind zwei verschiedene Gerätekategorien: PNA-1-Geräte senden über eigene Netze und kommen damit grundsätzlich nur für den stationären Bereich infrage, PNA-11-Geräte nutzen öffentlich zugängliche Netze. Reine Smartphones eignen sich mangels entsprechender Notsignaltaste grundsätzlich nicht als Personen-Notsignal-Geräte. Es gibt für sie aber ergänzende Bluetooth-Sender mit Notsignaltaste, die beispielsweise am Handgelenk oder an der Dienstkleidung getragen werden.

Damit Beschäftigte im Notfall auch wirklich die nötige Hilfe bekommen, muss die Rettungskette jederzeit funktionieren. Das setzt unter anderem voraus, dass die Alarmierungsstelle durchgängig erreichbar ist. Die Verhaltensweisen und Maßnahmen im Notfall, die Rettungskette, Notruftelefonnummern, betriebliche Ansprechpersonen, Kontaktdaten einer durchgangsarztlichen Anlaufstelle, relevante örtliche Gegebenheiten und etwaige weitere wichtige Informationen werden in einem Notfallplan zusammengetragen und sind für die Beschäftigten einsehbar.

### Hilfe nach einem Gewaltvorfall

Nach einem Übergriff kommt es zunächst darauf an, schnellstmöglich die persönliche Sicherheit der Betroffenen zu gewährleisten, für eine angstfreie Atmosphäre zu sorgen und gegebenenfalls Erste Hilfe zu leisten. Nicht nur körperlich, sondern auch seelisch: Auffanggespräche mit Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen bringen „Erste Hilfe für die Seele“.

Gewalterlebnisse im Zusammenhang mit der Arbeit fallen unter den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz. Anlaufstelle für eine etwaige ärztliche Behandlung nach einem Übergriff ist deshalb – wie bei anderen Arbeitsunfällen auch – die durchgangsarztli-

che Praxis. Da Opfer von Gewaltvorfällen häufig unter Schock stehen, sollten sie dorthin oder nach Hause möglichst von einer anderen Person begleitet werden.

Auch bei psychischen Folgen gibt es adäquate Hilfe durch die gesetzliche Unfallversicherung. Wer im Zusammenhang mit der Arbeit Extremerlebnisse wie Gewalt erleidet oder miterlebt, kann zunächst einmal ohne weitere Prüfung und Genehmigung fünf probatorische psychotherapeutische Sitzungen in Anspruch nehmen. Wenn aufgrund eines Arbeitsunfalls anschließend eine psychotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich ist, wird diese ebenfalls von der zuständigen Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse gewährt.

### Fazit

Gewalterfahrungen werden sich bei der Arbeit in der psychiatrischen Versorgung nie völlig ausschließen lassen. Aber mit passenden und ineinandergreifenden Deeskalations- und Schutzmaßnahmen können die Einrichtungen die diesbezüglichen Gefährdungen ihrer Beschäftigten – einschließlich der psychischen Belastung – deutlich reduzieren.

### Literatur

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Umgang mit Gewalt und Aggression. [www.bgw-online.de/gewalt](http://www.bgw-online.de/gewalt).
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (Hrsg.): DGUV Information 212-139 – Notrufmöglichkeiten für allein arbeitende Personen, Berlin, September 2016
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (Hrsg.): DGUV Regel 112-139 – Einsatz von Personen-Notsignal-Anlagen, Berlin, Januar 2012. Schablon, A. et al. (2014): Häufigkeit und Folgen von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen. In: Nienhaus, A. (Hrsg.): Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed Medizin, S. 203-221.

## Kindeswohl (-gefährdung) in der Suchthilfe - Wann muss eingegriffen werden?

von Martina Stilhammer

(Drobs Hannover - Fachstelle für Sucht und Suchtprävention) und Gabriele Bartoszak (Fachbereich Jugend und Familie der LHH - Kommunalen Sozialdienst)

### Situation suchtkranker Eltern und deren Kinder

In Deutschland leben mehr als drei Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem suchtkranken Elternteil zusammen, 40.000 bis 60.000 Kinder wachsen mit opiatabhängigen oder substituierten Eltern auf.<sup>13</sup> Der Suchthilfestatistik für Niedersachsen aus dem Jahr 2015 ist zu entnehmen, dass Eltern in ambulanten Einrichtungen etwas mehr als 7.900 Kinder unter 18 Jahren hatten. Außerdem lebten rund 7.800 Minderjährige in einem Haushalt mit KlientInnen der ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention zusammen.<sup>14</sup> Bei Suchtmittelabhängigen bestehen häufig parallel psychische Störungen („antisoziale“ bzw. „dissoziale“ und „emotional instabile“ Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angststörungen). Diese Erkrankungen der Eltern beeinträchtigen und gefährden die Entwicklung der Kinder in zweierlei Hinsicht. Einerseits tragen sie ein sechsfach erhöhtes Risiko, selbst an einer Suchtmittelabhängigkeit zu erkranken und außerdem tragen sie ein deutlich höheres Risiko, zusätzliche psychische Erkrankungen zu entwickeln, insbesondere Störungen des emotionalen und des Sozialverhaltens sowie Depressionen und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome.

Der Konsum von Drogen führt bei den häufig psychisch instabilen Eltern zu einer eingeschränkten Erziehungs- und Sozialkompetenz. Ein fehlendes soziales Netzwerk der Eltern, eine wirtschaftlich prekäre Situation sowie die möglicherweise angegriffene Gesundheit und/oder psychische Erkrankung der

<sup>13</sup> Drogen- und Suchtbericht 2017, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

<sup>14</sup> Suchthilfestatistik 2015, nls

Eltern sind weitere Risikofaktoren, die zu Fällen von Vernachlässigung, Gewalt und Kindesmisshandlung beitragen können. Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe für eine spätere eigene Suchterkrankung oder eine anderweitige psychische Erkrankung.<sup>15</sup> Dies trifft insbesondere dann zu, wenn bestimmte, wichtige Schutzfaktoren nicht vorhanden sind oder nur wenig gefördert werden. Angebote wie z.B. Trampolin<sup>16</sup> setzen genau hier an und nutzen die Erkenntnisse aus der **Resilienz**-Forschung, um die Kinder so zu stärken, dass sie mit ihrer schwierigen Lebenssituation besser umgehen und ein selbstbestimmtes Leben entwickeln können.

### Bundesweite Hilfestrukturen

In den letzten Jahren wurden in allen Bundesländern auf kommunaler Ebene verschiedene Angebote zur Unterstützung von betroffenen Kindern und Jugendlichen an der Schnittstelle Jugendhilfe – Suchthilfe geschaffen. So haben auch Suchthilfeträger ihr Angebotsspektrum um den Bereich der ambulanten Jugendhilfe erweitert. Von einer ausreichenden Angebotsstruktur kann jedoch nicht die Rede sein. Erschwerend kommt hinzu, dass das aktuelle Hilfesystem für die Zielgruppe von einer Zuständigkeitsverteilung über mehrere Sozialgesetzbücher hinweg geprägt ist. Die Bundesdrogenberichte 2015 und 2016<sup>17</sup> haben dieses

Thema beschrieben und darauf hingewiesen, dass hier eine flächendeckende Hilfe im Rahmen einer Regelfinanzierung notwendig ist. Im Drogen- und Suchtbericht 2017, mit dem Schwerpunktthema Kinder aus suchtblasteten Familien, wird diese Thematik aufgegriffen und vertieft.

Bestehende Angebote werden beschrieben, auf die Notwendigkeit von funktionierenden, verbindlichen Netzwerken wird hingewiesen und die politischen Herausforderungen für Bund, Länder und Kommunen werden benannt.

<sup>15</sup> Prof. Dr. Klein, 2003

<sup>16</sup> [www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de)

<sup>17</sup> Drogen- und Suchtbericht 2015 und 2016, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

„Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe für eine spätere eigene Suchterkrankung oder eine anderweitige psychische Erkrankung. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn bestimmte, wichtige Schutzfaktoren nicht vorhanden sind oder nur wenig gefördert werden.“

### Der Arbeitskreis ‚Familie und Sucht‘ in Hannover

Seit 2006 besteht in Hannover der Arbeitskreis Familie und Sucht. Fachkräfte aus der Suchthilfe, der Medizin, der öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe in der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover treffen sich viermal im Jahr in diesem interdisziplinären Arbeitskreis. Hier wurde eine Kooperationsvereinbarung erarbeitet und 2013 von den beteiligten Institutionen unterzeichnet. Derzeit wird diese Kooperationsvereinbarung überarbeitet und aktualisiert.

Mit dem Arbeitskreis wurde ein Hilfenetzwerk geschaffen, welches die Ziele verfolgt,

- ein dauerhaftes Zusammenleben von Eltern und Kindern in suchtkranken Familien unter Berücksichtigung des Kindeswohls zu fördern und zu ermöglichen,
- eine frühzeitige Vernetzung, die Zusammenarbeit und Koordination der Fachkräfte und Professionen zu fördern,
- passgenaue Hilfeangebote zu schaffen,
- Standards und fachliche Kompetenz zu entwickeln
- Expertisen zu ausgewählten Fallberatungen einzubringen.

Auf Grundlage des Sozialgesetzbuches VIII (SGB VIII) und dem Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) haben sich die Fachkräfte zur Arbeit mit suchtkranken Müttern und Vätern vernetzt und kooperieren zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Auf der Grundlage der Ergebnisse ausgewählter Fallberatungen wird diese Kooperation und Vernetzung in alle Fachbereiche weiter transportiert und kontinuierlich verbessert. Zentrales Ziel ist, im konkreten Einzelfall eine Kindeswohlgefährdung immer gemeinsam und auf Grundlage von strukturierten Verfahren einzuschätzen, die Zusammenarbeit zu organisieren und die Hilfen für die Kinder und Jugendlichen mit der Expertise der Fachkräfte aus den kooperierenden Systemen zu planen. Darüber hinaus werden auch Empfehlungen zu präventiven und frühen Hilfen entwickelt. Die Federführung liegt beim Fachbereich Jugend und Familie der LHH - Kommunalen Sozialdienst - Koordinierungsstelle Kinderschutz und Frühe Hilfen.

### Gesetzliche Hintergründe und Verfahren im Kinderschutz

Mit der Einführung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII im Jahr 2005 hat die Gesetzgebung die Bedeutung der abgestimmten Kooperation aller am Erziehungsgeschehen Beteiligten hervorgehoben.

Suchthilfeträger, die selbst Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, sind gemäß §8a (4) SGB VIII in ihrer Praxis dem Kinderschutz gesetzlich verpflichtet und müssen zur Gefährdungseinschätzung eine Kinderschutzfachkraft<sup>18</sup> einsetzen. Dazu haben in der Regel die öffentlichen Träger der Jugendhilfe mit den betroffenen Trägern und Einrichtungen Rahmenvereinbarungen<sup>19</sup> gem. §§ 8a, 72a SGB VIII abgeschlossen. Die meisten Träger haben deshalb eigene, auf ihre Zielgruppe bezogene Beratungsverfahren entwickelt, verfügen zum Teil über interne „insofern erfahrenen Fachkräfte gemäß §8aSGBVIII“ und kooperieren mit dem ASD/KSD<sup>20</sup>. Ziel dieser Gesetzgebung ist, frühzeitig drohende Kindeswohlgefährdungen zu erkennen und ihnen durch geeignete Hilfemaßnahmen entgegenzuwirken.

Mit dem 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) müssen nun auch Berufsgruppen außerhalb der Jugendhilfe tätig werden, wenn sie innerhalb ihres beruflichen Kontextes gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen. In diesen Fällen sollen neben weiteren genannten Berufsgruppen gemäß § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG),

- Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

<sup>18</sup> § 8a Abs. 4 Nr. 2 Insofern erfahrene Fachkraft

<sup>19</sup> Rahmenvereinbarung zur Sicherstellung des Schutzauftrages gemäß § 8a SGB VIII sowie zur Sicherstellung des Tätigkeitsausschlusses einschlägig vorbestrafter Personen gemäß § 72a SGB VIII, Hannover 2014

<sup>20</sup> Allgemeiner Sozialdienst / Kommunalen Sozialdienst



die Situation mit den Betroffenen erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen oder Beratungsangeboten hinwirken, wenn der Schutz der Kinder oder Jugendlichen dadurch nicht in Frage gestellt ist. Hierzu gehört in der Regel auch, eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen, um zu entscheiden, ob die Gefährdung so groß ist, dass dem Jugendamt die Gefährdung gemeldet werden muss.

Diese Einschätzung ist ein hoher Anspruch an die Professionen außerhalb der Jugendhilfe. Aus diesem Grund haben sie gegenüber den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine sogenannte insoweit erfahrene Fachkraft. Diese Beratung wird in der Landeshauptstadt Hannover und der Region Hannover in Kooperation als telefonische „Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen“ angeboten.

Diese Beratung kann auch in kritischen Situationen, wie Einweisung oder Entlassung der Eltern, für die betroffenen Fachkräfte der Sozialpsychiatrie, der Kliniken, Polizei, Suchthilfe und –medizin unterstützend und handlungsleitend im Umgang mit den KlientInnen als Eltern und ihren Kindern sein.

Ebenso enthält das KKG die Aufforderung zum kontinuierlichen Zusammenwirken von Jugendhilfe und anderen Trägern in verbindlichen Netzwerkstrukturen zum Kinderschutz.

### **Kindeswohl und Kindeswohlgefährdungseinschätzung in der Suchthilfe**

Die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung ist in den meisten Bereichen der Suchthilfe schwer vorzunehmen. Häufig werden die Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Kontexten nicht, oder nur selten gesehen. Neben den allgemeinen sogenannten gewichtigen Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung<sup>21</sup>, gibt es suchtmittelspezifische Risikofaktoren und besondere schädliche Lebensalltags-Bedingungen von Kindern mit Eltern die suchtkrank sind und

insbesondere bei Eltern die illegale Drogen konsumieren.<sup>22</sup> Die Fachkräfte der Suchthilfe sind mit ihrer Fachkompetenz in der Lage, eine Einschätzung bezüglich des Schweregrades der Suchterkrankung der Schwangeren / Eltern vorzunehmen. Besteht Anlass zur Annahme, dass aufgrund des Verhaltens oder der Schwere der Erkrankung der Erwachsenen das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes gefährdet ist, sind konkrete Schritte erforderlich, um die Gefährdung rechtzeitig wahrzunehmen und abzuwenden.

Die Behandlung einer Suchterkrankung erfordert eine systemische Sichtweise und die Berücksichtigung familiärer Kontexte. So müssen Suchtkranke, die eine Erziehungsverantwortung haben, in ihrer Rolle als Eltern wahrgenommen und unterstützt werden. Ebenso gilt es die Situation der Kinder wahrzunehmen. Eine Suchterkrankung der Eltern kann bereits ein Gefährdungsrisiko für die gesunde Entwicklung von Kindern darstellen. Kommt eine weitere psychische Erkrankung der Eltern hinzu (Doppeldiagnose), erhöht sich das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung deutlich. Erhalten diese Familien / Schwangeren rechtzeitig geeignete Unterstützung und Begleitung, kann einem Gefährdungsrisiko bei den Kindern entgegen gewirkt werden und ein gemeinsames Zusammenleben von Eltern und Kindern, unter kindgerechten Bedingungen, befördert werden. Für den Beratungs-Behandlungsverlauf ist es erforderlich, das Alter so wie die Lebenssituation der Kinder zu erfassen und zu berücksichtigen, welche Schutzfaktoren und welche Risikofaktoren es innerhalb der Familie gibt. Es empfiehlt sich, gleich zu Beginn eines Beratungs- / Behandlungsprozesses eine Schweigepflichtentbindung gegenüber der öffentlichen Jugendhilfe einzuholen. Für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gilt es, eine klare Haltung zum Thema deutlich zu machen, den gesamten Prozess transparent und nachvollziehbar für die Eltern zu gestalten und sie in alle Handlungsschritte einzubeziehen, sofern dies den Schutz des Kindes nicht gefährdet. Bei Anhaltspunkten auf eine Kindeswohlgefährdung sind mit den Eltern weiterführende, ergänzende Hilfen zu besprechen und es ist

<sup>21</sup> Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, Anlage 1 Rahmenvereinbarung zur Sicherstellung des Schutzauftrags gem. § 8a, § 72a SGB VIII

<sup>22</sup> Drogen- und Suchtbericht 2017, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

darauf hinzuwirken, dass diese von den Schwangeren / Eltern als zusätzliche Unterstützung in Anspruch genommen werden. Werden diese Hilfen von den Eltern nicht angenommen oder sind sie nicht ausreichend, um eine Verbesserung der Situation zu erreichen, ist die öffentliche Jugendhilfe einzubeziehen. Zur Gefährdungseinschätzung kann eine „insofern erfahrene Fachkraft nach §8a SGB VIII“ hinzugezogen werden. Die Eltern werden in diesen Entscheidungsfindungsprozess einbezogen und informiert, sofern dies den Schutz des Kindes / Jugendlichen nicht gefährdet.

Bei einer akuten Kindeswohlgefährdung (Gefahr im Verzug) ist unverzüglich die öffentliche Jugendhilfe oder die Polizei zu informieren.

Die Suchthilfe, die Jugendhilfe, die sozialpädagogische Familienhilfe sowie das Gesundheitswesen haben unterschiedliche Zugänge zu suchtkranken Eltern und deren Kindern und unterschiedliche Möglichkeiten, ihrer Verantwortung zur Sicherung des Kindeswohls nachzukommen. Wenn eine Suchterkrankung erkannt wird und die Bereitschaft besteht, sie behandeln zu lassen und Unterstützung anzunehmen, kann mit interdisziplinären Hilfen einer möglichen Schädigung der Kinder entgegengewirkt werden. Ziel ist es, eine möglichst frühzeitige, verbindliche und interdisziplinäre Kooperation bei der Erbringung von Hilfen anzustreben und sicher zu stellen. Dabei geht es sowohl um die Früherkennung von Gefährdungen, als auch um die Förderung von Schutzfaktoren in den Familienstrukturen, damit es erst gar nicht zu Gefährdungen kommt.

#### Quellen / Literatur:

- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (Hrsg.), Abhängigkeitskranke Mütter und Väter in der Suchthilfe, Eine Handreichung, FDR Texte Nr.11, Berlin 2016
- Fachzeitschrift, Frühe Kindheit / die ersten 6 Jahre 01/2017), Substanzmittelmissbrauch in der Schwangerschaft und die Folgen für die Kinder. Artikel: Hilfen für Kinder Suchtmittelabhängiger Eltern, Seite 28-34 Stilhammer M., Fiedler D.
- Kinder Drogenabhängiger Eltern - Fakten Hintergründe, Perspektiven, Klein M., Regensburg (2003)
- Drogen- und Suchtbericht 2017, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
- Suchthilfestatistik 2015 für ambulante Einrichtungen In Niedersachsen, Landesdokumentation zur ambulanten Suchtberatung und Suchtbehandlung, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
- Kooperationsvereinbarung des Arbeitskreises Familie und Sucht, Hannover 2013
- Rahmenvereinbarung zur Sicherstellung des Schutzauftrages gemäß § 8a SGB VIII sowie zur Sicherstellung des Tätigkeitsausschlusses einschlägig vorbestrafter Personen gemäß § 72a SGB VIII, Hannover 2014
- Kooperationsvereinbarung „Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen“ zwischen der Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie und der Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hannover 2015

## LEITLINIEN DER ZUSAMMENARBEIT

### Zwischen dem Kommunalen Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover, dem Allgemeinen Sozialen Dienst der Region Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover

von Anke Broßat-Warschun (Leiterin des Fachbereichs Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover), Thomas Heidorn (Leiter des Fachbereichs Soziales der Region Hannover) und Roland Levin (Leiter des Fachbereichs Jugend der Region Hannover)

#### Vorwort

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) ist Ende 2005 in einem ersten Schritt der § 8a SGB VIII - Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung - als zentrale Norm neu geschaffen worden. Er konkretisiert den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe und fordert zur vernetzten Kooperation der verschiedenen Institutionen auf, die aufgrund ihrer fachlichen Beteiligung zur Herstellung von Kindeswohl beitragen können. Das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) griff diesen Gedanken 2012 auf und konkretisierte die erforderlichen Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz.

Darunter fällt auch die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung. Für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe ist es eine besondere Herausforderung, wenn Kinder in Familien aufwachsen, in denen Eltern oder Elternteile auf Grund einer psychischen Erkrankung die Anforderungen der elterlichen Sorge zeitweise oder auf Dauer nicht erfüllen können. Zentral ist hier die Frage zu klären, ob und inwieweit Betreuung und Versorgung der Kinder sichergestellt sind. Zur Entwicklung von Hilfe- und ggf. Schutzmaßnahmen ist die Erfassung der psychischen und seelischen Gesundheit der Eltern und die Bewertung ihrer Erziehungsfähigkeit, ebenso wie die Klärung der Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder von Bedeutung.

Damit eine Vernetzung im Kinderschutz effizient und erfolgreich ist, ist die schriftliche Niederlegung präziser und verbindlich formulierter Vereinbarungen der Zusammenarbeit erforderlich. Mit den vorliegenden Leitlinien zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover und den öffentlichen Jugendhilfeträgern der Landeshauptstadt und der Region Hannover wird diese Forderung umfänglich erfüllt.

Die Leitlinien wurden 2011 veröffentlicht. 2012 und 2017 fanden Überprüfungen statt, die auf der Grundlage der Erfahrungen der beteiligten Dienste in der Umsetzung wichtige Ergebnisse für die Weiterentwicklung brachten. Die Leitlinien wurden den Erfordernissen der Praxis sowie den Neuregelungen des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) entsprechend angepasst.

Die formulierten Vereinbarungen schaffen Sicherheit in der täglichen Zusammenarbeit. Es besteht eine „glatte Schnittstelle“ mit sich nahtlos aneinanderfügenden Zuständigkeiten und Kompetenzen auf der Ebene der unmittelbaren Dienststelle und ihren vor Ort tätigen Fachkräften.

Die vorliegenden Leitlinien dokumentieren einerseits das gute Ergebnis gemeinsamer Bemühungen und sind gleichzeitig die Grundlage einer weiteren, konstruktiven und erfolgreichen Zusammenarbeit im Kinderschutz. Dazu gehört auch die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Leitlinien. Wir arbeiten weiter daran!

#### PRÄAMBEL – ZIELE DER KOOPERATION

Ziel dieser Leitlinien ist es, in entsprechenden Einzelfällengemeinsam, d.h. in Kooperation zwischen dem Allgemeinen Sozialen Dienst / Kommunalen Sozialdienst (ASD/KSD) und der Beratungsstellen für Erwachsene des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi), eine geeignete Hilfe zu erarbeiten, die im Kontext einer psychischen Erkrankung und/oder Auffälligkeit der Mutter und/oder des Vaters<sup>1</sup> die Situation der ganzen Familie berücksichtigt, wobei der Schutz der betroffenen Kinder und Jugendlichen dabei im Mittelpunkt stehen soll.

Es muss grundsätzlich eine frühzeitige Kooperation erfolgen. Ziel ist es dabei, in einen persönlichen Austausch zu kommen - und sich gegenseitig zum Sachstand und über den weiteren Verlauf zu informieren. Dabei sind die entsprechenden datenschutzrechtlichen Regelungen einzuhalten.<sup>2</sup>

Die Leitlinien regeln die **Kooperation im Einzelfall** bei

- Situationen mit einem zeitnahen oder sofortigen Handlungsbedarf
- Beratungsbedarf des ASD/KSD zur Einschätzung der psychosozialen Situation der Eltern – (Sozial-) Psychiatrische Fachberatung
- Beratungsbedarf des SpDi zur Einschätzung des Unterstützungs- bzw. Förderbedarfs von Kindern und Jugendlichen

und die **Kooperation auf der Organisationsebene** – Fallunabhängige Zusammenarbeit. Die gegenseitige Fachberatung der MitarbeiterInnen stellt dabei ein wesentliches Merkmal der Qualitätsentwicklung der beteiligten Fachdienste im Kinderschutz dar.

<sup>1</sup> Dies gilt auch für andere erwachsene Familienmitglieder, die im gleichen Haushalt leben.

<sup>2</sup> Für die Jugendhilfe gelten die Regelungen nach dem SGB VIII; für den SpDi die, Regelung der Schweigepflicht im Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover'. Es wird empfohlen, eine entsprechende Schweigepflichtentbindung mit den Eltern für die weitere Kooperation aufzunehmen. In Einzelfällen entscheidet 50.10 / Leitung des SpDi über die Weitergabe entsprechender Informationen an den ASD/KSD. In Akutsituationen ist eine Abwägung zur Datenweitergabe auf der Grundlage von § 34 StGB vorzunehmen.

## KOOPERATION IM EINZELFALL

### 1. Situationen mit zeitnahe oder sofortigem Handlungsbedarf (d.h. bei einer drohenden bzw. vorliegenden Gefährdungssituation<sup>3</sup> für Kinder bzw. Jugendliche; ggf. mit Einweisung der Eltern)

Regelungen für den SpDi auf der Grundlage von § 4 KKG<sup>4</sup>

Gibt es Hinweise oder den Verdacht auf eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls, ist mit dem Kind

oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation zu erörtern und, soweit erforderlich, ist bei diesen auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines/r Jugendlichen erfolgt zunächst eine Einbeziehung der ‚Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen‘ gemäß § 4 KKG, um eigene Unterstützungs- und Hilfsangebote sowie das weitere Vorgehen und entsprechende Handlungsabläufe im Einzelfall zu klären. Es besteht zu diesem Zweck die Befugnis, die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

Scheidet eine Abwendung der Gefährdung aus oder ist ein eigenes Vorgehen erfolglos und wird ein Tätigwerden des ASD/KSD für erforderlich gehalten, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines/r Jugendlichen abzuwenden, so besteht die Befugnis, den ASD/KSD zu informieren. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des/r Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck besteht die Befugnis, die dafür erforderlichen Daten weiterzugeben.

<sup>3</sup> Definition „Gefährdungssituation“: Es liegen Hinweise auf gravierende Betreuungs- und Versorgungsmängel, Vernachlässigungen und / oder Misshandlungen vor, die in einem Zusammenhang mit dem psychisch erkrankten Elternteil bzw. den Eltern gesehen werden. Um die weitere Entwicklung der Kinder besser einschätzen zu können, ist eine Einschätzung der Situation der Eltern notwendig. Siehe Anlage: Indikatoren bzw. „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII.

<sup>4</sup> Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

## Regelungen für beide Fachdienste

- a.** Bei Eingang einer Information über eine drohende oder bereits eingetretene Kindeswohlgefährdung im ASD/KSD oder im SpDi erfolgt i. d. R. - innerhalb einer Woche / in Akutsituationen sofort - ein **gemeinsamer Hausbesuch**. Die beiden Dienste sprechen diese Termine untereinander ab.
- b.** Die Fallverantwortung für den Schutz des Kindes liegt beim ASD/KSD. Die Fallverantwortung für die psychiatrische Versorgung der Eltern liegt beim SpDi.
- c.** Der SpDi gibt eine Einschätzung zur aktuellen psychischen Situation der Eltern und den daraus resultierenden Gefährdungsrisiken für die Kinder bzw. Jugendlichen ab. Erfolgt diese Einschätzung schriftlich, wird der Vordruck „Mitteilungsbogen“ verwendet. Der ASD/KSD bestätigt den Empfang schriftlich (Vordruck „Empfangsbestätigung“). Die Einschätzung erfolgt in jedem Fall schriftlich, wenn dies für den ASD/KSD erforderlich ist, um Schutzmaßnahmen wie z.B. eine Inobhutnahme bzw. Maßnahmen im Rahmen eines familien- bzw. vormundschaftsgerichtlichen Verfahrens einzuleiten.
- d.** Die Gefährdungseinschätzung sowie die weiteren Schritte werden im Rahmen einer Kollegialen Beratung des KSD bzw. einer Fachkonferenz des ASD bzw. im Rahmen der Hilfeplanung gemeinsam mit dem SpDi beraten. Dies gilt insbesondere, wenn es zu unterschiedlichen Einschätzungen bzw. Sichtweisen beider Dienste zum Gefährdungsrisiko des Kindes bzw. des/r Jugendlichen kommt. Wenn im Vorfeld ein Konsens beider Dienste über den Gefährdungsgrad und die weiteren Schritte besteht, ist eine Teilnahme des SpDi an den Beratungsgesprächen im ASD/KSD nicht zwingend erforderlich.
- e.** Bei Vorliegen einer Gefährdung wird ein verbindlicher Schutzplan zur Abwendung bzw. Beendigung einer Kindeswohlgefährdung unter Beteiligung des SpDi erstellt. Dieser Schutzplan ist zeitlich befristet und beinhaltet die konkreten Schutzmaßnahmen sowie ein Kontrollsystem. Er fließt bei einer möglichen Hilfe zur Erziehung (HzE) in die Hilfeplanung ein.

**f.** Es erfolgt eine gegenseitige Information, wenn Vereinbarungen aus dem Schutzplan nicht eingehalten werden oder sich Veränderungen ergeben, die sich auf die Versorgung der Kinder auswirken können. Inhalte der medizinischen Diagnose werden nicht weitergegeben bzw. bedürfen einer Entbindung von der Schweigepflicht.

**g.** Ist in Einzelfällen kein Einvernehmen zwischen dem ASD/KSD und SpDi herstellbar, muss für die Beteiligten deutlich werden, wie die jeweilige Einschätzung / Entscheidung zustande gekommen ist (Herstellen einer „relativen Akzeptanz“ im Rahmen eines fachlichen Austausches). Die jeweils nächsthöhere Hierarchieebene ist dabei zu beteiligen.

## 2. ASD/KSD benötigt eine Beratung zur Einschätzung der psychosozialen Situation der Eltern – (Sozial-) Psychiatrische Fachberatung

- a.** Benötigt der ASD/KSD im Einzelfall eine Einschätzung zur Situation der Eltern bzw. eines Elternteils, erfolgt eine - anonymisierte - Beratung mit einer Fachkraft des zuständigen SpDi. Es wird die Teilnahme des zuständigen SpDi an einer Kollegialen Beratung im KSD bzw. an der Fachkonferenz im ASD empfohlen.
- b.** Ergibt sich daraus ein Handlungsbedarf (im Sinne eines zeitnahen oder sofortigen Handlungsbedarfs), wird nach Punkt 1 weiter verfahren.
- c.** Besteht ein Unterstützungsbedarf für die Eltern, motiviert der ASD/KSD die Eltern zur Kontaktaufnahme zum SpDi und stellt diesen Kontakt nach Absprache mit diesem her.
- d.** Wird zwischen dem ASD/KSD und dem SpDi eine Aufhebung der Anonymität für notwendig gehalten, ist dafür das Einverständnis der Betroffenen einzuholen.

### 3. SpDi benötigt eine Beratung zur Einschätzung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs von Kindern und Jugendlichen (außerhalb von § 4 KKG)

**a.** Wenn der SpDi einen Beratungsbedarf zur Situation eines Kindes bzw. eines/r Jugendlichen hat, besteht die Möglichkeit einer - anonymisierten - Beratung mit der zuständigen Dienststellenleitung im KSD bzw. der Teamleitung im ASD zum weiteren Vorgehen.

**b.** Kommt eine Fachkraft des SpDi zu der Einschätzung, dass ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf für das Kind bzw. den/die Jugendliche/n vorliegen könnte, motiviert der SpDi die Eltern zur Kontaktaufnahme zum ASD/KSD bzw. zur Annahme von Hilfen des Jugendamtes. Der SpDi unterstützt die Familie bei der Kontaktaufnahme.

Grundsätzlich können der ASD/KSD und der SpDi die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Region Hannover zur Beratung bzw. Klärung hinzuziehen.

### 4. Kooperation auf der Organisationsebene – Fallunabhängige Zusammenarbeit

**a.** Die beiden Dienste tauschen sich auf Sektorenebene (Zuständigkeitsgebiet der jeweiligen Beratungsstelle) regelmäßig über aktuelle Entwicklungen und Angebote sowie zur retrospektiven Klärung von Einzelfällen aus. Diese Treffen finden mindestens einmal jährlich statt.

**b.** Die Vereinbarungen über die Zusammenarbeit sowie deren Umsetzung werden von der „AG Leitlinien SpDi - ASD/KSD“ begleitet. Die AG tagt einmal pro Jahr mit dem Ziel der Überprüfung und ggf. der Weiterentwicklung der Leitlinien sowie der Organisation von gemeinsamen Fortbildungen. Das Koordinierungszentrum Kinderschutz organisiert dieses Treffen.

### 5. Inkrafttreten

Die Überarbeitung der Leitlinien tritt am 01.01.2018 in Kraft.

### Anlagen:

1. Indikatoren und gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes oder eines/r Jugendlichen
2. Mitteilungsbogen und Empfängerliste der Jugendhilfe
3. Empfangsbestätigung der Jugendhilfe

Überarbeitet von:

- Carsten Amme, Koordinierungszentrum Kinderschutz Hannover
- Julia Bernhard, Koordinierungszentrum Kinderschutz Hannover
- Uwe Blanke, Psychiatriekoordinator und Drogenbeauftragter - Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover
- Elisabeth Schwarz, Fachbereich Jugend – Region Hannover
- Sabine Tomaske, Sozialpsychiatrischer Dienst – Region Hannover



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit  
und Gleichstellung

Landeshauptstadt



Hannover



Region Hannover



Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen dem SpDi und dem ASD / KSD |  
Ablaufschema:

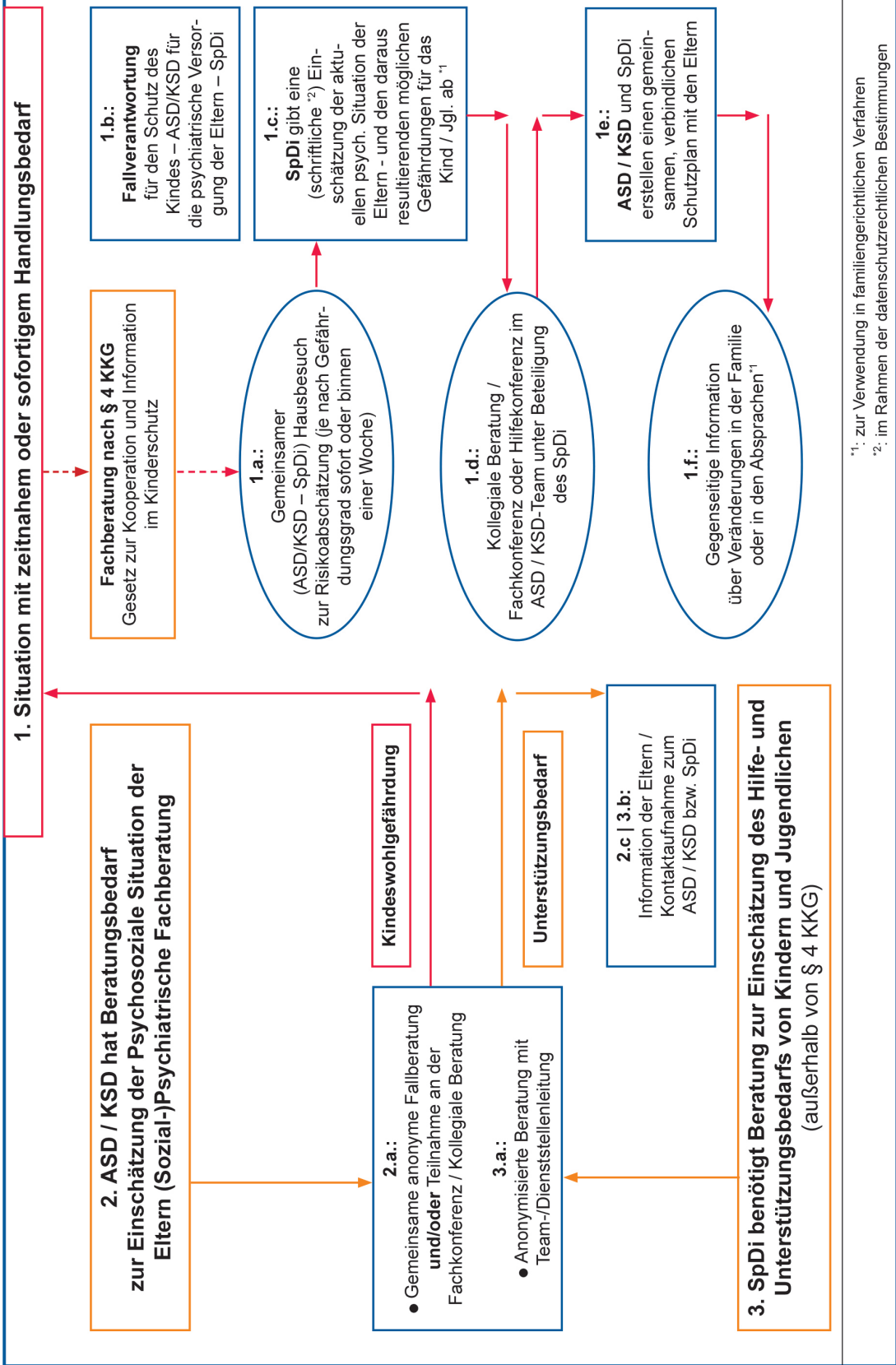




Foto: © Dreaming-Adobe-Stock.com

## REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

### Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatrieberichterstattung für das Berichtsjahr 2016<sup>1</sup>

von Hermann Elgeti (Region Hannover - Dezernat  
für soziale Infrastruktur - Stabsstelle Sozialplanung)

#### Zusammenfassung

Der Auswertungsbericht beschreibt zunächst das seit 2000 in der Region Hannover umgesetzte EDV-gestützte Konzept der kommunalen Psychiatrieberichterstattung (K-PBE). Anschließend wird die längerfristige Entwicklung der Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen dargestellt, auch im niedersächsischen Vergleich. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen von 2016 empfiehlt einen Ausbau der Landespsychiatrieberichterstattung (N-PBE) und eine verstärkte Nutzung seiner Ergebnisse für die Koordination und Steuerung des Versorgungssystems.

In der Kombination von K-PBE und N-PBE sind in der Region Hannover schon jetzt Analysen zum Ist-Zustand für einige Angebotsformen möglich. Dabei werden nicht nur Platzkapazitäten und ihre

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

Mit den in die Auswertung einbezogenen 18.518 Datensätzen dürften nach Abzug von Doppelzählungen rund 50% der Personen erfasst sein, die in der Region Hannover 2016 institutionsbezogene psychiatrische Hilfen in Anspruch nahmen. Die meisten kommen vom Sozialpsychiatrischen Dienst mit einer Zentralstelle, elf dezentralen Beratungsstellen für Erwachsene und einer für Kinder und Jugendliche. Der Umfang seiner Fallarbeit zeigt einen sehr engen Zusammenhang mit der Höhe der Arbeitslosigkeit im Einzugsgebiet. Das ist ein Hinweis auf eine bedarfsgerecht ausgestaltete wohnortnahe Versorgung, was in der Tendenz auch für die Suchtberatungsstellen und das ambulant betreute Wohnen (abW) im Rahmen der Eingliederungshilfen gilt. Die Nutzergruppen dieser drei Angebotsformen weisen einen stabil hohen Risikoscore auf, Zeichen für einen guten Zielgruppenbezug. Die Inanspruchnahme des abW ist in der Region Hannover nicht gedeckelt und liegt dennoch unter dem Landes-

<sup>1</sup> Die Anlagen, auf die im Beitrag verwiesen wird, finden sich auf der Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv) und „Empfehlungen/ Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“

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

Zur besseren Ausschöpfung des Potentials der Berichterstattung wird empfohlen:

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

## Einführung

### Rahmenbedingungen und Datenquellen:

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

auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) landesweit zur Nutzung empfohlen.<sup>2</sup> Verwendung finden auch Daten aus der Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen (N-PBE).<sup>3</sup>

### Zielsetzung, Konzeption und Durchführung:

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

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

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

<sup>4</sup> Bott OJ, Elgeti H, Schmidt S (2015): Entwicklung eines Sozialpsychiatrischen Informationsmanagement für Niedersachsen 2010-2015. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.): Jahrbuch 2014/15 Psychiatrie in Niedersachsen. Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 202-215.

**TAB. 1 | Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region Hannover**

Berichtsjahr	1998	2006	2010	2012	2014	2016
Facharztpraxen Erwachsenenpsychiatrie*			52,9	58,2	56,5	60,9
Facharztpraxen Kinder-Jugendpsychiatrie*			22,0	30,0	30,0	32,0
Psychotherapiepraxen Erwachsene*			251,8	256,8	277,5	267,6
Psychotherapiepraxen Kinder, Jugendliche*			57,0	76,0	79,3	82,5
belegte Plätze ambulant betreutes Wohnen	291	~1000	1363	1507	1521	1671
Platzkapazität Tagesklinik Erwachsene	118	136	233	271	299	348
Platzkapazität Tagesklinik Kinder, Jugendliche	5	20	20	30	42	42
Platzkapazität Tagesstätten	109	187	195	248	263	344
Klinikbetten Erwachsenenpsychiatrie	1032	865	870	870	914	914
Klinikbetten Kinder-Jugendpsychiatrie	69	98	130	109	109	109
Platzkapazität Wohnheime	525	646	1398	1535	1512	1646

\*) Vollzeitäquivalente (VZÄ) der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) zugelassenen bzw. angestellten Fachärzte für Erwachsenenpsychiatrie bzw. Nervenheilkunde (PSY bzw. NÄ) und für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sowie der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene (PTÄ bzw. PTP) und für Kinder und Jugendliche (PT-KJP), seit 2009 für die N-PBE zur Verfügung gestellt von der Kassenärztlichen Versorgung Niedersachsen (KVN).

zwischen November 2015 und Dezember 2016 in der MHH durchgeführt wurden.

## Versorgungsangebote im niedersächsischen Vergleich

### Längerfristige Entwicklung in der Region Hannover:

Eine erste Studie zum Umfang psychiatrischer Hilfen im Gesamtgebiet der Landeshauptstadt und des damaligen Landkreises Hannover führte bereits vor 50 Jahren Heiner Frost durch.<sup>5</sup> Seitdem wurden viele ambulante und teilstationäre Angebote neu geschaffen bzw. schrittweise ausgebaut. Im stationären Bereich sank die Zahl der Klinikbetten von 1967 bis 1998 um 60% (Abnahme von 2781 auf 1101), während im selben Zeitraum fast ebenso viele psychiatrische Wohn- und Pflegeheimplätze hinzukamen (Anstieg von 230 auf 1862). Nach 1998 wurden vor allem die Kapazitäten von Tageskliniken, Tagesstätten und Angeboten ambulant betreuten Wohnens stark ausgebaut (Tabelle 1).

<sup>5</sup> Frost H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. Hannover: Medizinische Hochschule (Eigendruck)

Der sprunghafte Anstieg der Wohnheimplätze in der Eingliederungshilfe (EGH) nach SGB XII zwischen 2006 und 2010 ist auf die Umwidmung bisheriger Pflegeheim-Kapazitäten (SGB XI) zurückzuführen. Die in der Region angesiedelten Wohnheime der Eingliederungshilfe betreuen einen bisher unbekanntem Anteil von Bewohnern aus anderen Kommunen. Weiterhin haben das Klinikum der Region Hannover (KRH) Psychiatrie Wunstorf und das Klinikum Wahrenndorff auch außerhalb der Region Hannover Versorgungsverpflichtungen.

### Aktueller Vergleich mit dem niedersächsischen Durchschnitt:

Die Region Hannover ist mit einer Einwohnerzahl von 1,2 Mio. bei weitem die größte kommunale Gebietseinheit in Niedersachsen und sollte alle notwendigen Hilfen für psychisch erkrankte Menschen anbieten. Andere Kommunen sind in der Regel nicht in der Lage, auf ihrem Gebiet Spezialangebote für die besonderen Bedürfnisse aller Nutzergruppen vorzuhalten. Aus diesem Grund eröffnet das NPsychKG in § 8 benachbarten Sozialpsychiatrischen Verbänden die Mög-

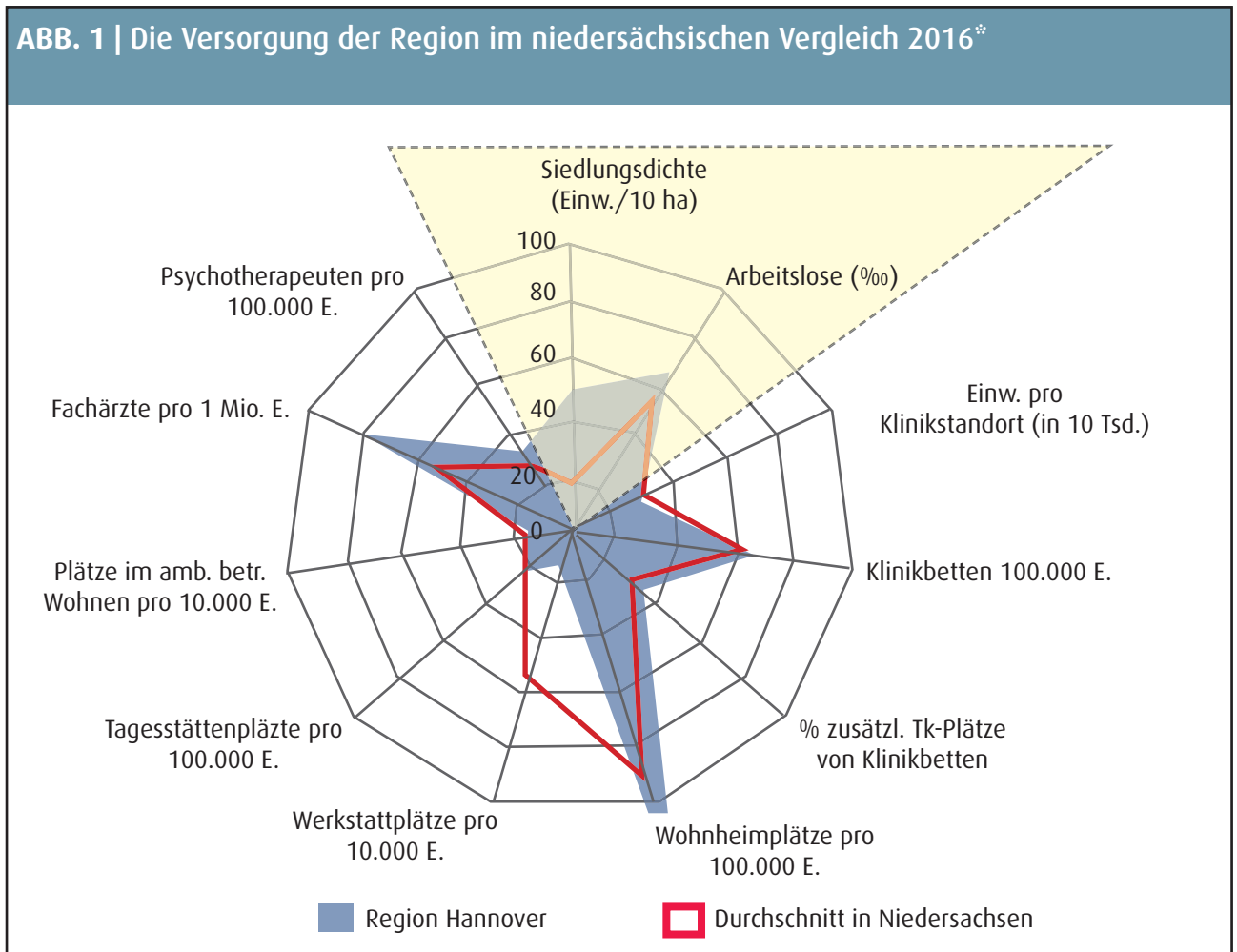
lichkeit einer Kooperation. Im Rahmen der N-PBE wird Niedersachsen in zwischenunterhalb der Ebene der ehemaligen vier Regierungsbezirke in insgesamt 12 Versorgungsregionen gegliedert (Anlage 5)<sup>6</sup>. Die Landkreise bzw. kreisfreien Städte einer Versorgungsregion sollten sich abstimmen im Hinblick auf ein arbeitsteiliges Vorgehen bei speziellen Problemlagen, für die nicht überall ein passendes Angebot vorgehalten werden kann. Niemand sollte nur wegen Art und Ausmaß seiner psychischen Beeinträchtigungen genötigt werden, sich heimatfern betreuen zu lassen.

<sup>6</sup> Elgeti H (2016): Erhebliche Ungleichheiten zwischen den Versorgungsregionen – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichtserstattung für das Berichtsjahr 2014. In: Elgeti H, Schmid R, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Jahrbuch 2016 Psychiatrie in Niedersachsen (Band 8). Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 134-148

Zur Berechnung der bevölkerung bezogenen Kennzahlen für das Berichtsjahr 2016 mussten bei der N-PBE die Sozialstrukturdaten der Einzugsgebiete aus dem Jahr 2015 verwendet werden, für die K-PBE standen schon aktuelle Daten zur Verfügung. Das Niedersächsische Landesamt für Statistik (NLS) kann die Zahlen für 2016 erst im Jahre 2018 liefern.

Zwischen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der sozialen Lage der Bevölkerung bestehen enge Zusammenhänge. In der Region Hannover gibt es aufgrund der überdurchschnittlichen urbanen Verdichtung und der vergleichsweise höheren Arbeitslosigkeit einen größeren Bedarf an gemeindepsychiatrischen Hilfsangeboten. Entsprechend umfangreicher sind die voll- und teilstationären Platzkapazitäten in

**ABB. 1 | Die Versorgung der Region im niedersächsischen Vergleich 2016<sup>\*\*</sup>**



<sup>\*\*</sup>) gelb unterlegt der Vergleich der Indikatoren zur Sozialstruktur der Kommunen



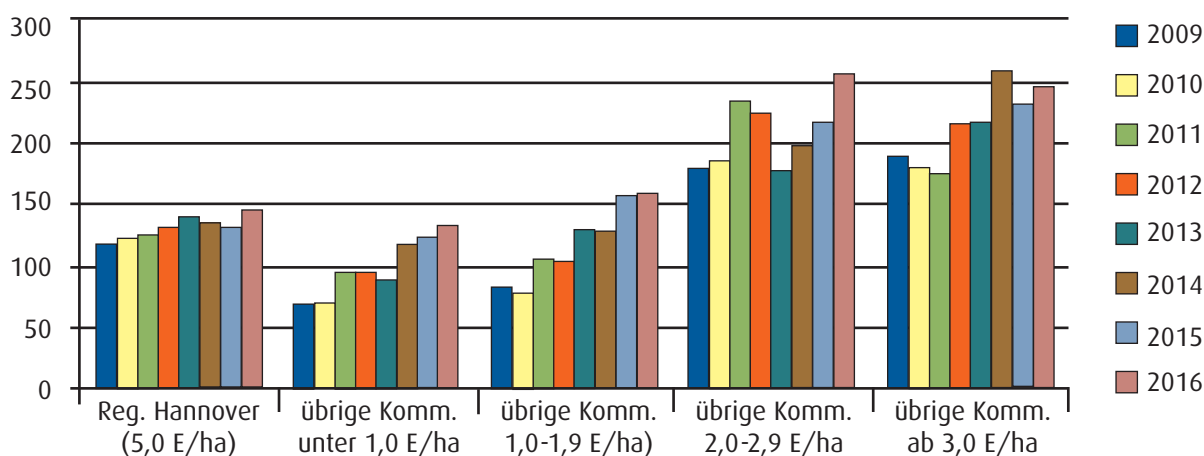
Kliniken (Betten und Tagesklinikplätze) sowie die in Praxen des KVN-Systems tätigen Fachärzte und Psychotherapeuten (Abbildung 1).

Die Platzkapazität pro 100.000 Einw. liegt bei den Tagesstätten leicht (30 versus 25) und bei den Wohnheimen deutlich (144 versus 94) über dem landesweiten Durchschnitt. Bei den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen ist nach der entsprechenden Statistik des Niedersächsischen Landeamtes für Soziales in der Region Hannover nur eine Einrichtung registriert. Zahlreiche Menschen mit seelischen Behinderungen werden allerdings in Werkstätten (WfbM) beschäftigt, die primär für Menschen mit geistiger oder Mehrfach-Behinderung zugelassen sind. Die in der Statistik für die Region Hannover ausgewiesene Platz-

ziffer von 13 pro 100.000 Einw. entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen, die sich etwa auf dem Niveau des Landesdurchschnitts bewegen dürften.

Beim ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung bzw. Suchterkrankung werden in der Region Hannover im Vergleich zum Landesdurchschnitt weniger Plätze belegt: Hier wurden Ende des Jahres 2016 146 Plätze pro 100.000 Einw. gezählt, während es im niedersächsischen Durchschnitt 179 Plätze waren, deutlich mehr noch in den Versorgungsregionen Braunschweig (201) und Göttingen (426). Abgesehen von der Region Hannover nahm die Inanspruchnahme von ambulant betreutem Wohnen in Niedersachsen seit 2009 stark zu und ist in Landkreisen mit größerer Siedlungsdichte höher (Abbildung 2).

**ABB. 2 | Umfang des ambulant betreuten Wohnens nach Siedlungsdichte\***



\*) Anzahl der belegten Plätze pro 100.000 Einw. der Kommunen



## Ergebnisse zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme

### Beteiligung der Leistungserbringer an der Berichterstattung:

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

- Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken für Erwachsene (PIA; AF 10),
- Sozialpsychiatrische Dienste für Erwachsene (SpDi; AF 50),
- Angebote der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP; AF 14)
- Angebote des ambulant betreuten Wohnens (abW; AF 13)
- spezielle ambulante Hilfen für Suchtkranke (PIA-Sucht und Sucht-BS; AF 16).

Zusammenfassende Auswertungen zu den Angaben der Einrichtungen für ihre Hilfsangebote (DB A-B) wurden bisher nur für die Jahre 2001, 2004 und 2006 erstellt, da die Beteiligung in den späteren Jahren immer unter 50% lag (Anlage 4.1)<sup>7</sup>.

Bezogen auf die patientenbezogene Berichterstattung konnten im Berichtsjahr 2016 18.518 DB C zur anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden, etwas mehr als im Vorjahr (Anlage 4.2). Den größten Teil davon liefert seit Beginn der Datenerhebung vor 15 Jahren der SpDi, der u.a. auch EGH-Maßnahmen für Menschen mit seelischen

Behinderungen plant, vor allem im abW (AF 13), in Tagesstätten (AF 23) und Wohnheimen (AF 33). Abzüglich der damit verbundenen Doppelzählungen dürften über die K-PBE bisher etwa die Hälfte der Personen erfasst sein, die in der Region Hannover von institutionellen psychiatrischen Hilfsangeboten beraten, behandelt, betreut oder begutachtet werden. Insbesondere zur Inanspruchnahme der ambulanten, teil- und vollstationären Leistungen der psychiatrischen Kliniken (AF 10-11, 20-21 und 30-32) gibt es bisher keine Informationen. Eine Ausnahme bildete in den Jahren 2001 bis 2010 die Sozialpsychiatrische Poliklinik List der MHH mit ihrer PIA (seit 2001) und ihrem tagesklinischen Programm (ab 2008).

### Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme:

Für die AF 13 und AF 50 ist die Beteiligung inzwischen so vollständig, dass eine Berechnung der regionalen Inanspruchnahmeziffer (K26) für die einzelnen Versorgungssektoren zu aussagekräftigen Ergebnissen führt (Anlage 6). Mit Einschränkungen gilt das auch für die AF 16, wobei es hier außer den von der Region geförderten Sucht-BS auch spezielle suchtmmedizinische Angebote in den Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken (PIA-Sucht) gibt, von denen keine Daten vorliegen. So könnte die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme der Sucht-BS durch Personen mit Wohnadresse im Sektor 10 (SpDi BS Langenhagen) damit zusammenhängen, dass die KRH Psychiatrie in Langenhagen eine spezialisierte PIA für Suchtkranke unterhält.

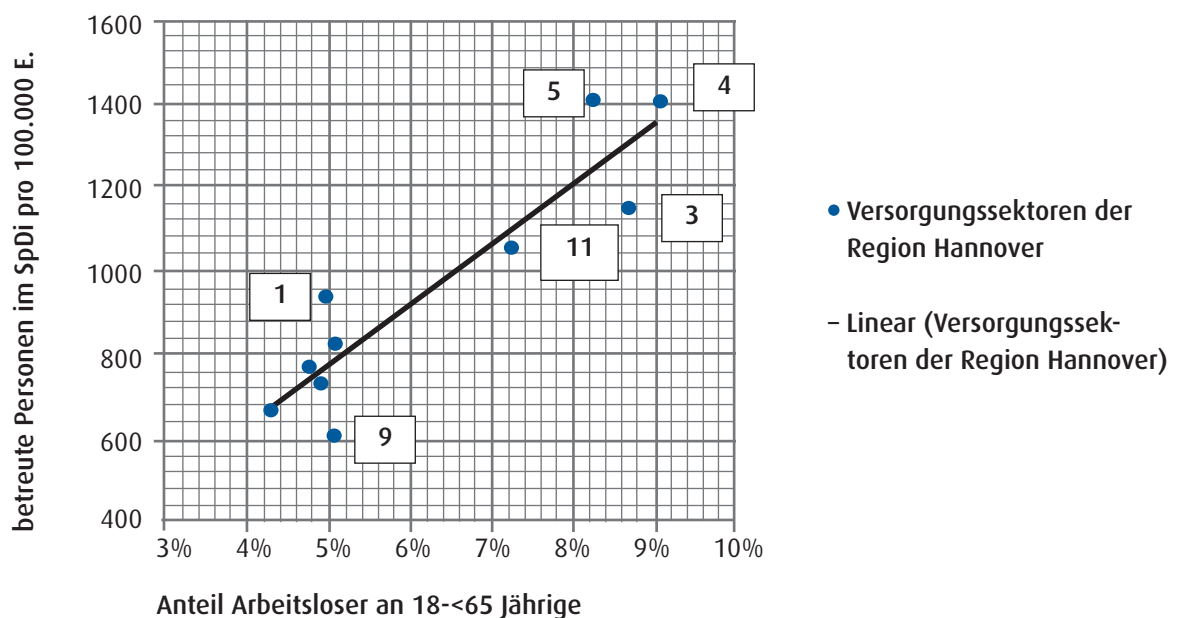
Der statistische Zusammenhang zwischen dem Arbeitslosenanteil in der Bevölkerung als Indikator für soziale Problemlagen und der Inanspruchnahmeziffer ist generell sehr groß: Beim abW beträgt die Korrelation 0,77 und bei den Sucht-BS 0,85, beim SpDi (AF 50) sogar 0,92. Die innenstadtnahen Versorgungssektoren 3, 4 und 5 stehen sowohl beim Arbeitslosenanteil als auch bei der Inanspruchnahmeziffer an der Spitze (Abbildung 3).

Im Vergleich zum linearen Zusammenhang wird das abW (AF 13) im Sektor 6 (BS Hannover-List) deutlich stärker genutzt, im Sektor 9 (BS Laatzen) in viel geringerem Ausmaß (Anlage 6). Für diese Angebotsform

<sup>7</sup> Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997-2007. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; S. 133-147

gibt es zumindest für das Umland der Region noch die Möglichkeit einer kleinräumigen Auswertung. Der Fachbereich Soziales der Region lieferte zum Stichtag 30.09.2016 eine Aufstellung der belegten Plätze, differenziert nach Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse der betreuten Personen. Zwischen den daraus berechneten Inanspruchnahmeziffern und dem Anteil von Arbeitslosen an der Bevölkerung der Umland-Kommunen ist die Korrelation im Vergleich zur Auswertung nach Versorgungssektoren sehr gering (0,43 versus 0,77).

**ABB. 3 | Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene (AF 50) und Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung\***



\*) Sektoren-Nr.: 1=BS Ronnenberg, 3=BS Plauener Straße, 4=BS Deisterstraße, 5=BS Königstraße, 9= BS Laatzen; 11=BS Roderbruch

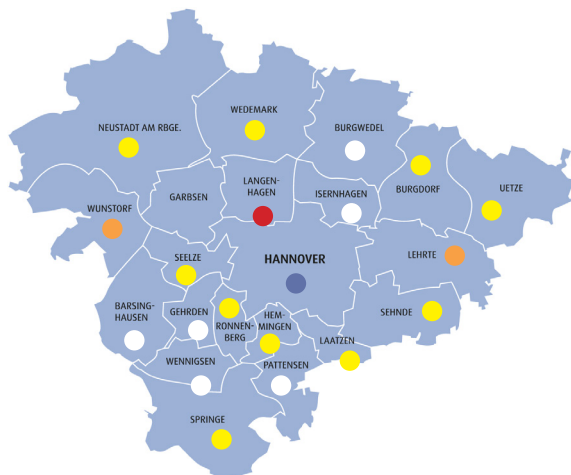
Diesem Phänomen liegen Unregelmäßigkeiten in der Versorgung zwischen den einzelnen Kommunen der Umland-Sektoren zugrunde (Abbildung 4). So werden in den Städten Langenhagen (Sektor 10), Wunstorf (Sektor 8) und Lehrte (Sektor 7) deutlich mehr Plätze im abW belegt als in den übrigen Städten bzw. Gemeinden des entsprechenden Versorgungssektors. Eine Erklärung dafür könnte die Tatsache sein, dass in diesen Städten einige größere Leistungserbringer ihren Sitz haben und Betreuungen in ihrem näheren Umfeld bevorzugen. Möglicherweise haben aber auch hilfsbedürftige Menschen im Anschluss an einen Heimaufenthalt in den betreffenden Städten vermehrt am selben Ort eine eigene Wohnung bezogen, sei es, weil sie dort eher eine bezahlbare Wohnung gefunden haben, sei es, dass sie in der Nähe „ihres“ Wohnheims bleiben wollten. Auf der anderen Seite lassen die vergleichsweise niedrigen Inanspruchnahmeziffern für die Städte Garbsen und Laatzen daran denken, dass es hier bisher nicht erkannte Bedarfe für abgeben könnte.

## Psychosozialer Risikoscore: Definition und Bedeutung

Der in der K-PBE eingesetzte psychosoziale Risikoscore (psR) wurde entwickelt, um wichtige und leicht messbare Einflussfaktoren auf den Verlauf einer seelischen Erkrankung in einer Kennzahl (K13) zusammenfassen. Aus acht psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen (Merkmale 3.1 bis 3.8 des Datenblattes C) wird der psR berechnet. Vier Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der Betroffenen (3.1-3.4), vier weitere das Ausmaß ihrer sozialen Desintegration (3.5-3.8). Je stärker die Ausprägung des Merkmals, desto höher das Risiko für einen komplizierten Verlauf der Erkrankung. Bei Nutzung des Standard-Formulars für das Datenblatt C (Anlage 1) kann der psR nur bei erwachsenen Menschen berechnet werden. Deshalb wurde für Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahre 2012 ein modifiziertes Datenblatt C entwickelt, dessen Merkmale 3.1 bis 3.8 so definiert sind, dass auch bei Personen unter 18 Jahren ein psR berechnet werden kann. Die Merkmalsausprägungen müssen zwischen 1 und 4 liegen; nur beim Merkmal „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ wird auch ein Wert 0 (bisher kein Klinikaufenthalt) mit einbezogen. Fehlt die Angabe zu einem der acht Merkmale oder lautet sie „unbekannt/ unklar“, ist eine Berechnung nicht möglich.

### ABB. 4 | INANSPRUCHNAHME AMBULANT BETREUTES WOHNEN (AF 13) NACH KOMMUNE

belegte Plätze pro 100.000 Einw. am Stichtag 30.09.2016 nach örtl. Sozialhilfeträger\*



Barsinghausen: 36	Lehrte: 127
Burgdorf: 56	Neustadt: 72
Burgwedel: 32	Pattensen: 26
Garbsen: 68	Ronnenberg: 67
Gehrden: 44	Seelze: 84
Hannover: 209	Sehnde: 61
Hemmingen: 40	Sehnde: 98
Isernhagen: 40	Uetze: 71
Laatzen: 61	WEdemark : 87
Langenhagen: 176	Wennigsen: 40
	Wunstorf: 113

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

Der Score wurde ursprünglich mit sechs Merkmalen (Merkmale 3.1-3.3 und 3.5-3.6 sowie 3.8 des Datenblattes C) bei den chronisch psychisch kranken Menschen eines Versorgungssektors zwischen 18 und 60 Jahren auf seine Aussagekraft erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für eine Langzeithospitalisation im zehnjährigen Untersuchungszeitraum anstieg mit dem Risiko bei Erstkontakt in einer der für das Einzugsgebiet zuständigen Einrichtungen.<sup>8</sup> Der Risikoscore wurde später um die Merkmale „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (Merkmal 3.4) und „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (Merkmal 3.7) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Beispiel der Nutzer von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden<sup>9</sup>.

Ein Fallbeispiel soll das veranschaulichen:

Eine 46-jährige Person

- 3.1. mit einer manisch-depressiven Psychose (Diagnosegruppe funktionelle Psychose: 3),
- 3.2. die im Alter von 28 Jahren erstmals aufgetreten ist (Alter bei Ersterkrankung 25-<45 Jahre: 3) und
- 3.3. somit seit 18 Jahren besteht (Dauer seit Ersterkrankung  $\geq 10$  Jahre: 4),

<sup>8</sup> Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft: 51-58

<sup>9</sup> Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

3.4. wurde vor sechs Jahren zum letzten Mal in der Klinik psychiatrisch behandelt (Dauer seit letztem Klinikaufenthalt 5-<10 Jahre: 3).

3.5. Sie lebt allein in eigener Wohnung (2),

3.6. ist ohne Arbeitstätigkeit (4),

3.7. trifft sich nicht täglich, aber mindestens ein Mal pro Woche mit Angehörigen oder Freunden (Freizeitkontakte mindestens wöchentlich: 2) und

3.8. bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente (vorrangiger Lebensunterhalt durch Versicherungsleistungen: 2).

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

## Ergebnisse zu den Nutzergruppen von Hilfsangeboten

### Unterschiede in der Zusammensetzung der Nutzergruppen:

Der Vergleich einiger Merkmale der Nutzergruppen und der Kontinuität ihrer Betreuung bei den verschiedenen Angebotsformen zeigt einige charakteristische Unterschiede an (Tabelle 2). Dabei bleiben diejenigen Angebotsformen unberücksichtigt, in denen sich nur ein Hilfsangebot an der Datenerhebung beteiligte oder weniger als 100 Datensätze zur Auswertung vorlagen (siehe Anlage 4.4-5).

Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der ambulanten Behandlung in den Facharzt- und Psychotherapie-Praxen der kassenärztlichen Versorgung dominie-

**TAB. 2 | MERKMALE DER NUTZUNGSGRUPPE NACH ANGEBOTSFORM 2016\***

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

AF	Angebote			Anzahl DB C	Anteil Männer	< 45 Jahre	$\geq 65$ Jahre	BtG-Betreuung	Mittelwert Risikoscore	Quartale in Betreuung
	Anzahl		Anteil							
	alle	mit DB C								
				K9	K11	K12	K13	K14	K15	
13	35	26	74 %	2.041	55 %	47 %	5 %	57 %	22,2 (65 %)	3,6
16	17	7	41 %	2.964	70 %	55 %	4 %	4 %	19,3 (53 %)	2,2
23	14	7	50 %	230	55 %	46 %	4 %	64 %	22,8 (67 %)	2,6
24	7	2	29 %	194	68 %	56 %	1 %	72 %	? (2 %)	3,8
33	22	7	32 %	276	55 %	47 %	9 %	81 %	25,7 (67 %)	3,7
34	4	3	75 %	206	86 %	45 %	6 %	40 %	26,3 (72 %)	2,9
50	12	12	100 %	11.910	54 %	47 %	13 %	43 %	21,2 (72 %)	1,7

ren bei den institutionsgebundenen psychiatrischen Hilfsangeboten in der Regel die Männer. Sie tun sich oft schwer, die ihnen angebotenen Hilfen anzunehmen und durchzuhalten, häufiger als Frauen erleiden sie auch einen ungünstigen Krankheitsverlauf. Ihr Anteil (K9) überwiegt in allen dargestellten Angebotsformen, in der ambulanten und stationären Suchthilfe (AF 16 bzw. 36) ist er mit 70% bzw. 86% besonders hoch.

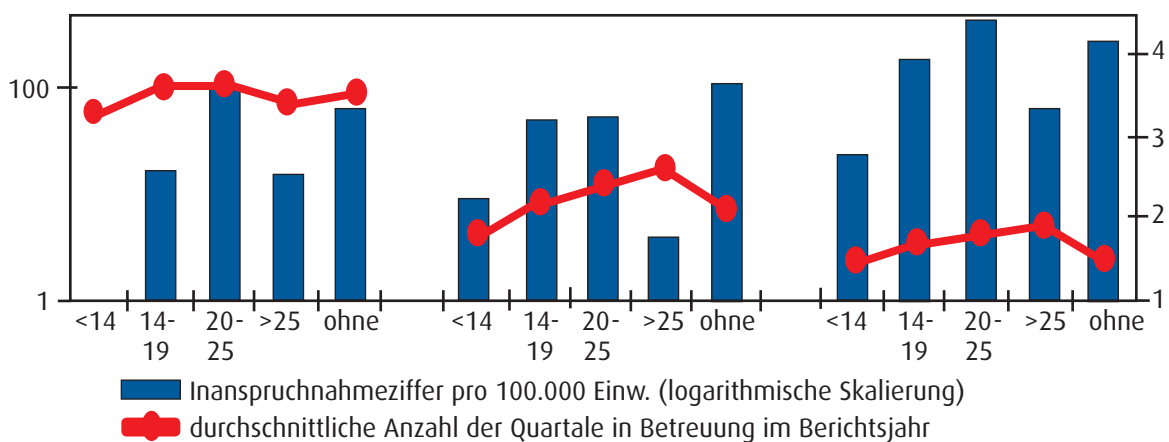
In der Suchthilfe (AF 16, 36) sind die stationär betreuten Menschen durchschnittlich älter als die ambulant betreuten (K11 und K12). Mit Ausnahme der ambulanten Suchtarbeit (AF 16) haben die betreuten Personen häufig eine juristische Flankierung (K13) in Form einer gesetzlichen Betreuung (BtG-Betreuung). Der Durchschnittswert beim psychosozialen Risikoscore (psR) der Nutzergruppen (K14) steigt von ambulanten zu teil- und vollstationären Betreuungsformen erwartungsgemäß an. Der Anteil der Datensätze mit einem auswertbaren psR als Indikator der Datenqualität ist bei den Tagesstätten (AF 23) und den Wohnheimen (AF 33 und AF 36) mit der häufigeren Nutzung des **online**-Eingabeprogramms gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Die Betreuungskontinuität (K15) ist beim abW (AF 13), bei Werkstätten (AF 24) und allgemeinpsychiatrischen Wohnheimen (AF 33) mit 3,6 bis 3,8 Quartalen pro Jahr besonders hoch.

Ein Vergleich der patientenbezogenen Kennzahlen in den AF 13, 16 und 50 mit den Vorjahren zeigt weitgehend stabile Ergebnisse (Anlage 7). Bei dem starken Anstieg der ausgewerteten Datensätze beim abW (AF 13) in den letzten Jahren kam es zu nur geringen Schwankungen bei den Durchschnittswerten der Kennzahlen. Der SpDi für Erwachsene (AF 50) lieferte erneut mehr Datensätze als im Vorjahr (11.910 versus 11.510), bei den Sucht-BS (AF 16) gab es eine geringfügige Abnahme (2.694 versus 2.841).

### Beziehungen zwischen Inanspruchnahme, Kontinuität der Betreuung und Risikoscore der betreuten Personen:

Es entspricht den sozialpsychiatrischen Grundsätzen der Hilfe zur Selbsthilfe, kurzfristige Angebote zur Konfliktberatung, Krisenintervention und Notfallhilfe für alle Betroffenen niederschwellig und ohne Wartezeit zugänglich zu machen. Längerfristige und aufwändige Betreuungen sollten sich dagegen auf Personen mit erhöhten psychosozialen Risiken konzentrieren. Sie sind sorgfältig zu planen und regelmäßig auf ihre Notwendigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Eine Möglichkeit, die Einhaltung dieses Grundsatzes empirisch zu überprüfen, ist die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Inanspruchnahme und Betreuungskontinuität nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos der Nutzergruppen entsprechender

ABB. 5 | INANSPRUCHNAHME UND BETREUUNGSKONTINUITÄT NACH RISIKOSCORE\*



\*) vergleichende Darstellung der Zusammenhänge zwischen Betreuungsdauer und Höhe des psychosozialen Risikoscore bei den Nutzergruppen des ambulant betreuten Wohnens A(F 13), der Suchtfachstellen (AF 16) und des Sozialpsychiatrischen Dienstes (AF 50) für 2016

Hilfsangebote (Abbildung 5). Bezogen auf die AF 13, 16 und 50 zeigt sich für das Berichtsjahr 2016 bei den Beratungsstellen des SpDi für Erwachsene (AF 50) und den Sucht-BS (AF 16) ein solcher Zusammenhang: Die Inanspruchnahme und die Betreuungskontinuität steigt mit zunehmendem psychosozialen Risiko an, zumindest wenn der Risikoscore, der eine Bandbreite von 7 bis 32 hat, bei den betreuten Personen unter 26 liegt. Bei Menschen mit einem sehr hohen psychosozialen Risiko ( $psR \geq 26$ ) kommen ambulante Hilfen mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten zur Steigerung der Betreuungsintensität an ihre Grenzen. Beim abW für Menschen mit seelischen Behinderungen (AF 13), das nicht für kurzfristige Hilfen gedacht ist, variiert die Betreuungskontinuität kaum zwischen Gruppen mit geringem und hohem Risiko.

### Schlussfolgerungen und Empfehlungen

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

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

Am Beispiel des abW im Umland der Region zeigt sich der Wert einer kleinräumigen Analyse der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Das ruft nach einer Modifikation des Merkmals 2.3 im DB C. Statt nur den Versorgungssektor zu erfassen, in dem die betreute

Person wohnt, könnte hier die jeweilige Wohnadresse künftig spezifischer dokumentiert werden, in der Landeshauptstadt Hannover der Stadtbezirk, im Umland der Region die Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse.

Vorgestellt werden konnte nur ein Ausschnitt aus den Auswertungsmöglichkeiten des Datenmaterials. Die Aussagekraft der Ergebnisse zur K-PBE würde weiter ansteigen, wenn sich mehr Einrichtungen an der Datenerhebung beteiligen würden. Das gilt insbesondere für die Bereiche der ambulanten und stationären Pflege (SGB XI), der ambulanten, teil- und vollstationären Behandlung (SGB V) sowie der teil- und vollstationären Eingliederungshilfe (SGB XII). Hier müssten sich die jeweiligen Kostenträger so engagieren, wie es die Region in den letzten Jahren in Bezug auf die Sucht-BS und die Angebote des abW mit Erfolg getan hat. Den Einrichtungen stehen für ihre Hilfsangebote über eine personalisierte Zugangsbeziehung für das EDV-Programm differenzierte Auswertungsmöglichkeiten nach eigenen Interessen zur Verfügung. Wenn mehr Leistungserbringer ihre Daten über *online*-Eingabe oder vorformatierte Excel-Tabellen liefern, vermindert sich der Aufwand, und die Datenqualität erhöht sich. Auch im Jahr 2017 nutzten erneut eine ganze Reihe von Leistungserbringern die beiden diesbezüglichen Schulungen, die im Mai und November in der MHH stattfanden.

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



## ANLAGE 1: Formulare zur regionalen Psychiatrieberichterstattung (DB A-C)

- **Datenblatt A** für Einrichtungsträger:
- **Datenblatt B** für einzelne Angebote eines Einrichtungsträgers: Erwachsenenpsychiatrie
- **Datenblatt C** für die patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation: Kinder- und Jugendpsychiatrie
- **Datenblatt C** für die patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation:
  
- **Download – Datenblätter A,B und C:** Die Formulare stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Download zur Verfügung.
  
- **Shortcut:** [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

## ANLAGE 2: Definition der Kennzahlen in den Auswertungsberichten

### 2.1 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

### 2.2 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 Quartalenw)
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der Patienten in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung der Pat. nach Einzugsgeb. ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen

### 2.3 Kennzahlen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet des (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

### 2.5 Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen

Nr.	Name	Definition
K26	Inanspruchnahme-Ziffer	Patienten mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Einzugsgebiet pro 100.000 Einw. dieses Geb. in den Angebotsformen / Leistungsarten
K27	Messziffer Platzangebot	Platzangebot pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes
K28	Messziffer Fachkräfteeinsatz	Vollzeitstellen Fachkräfte (Grundqualifikationen 1-3) pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes

## ANLAGE 3: Liste der Angebotsformen

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
ambulante Leistungen	10	PIA (Psychiatrische Institutsambulanz, ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene)
	11	PIA KJP (Psychiatr. Inst.-Ambulanz bzw. amb.-aufs. Dst. für Kinder und Jugendliche)
	12	KS (Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle)
	13	abW (Eingliederungshilfen durch ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII)
	14	APP (ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V bzw. SGB XI)
	15	IFD/AT (Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst nach SchwBG und andere spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung)
	16	BS Sucht (spezielle Angebote für Suchtkranke, z.B. Suchtber.- und Suchtbeh.-Stelle)
	17	BS KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Jugendpsychologischer Dienst, ambulante Hilfen gemäß KJHG)
	18	BS GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. Demenzsprechstunden und ambulante gerontopsychiatrische Pflege)
	19	SAL (sonst. amb. Leist., z.B. BtG-Betr.-Verein, Krisendienst, Soziother. n. § 35 SGB V)

### ANLAGE 3: Liste der Angebotsformen

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
teilstationäre Leistungen	20	TK PSY (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie)
	21	TK KJP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	22	TK GP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie)
	23	TS (teilstationäre Eingliederungshilfen, z.B. in einer Tagesstätte)
	24	WfbM Werkstatt für (seelisch) behinderte Menschen
	25	RPK (teilstationäre med.-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell und ähnliche spezielle Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstrukturierung)
	26	TK Sucht (Tagesklinik gemäß SGB V und VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke)
	27	TS KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder, andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche)
	28	TS GP (spez. kompl. Angeb. für alte Menschen, z.B. gerontopsych. Tagespflege-Einr.)
29	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)	

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
stationäre Leistungen	30	KL PSY (vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene)
	31	KL KJP (vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	32	KL FOR (vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs)
	33	WH (Eingl.-Hilfen gemäß SGB XII in einem spez. (Übergangs-) WH oder entspr. WG)
	34	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 (spez. kompl. Angebote für Suchtkranke, z.B. CMA-Heim)
	37	WH KJP (spez. kompl. Angebote für Kinder / Jugendliche, z.B. WH / WG gem. KJHG)
	38	WH GP (spez. kompl. Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsych. Pflegestation)
	39	SSL (sonstige stationäre Leistungen)

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
vertragsärztliche Behandlung im Rahmen des SGB V	40	KV-Ärzte PSY (psychiatrisch tätige Fachärzte)
	41	KV-Ärzte KJP (psychiatrisch tätige Fachärzte im KJP-Bereich)
	42	KV-Ärzte PT (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte)
	43	KV Ärzte PT KJP (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte im KJP-Bereich)
	44	KV-Psychologen PT (psychologische Psychotherapeuten)
	45	KV Psychologen PT (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte im KJP-Bereich)
	46	KV MVZ PSY (psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichtete MVZ)
	47	IV PSY (PSY- und PT-Angebote zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V)
	49	SAB (sonstige vertragsärztliche Behandlungsangebote nach SGB V)

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
SpDi	50	SpDi Allg (Sozialpsychiatrischer Dienst)
	51	SpDi KJP (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche)
	52	SpDi Sucht (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für suchtkranke Menschen)
	53	SpDi Ger (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für psychisch kranke alte Menschen)

#### ANLAGE 4: Beteiligung an der Psychiatrieberichterstattung 2001-2016

- **Anlage 4.1:** Anzahl der Angebote und Anteil mit Abgabe von DB A-B
- **Anlage 4.2:** Anzahl ausgewerteter DB C nach Angebotsform 2001-2016
- **Anlage 4.3:** Anzahl ausgewerteter DB C Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)
- **Anlage 4.4:** Anzahl ausgewerteter DB C ambulanter Angebote (ohne SpDi)
  
- **Download – Anlage 4:** Die Tabellen stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Download zur Verfügung.
  
- **Shortcut:** [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

#### ANLAGE 5: Kennzahlen zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen 2016

5.1: Sozialstruktur und klinisches Behandlungsangebot 2016 nach Region\*

\*) nur Kliniken, die gemäß § 15 NPsychKG an Unterbringungen beteiligt sind

5.2 ambulantes Behandlungsangebot 2016 nach Region

5.3 Eingliederungshilfen 2016 nach Region

- **Download – Anlage 5:** Die Tabellen stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Download zur Verfügung.
  
- **Shortcut:** [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

## ANLAGE 6: regionale Inanspruchnahmeziffer ambulanter Angebotsformen 2016 (Bevölkerungszahlen von 2016 nach kommunaler Statistik der LH Hannover und der Region)

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E./ha)	Abeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.			
						AF 50	AF 13*	AF 16	
2	H-Freytagstr.	Hannover	110.424	25,2	5,0%	937	208	160	159
3	H-Plauener Str.		60.457	24,9	8,7%	1141		200	265
4	H-Deisterstr.		114.710	40,6	9,1%	1392		295	292
5	H-Königstr.		105.577	29,3	8,2%	1387		250	275
6	H-List/MH		67.718	45,8	5,1%	824		233	210
11	H-Roderbruch	Badenstedt	80.297	15,3	7,3%	912	733	199	210
			12.731	28,4	9,1%				
1	Ronnenberg	Barsinghausen	35.781	3,5	3,8	733	36	98	218
		Gehrden	15.927	3,7	3,2%		44		
		Ronnenberg	25.473	6,7	5,5%		67		
		Seelze	35.700	6,6	5,4%		84		
		Wennigsen	15.077	2,8	2,8%		40		
7	Burgdorf	Burgdorf	32.313	2,9	5,5%	754	56	120	195
		Lehrte	45.541	3,6	5,1%		127		
		Sehnde	24.437	2,4	3,0%		61		
		Uetze	21.100	1,5	4,9%		71		
8	Neustadt	Garbsen	64.982	8,2	5,2%	600	68	87	223
		Neustadt	45.564	1,3	4,3%		72		
		Wunstorf	43.488	3,5	3,5%		113		
9	Lautzen	Hemmingen	20.184	6,4	3,6%	661	40	61	177
		Lautzen	44.491	13,1	6,3%		61		
		Pattensen	15.220	2,3	3,3%		26		
		Springe	30.593	1,9	4,4%		98		
10	Langenhagen	Burgwedel	21.764	1,4	3,7%	1044	32	124	118
		Isernhagen	25.066	4,2	3,0%		40		
		Langenhagen	56.830	7,9	5,5%		176		
		Wedemark	31.197	1,8	2,9%		77		
2-6,11	Stadt Hannover		554.722	26,6	6,7%	1147	208	225	237
1,7-10	Umland der Region		650.728	3,1	4,5%	719	79	98	188
1-11	Region Hannover		1.205.450	5,3	5,6%	912	139	155	210

### Anlage 6: regionale Inanspruchnahmeziffer ambulanter Angebotsformen 2016

\*) Die Inanspruchnahmeziffern für das ambulant betreute Wohnen (AF 13) in der linken Spalte beziehen sich auf die Angaben des Sozialhilfeträgers zu den Ende September 2016 belegten Plätzen (N=1671). Die kursiv gedruckten Werte der rechten Spalte sind nach der Anzahl der ausgewerteten Datenblätter C für das Berichtsjahr 2016 mit Angabe des Sektors der Wohnadresse in der Region Hannover berechnet (N=1870). Diese würden unter Zugrundelegung der nach Angaben auf dem Datenblatt C errechneten durchschnittlichen Betreuungsdauer von 3,6 Quartalen im Berichtsjahr insgesamt 101% der belegten Plätze (1683 versus 1671) ausmachen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den Angaben des Sozialhilfeträgers nicht diejenigen belegten Plätze enthalten sind, bei denen die betreuten Personen gleichzeitig teilstationäre Eingliederungshilfen erhalten, z.B. in einer Werkstatt oder Tagesstätte.

### ANLAGE 7: Nutzermerkmale ambulanter Angebotsformen 2001, 2006, 2011-2016

(Bevölkerungszahlen von 2016 nach kommunaler Statistik der LH Hannover und der Region)

Angebotsform		Anzahl DB C	Männer (K9)	< 45 Jahre (K11)	≥ 65 Jahre (K12)	jurist. Fl. (K13)	Risiko-score (K14)	Be-tr.-Kont. (K15)
ambulant betreutes Wohnen (AF 13)	2001	197	55%	60%	4%	46%	23,8	2,9
	2006	795	62%	57%	6%	57%	22,8	3,5
	2011	680	64%	48%	5%	56%	22,3	3,5
	2012	936	59%	50%	4%	57%	22,3	3,5
	2013	843	58%	48%	5%	56%	22,4	3,6
	2014	1.200	56%	49%	5%	57%	22,2*	3,6
	2015	1.716	58%	48%	6%	58%	22,2	3,6
Sucht-Beratungsstellen (AF 16)	2016	2.041	55%	47%	5%	57%	22,3	3,6
	2001	604	60%	53%	4%	1%	19,0	2,0
	2006	784	66%	51%	5%	1%	18,6	2,1
	2011	1.207	66%	46%	3%	1%	17,9	1,8
	2012	1.709	66%	45%	4%	1%	18,0	1,7
	2013	1.691	61%	49%	4%	1%	18,2	1,5
	2014	1.786	62%	46%	5%	1%	18,7	1,7
Sozialpsychiatr. Dienst AF (50)	2015	2.841	70%	55%	3%	8%	19,3	2,2
	2016	2.694	70%	55%	4%	4%	19,3	2,2
	2001	1.085	48%	52%	13%	27%	21,1	2,6
	2006	6.214	53%	47%	16%	39%	21,2	1,8
	2011	9.262	53%	48%	13%	39%	21,1	1,8
	2012	9.392	53%	48%	12%	41%	21,0	1,7
	2013	9.742	53%	48%	12%	40%	21,1	1,8
	2014	9.830	53%	47%	12%	40%	21,1	1,7
	2015	11.510	53%	47%	12%	45%	21,2	1,7
	2016	11.910	54%	47%	13%	43%	21,2	1,7

### Anlage 7: Nutzermerkmale ambulanter Angebotsformen 2001, 2006, 2011-2016

\*) ohne 64 Datensätze eines Pilotversuchs (3 Angebote) mit modifiziertem Datenblatt C zur Risikoscore-Berechnung für intellektuell Minderbegabte mit psychischen Erkrankungen (IBP)



## Welche psychisch kranken Personen erreicht der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover? - Berichtsjahr 2016

von Thorsten Sueße

(Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)

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

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

### Anzahl der betreuten Personen

**Tabelle 1** zeigt, dass im Jahr 2016 vom SpDi der Region Hannover insgesamt 8845 Personen betreut worden sind, davon 4676 männlich und 4169 weiblich. Der Anteil der Männer am SpDi-Klientel liegt in unseren ausgewerteten Jahresstatistiken stets etwas über dem

der Frauen.

Der Tabelle ist außerdem zu entnehmen, dass die Anzahl der betreuten Personen in den letzten neun Jahren immer mehr zugenommen hat.

### Altersgruppen der betreuten Personen

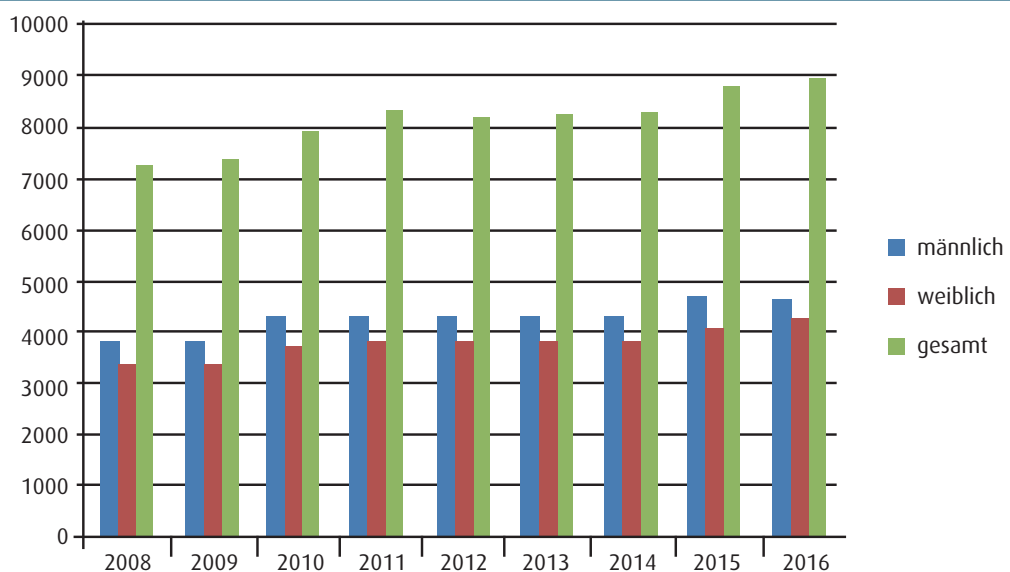
Erwartungsgemäß hat der SpDi laut **Tabelle 2** am häufigsten mit erwachsenen Personen in der Altersgruppe von 25 bis unter 65 Jahren zu tun. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die prozentuale Verteilung der vom SpDi betreuten Altersstufen insgesamt stabil.

### Psychiatrische Diagnosen

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

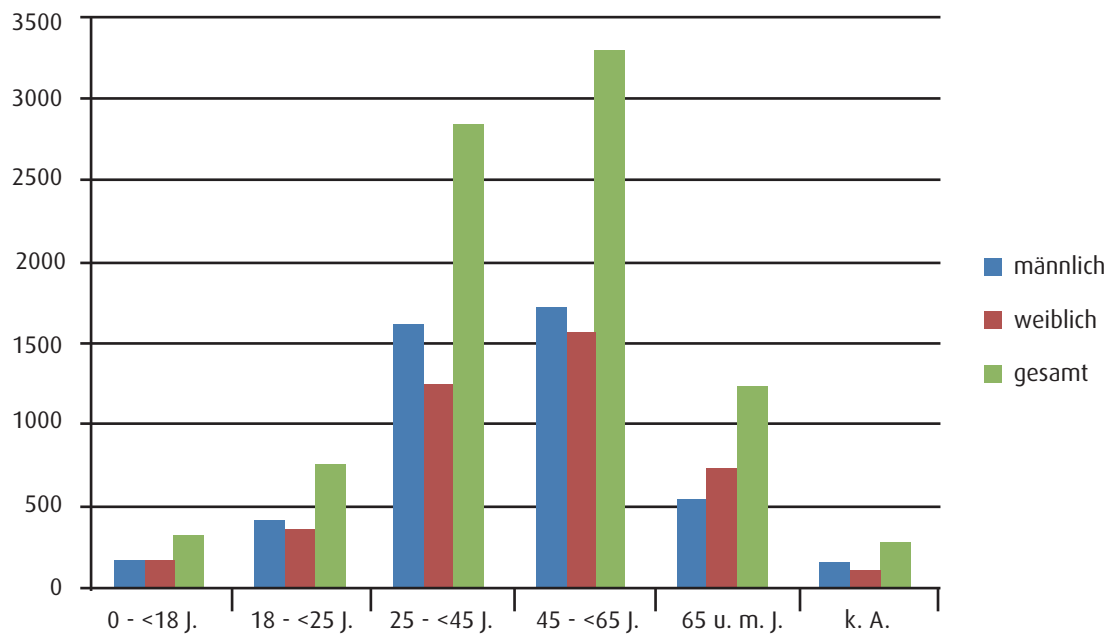
**TAB 1 | ANZAHL DER BETREUTEN PERSONEN**

Anzahl der vom SpDi betreuten Personen (2008-2016)

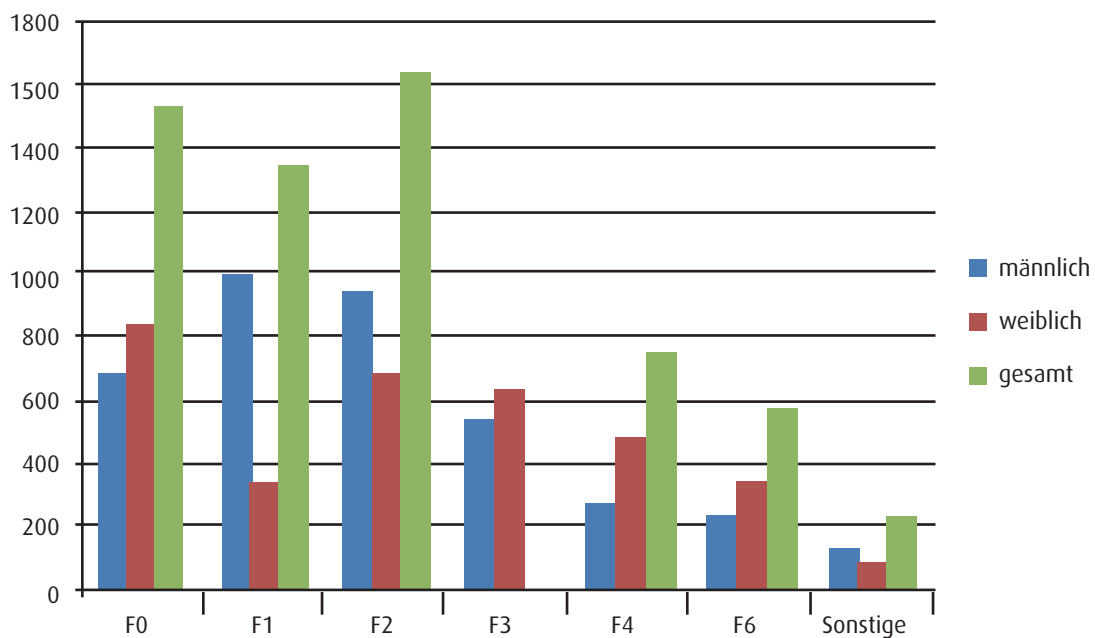


**TAB 2 | ALTERSGRUPPEN DER BETREUTEN PERSONEN**

Alter der vom SpDi 2016 betreuten Personen

**TAB 3 | PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN**

Psychiatrische Diagnosen der 2016 vom SpDi betreuten Personen



F0 = organische Störungen  
F4 = Belastungsstörungen

F1 = Suchterkrankungen  
F6 = Persönlichkeitsst.

F3 = affektive Störungen

### Vertragsärztliche Behandlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst

Die Ärztinnen und Ärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene auf dem Gebiet der Landeshauptstadt verfügen über eine Behandlungsermächtigung, um diejenigen psychisch (schwer-)kranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend von den niedergelassenen Nervenärzten erreicht werden, vertragsärztlich behandeln zu können. Die Anzahl der in den letzten drei Jahren behandelten Personen lag **gemäß Tabelle 4** insgesamt bei 666 (2014), 730 (2015) und 873 (2016). Für das Umland der Region Hannover hat der SpDi die vor Jahren beantragten Behandlungsermächtigungen nie erhalten.

### Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe

Die Anzahl der vom SpDi durchgeführten Hilfeplanungen für Eingliederungshilfe hat sich momentan auf einem hohen Plateau eingependelt (**Tabelle 5**).

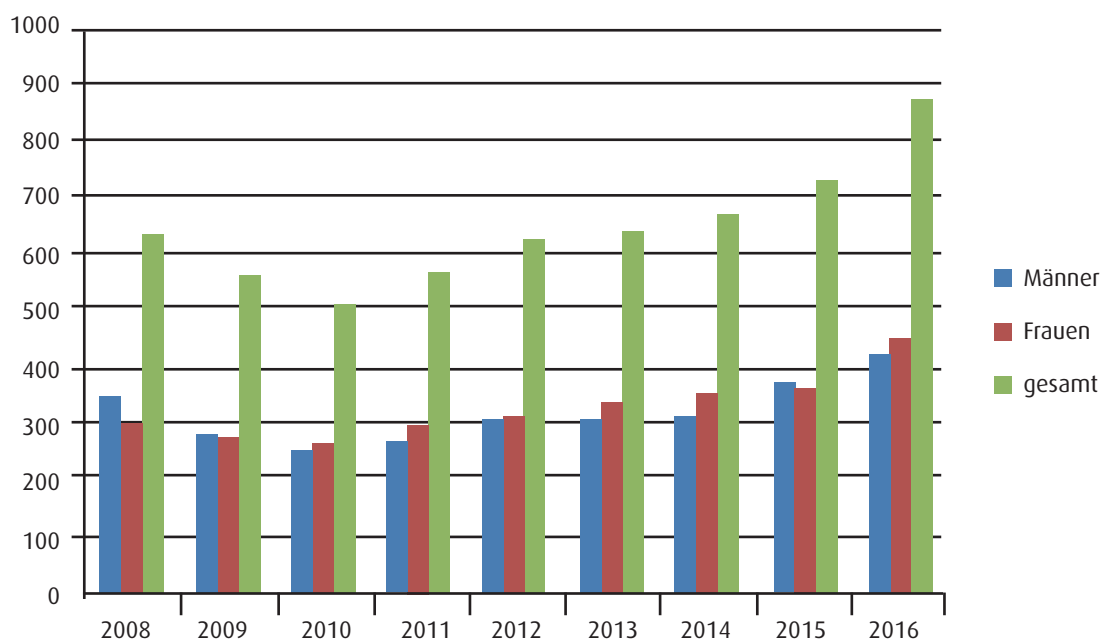
2016 waren es 3510 personenzentrierte Hilfeplanungen (für 1977 Männer und 1526 Frauen), 2015 waren es 3630 (für 2100 Männer und 1530 Frauen) und 2014 waren es 3473 (für 2034 Männer und 1439

Frauen).

### Aufsuchende Tätigkeit

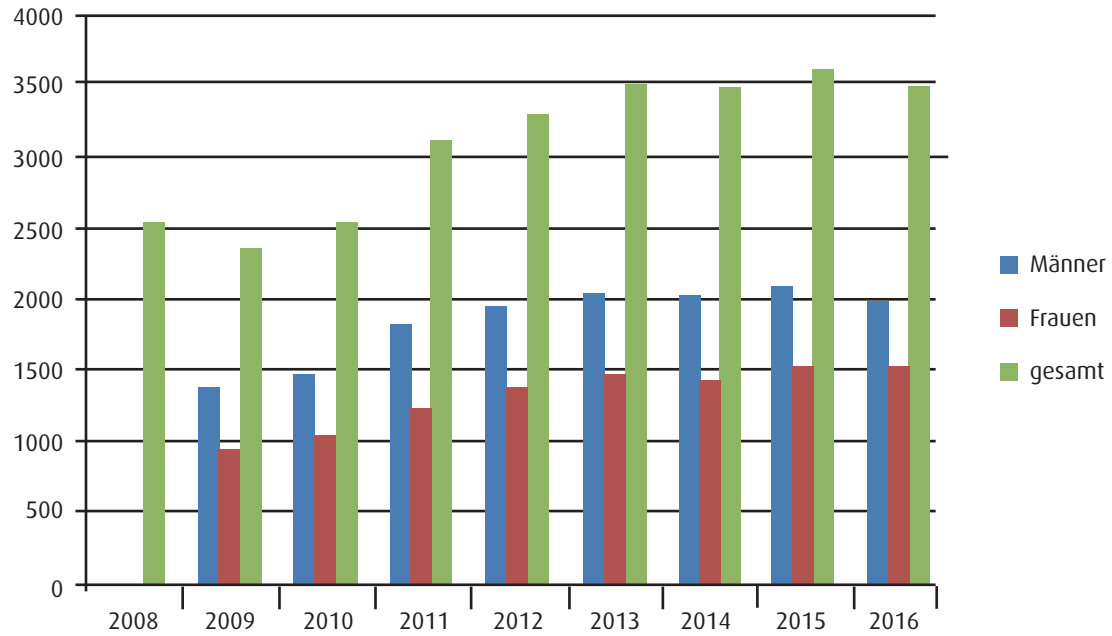
Eine Kernkompetenz des SpDi ist seine aufsuchende Tätigkeit, also die Erbringung von Hilfeleistungen außerhalb der Dienststelle (wie Untersuchung und Beratung von psychisch kranken Personen in deren Wohnung oder z. B. in Polizeikommissariaten oder sonstigen Behörden). In den letzten Jahren ist die Anzahl der auswärts erbrachten Hilfeleistungen – **wie Tabelle 6** zeigt – wieder angestiegen: von 5705 (2013) über 6270 (2014) und 6672 (2015) bis zu 7504 (2016).

**TAB 4 | VERTRAGSÄRZTLICHE BEHANDLUNG DURCH DEN SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENST**  
Anzahl der vom SpDi betreuten Personen (2008-2016)

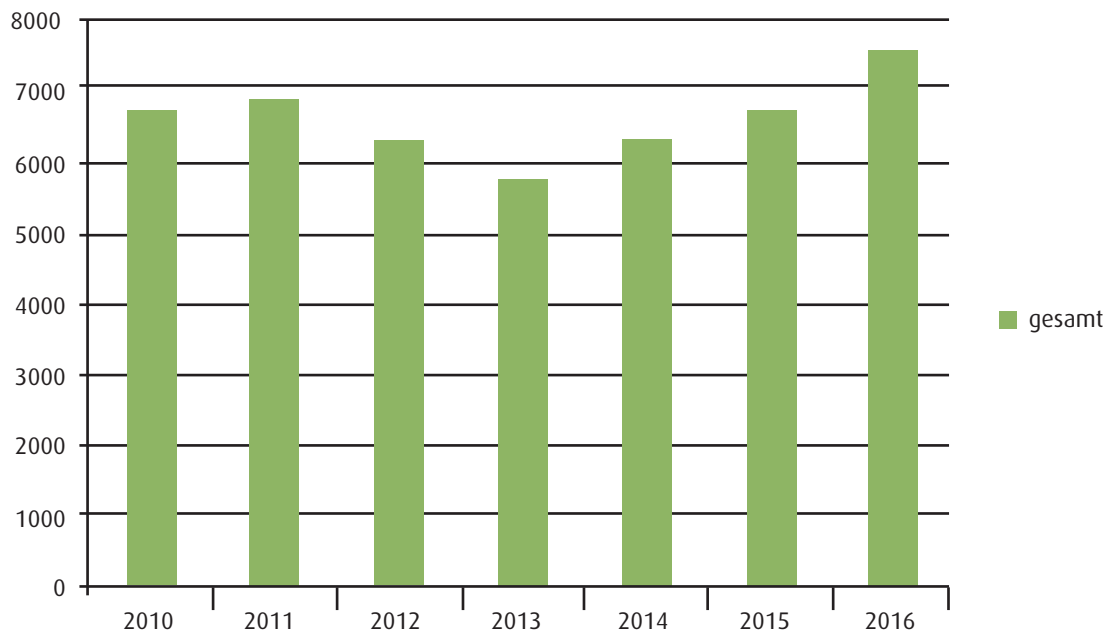


**TAB 5 | BEDARFSERMITTLUNG VON EINGLIEDERUNGSHILFE**

Vom SpDi durchgeführte Bedarfsermittlungen für Eingliederungshilfe

**TAB 6 | AUFSUCHENDE TÄTIGKEIT**

Vom SpDi außerhalb der Dienststelle erbrachte Hilfeleistungen („Hausbesuche“)



## Bericht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe

von Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer  
und Therese Schäfer  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

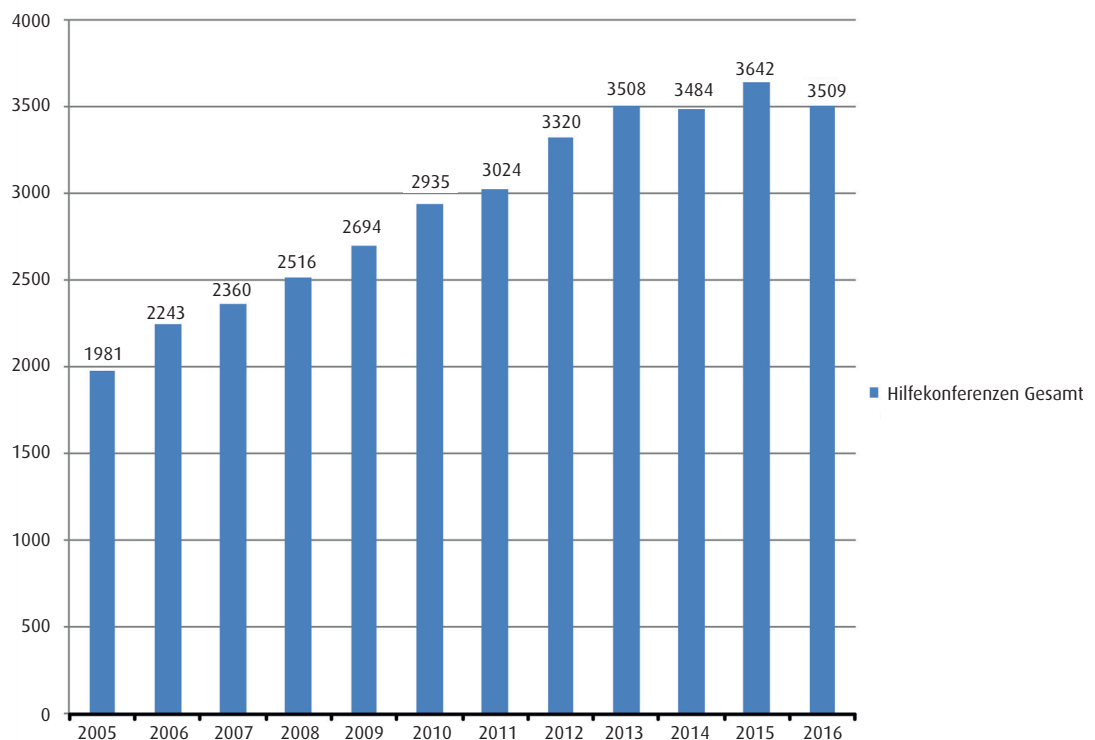
Die Anzahl der Hilfekonferenzvorgänge hat sich 2016 im Vergleich zum Vorjahr etwas reduziert. In geringem Maße ist dabei auch die Zahl der Erstkonferenzen – und damit der Erst- und Neuanträge – zurückgegangen. Ob sich hier nun ein „Einpendeln“ der Fallzahlen auf ein relativ gleiches Niveau abzeichnet, ist noch nicht absehbar.

Der Anteil der Hilfekonferenzen, die in der Fachsteuerung durchgeführt wurden, hat sich in 2016 im Vergleich zum Vorjahr erhöht – von absolut 982 auf 1103 Hilfekonferenzen, was prozentual einen Anstieg von

27% auf 31% der Gesamtvorgänge im SpDi bedeutet. Aus personellen Gründen war es notwendig, Hilfekonferenzen aus den Beratungsstellen in der Fachsteuerung zu übernehmen, um die Wahrnehmung der anderen originären Aufgaben in den Beratungsstellen weiterhin zu gewährleisten.

Bereits im letzten Sozialpsychiatrischen Plan wurde darauf hingewiesen, dass bei der hohen Anzahl der Hilfekonferenzvorgänge und gleichbleibender Mitarbeiterzahl das persönliche Gespräch zur individuellen Hilfeplanung nicht mehr in jedem Einzelfall möglich ist. Das bedeutet Einbußen bei der Qualität der Bearbeitung, da die Hilfekonferenz als Forum des Klienten zur Bedarfsermittlung notwendigerweise der schnelleren Bearbeitung und Empfehlungformulierung nach Aktenlage weicht. Der Anteil der nach Aktenlage durchgeführten Hilfeplanungen liegt in der Fachsteuerung in den letzten 3 Jahren bereits bei durchschnitt-

TAB 7 | FALLZAHLENENTWICKLUNG HK'S SPDI GESAMT 2005-2016



lich 40 %.

Aus Sicht der Fachsteuerung ergibt sich hier die Frage, wie perspektivisch den Anforderungen des **BTHG** an das Gesamtplan- bzw. Teilhabeplanverfahren begegnet werden kann.

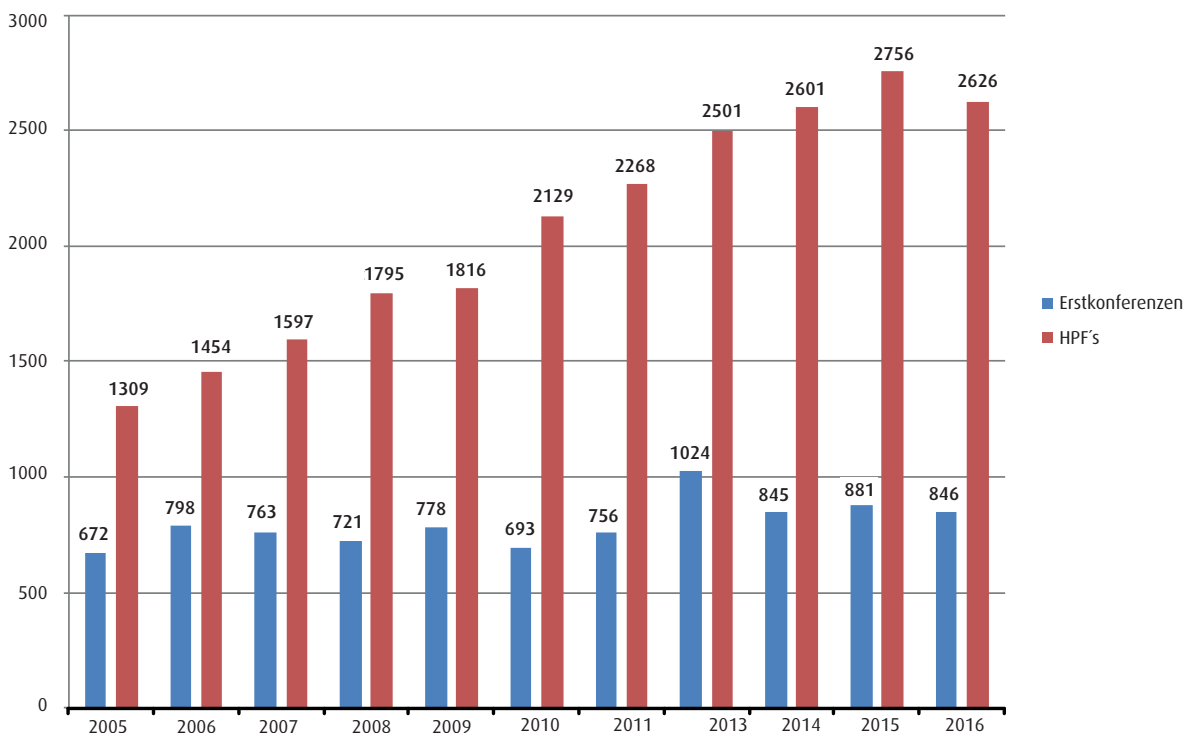
Die enge Zusammenarbeit von Verwaltung und SpDi in der Hilfeplanung, wie sie in der Fachsteuerung konzeptionell bereits seit 2006 gelebt wird, wird bereits seit 2017 beginnend und perspektivisch noch mehr auf die Beratungsstellen ausgeweitet, um das Fallmanagement (bestehend aus einem fallverantwortlichen Verwaltungsmitarbeiter und einem Sozialpädagogen unter Einbeziehung der Medizin) flächendeckend zu etablieren.

Diese konzeptionelle Entwicklung ist dadurch erschwert, dass notwendige Entscheidungen noch nicht getroffen sind, z.B. ist bisher (Stand November 2017)

vom Land Niedersachsen nicht entschieden, wer ab 2020 Träger der Eingliederungshilfe wird. Daraus ergibt sich die Problematik, dass die konzeptionelle Entwicklung auf der „Vermutung“ dass der Region Hannover diese Aufgabe zukommt, basiert.

Die besondere Situation mit der Landeshauptstadt Hannover (LHH), die derzeit eigenständig überörtlicher Träger der Sozialhilfe und als örtlicher Träger von der Region herangezogen ist, führt ganz aktuell dazu, dass unterschiedliche Bearbeitungskonstellationen entstehen. Die LHH wird ab 2018 für den überörtlichen Träger die Hilfeplanungen ohne die Beteiligung des SpDi durchführen. Hier gilt es, in Absprache mit der LHH die Übergänge nach Möglichkeit fachlich sinnvoll zu gestalten (z.B. bei Bezugspersonenwechsel bei langjähriger Hilfeplanung). Die Herausgabe des Bedarfsermittlungsinstrumentes in Niedersachsen,

**TAB 8 | ENTWICKLUNG FALLZAHLEN ERSTKONFERENZEN UND HPF'S**





kurz B.E.Ni., vom Land Niedersachsen im November 2017 mit der Anweisung, dieses Formular ab 01.01.2018 zur Hilfebedarfsermittlung verbindlich zu nutzen, erfordert ebenfalls eine Anpassung der bisherigen Strukturen. B.E.Ni. ist ein ICF-basiertes Instrument. Es wird zu prüfen sein, wie sich die bisherige Gesprächsführung in der Hilfeplanung mit den Anforderungen der ICF-Kodierung und neuer möglicher Verfahrensabläufe vereinbaren lassen.

Die Fachsteuerung ist durch die Beteiligung an der notwendigen konzeptionellen Anpassung des bisherigen Hilfekonferenzverfahrens an das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren nach BTHG bemüht, die Verfahren sowohl für die Klienten als auch für alle anderen am Verfahren Beteiligten transparent zu halten. Zudem geht es um eine adäquate Durchführbarkeit, die die Besonderheiten individueller Situationen berücksichtigt. Inwieweit hier Einflussmöglichkeiten vorhanden sind, lässt sich derzeit nicht absehen.

Es bleiben offene Fragen, die sich erst im Verlauf 2018 und der folgenden Jahre klären lassen. Hiervon wird ggf. auch die weitere Fallzahlenentwicklung im SpDi abhängen.



Foto: © freshidea-stock.adobe.com

## SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

### Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien

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

#### Organisationsstruktur:

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

- Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, die Vollversammlung des SpV, mit aktuell 105 Mitgliedern (Stand Dezember 2017) tagt monatlich

- Die 13 Fachgruppen des AKG, haben im Durchschnitt 20 Mitglieder, arbeiten themenspezifisch und berichten dem AKG regelmäßig
- Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie – RFP, berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover, tagt vierteljährlich
- Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften arbeiten in den Einzugsgebieten der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Die Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle / Ombudsstelle ist ehrenamtlich besetzt und tagt monatlich.

Die Übersicht über die Gremien den SpV finden Sie auf der Seite 81.

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

#### Aufgaben:

Die Psychiatrie-Enquete lenkte die Blicke der Fachwelt und der Politik auf die Personengruppen, die in Folge ihrer psychischen Erkrankungen besondere Beein-

trüchtigungen erlebten und die an die Qualität der Behandlung und der komplementären Dienste besondere Anforderungen stellt. Diese Betrachtungsweise schlägt sich bis heute nieder in den Aufgabenbeschreibungen für die Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden (z.B. Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV). Die Kernaufgaben der Verbundarbeit in der Region Hannover sind daher:

- Analyse und Dokumentation der jeweils bestehenden Ausgangsbedingungen
- Orientierung in Bezug auf die schwer Kranken
- Orientierung auf Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten im gemeindenahen Rahmen
- Einbezug der Perspektiven von Betroffenen und Angehörigen
- bei Bedarf Entwicklung von neuen Angebotsinhalten
- Vernetzung der Angebote im Sinne der Betroffenen
- Themenspezifische Zusammenführung von Kostenträgern und Leistungserbringern im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik

## Die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie AKG	Regionaler Fachbeirat Psychiatrie RFP	Fachgruppen des AKG FG	Sektor Arbeitsgemeinschaften SAG	Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle Ombudsstelle
<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes § 8 NPsychKG</li> <li>• Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen</li> <li>• Einsetzung und Beauftragung der Fachgruppen</li> <li>• Wahl des Vorstandes</li> <li>• Beteiligung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans § 9 NPsychKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der RFP berät die Dezernentin/den Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG und die psychiatrischen Angebote und Bedarfe ergebenden Fragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbeiten hierzu Lösungsvorschläge</li> <li>• Wahl der Sprecherin/Sprecher für die jeweilige Fachgruppe</li> <li>• Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelfallbezogene Koordination und Vernetzung der bestehenden sektorbezogenen ambulanten, stationären Hilfen</li> <li>• Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf</li> <li>• Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohnerinnen/ Bewohner des Einzugsgebietes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängige Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, bzw. nahestehende Personen</li> <li>• Zuständigkeit für das Gebiet der Region Hannover</li> <li>• Die Ombudsstelle arbeitet unabhängig, vertraulich und kostenlos</li> </ul>
<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG</li> <li>• Leiterin/Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes</li> <li>• Vertreterinnen/Vertreter der Selbsthilfegruppen und Berufsverbände</li> <li>• Sprecherinnen/ Sprecher der Fachgruppen</li> <li>• Gäste mit beratender Stimme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezernentin/ Dezernent für Soziale Infrastruktur der Region Hannover als Vorsitzende/r</li> <li>• 4 durch die Dezernentin/Dezernenten in benannte Mitglieder</li> <li>• 4 vom AKG zur Berufung durch die Dezernentin/den Dezernenten in vorgeschlagene Mitglieder (je 1 Vertreterin/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, 1 Vorsitzende/Vorsitzender des AKG, 1 Vertreterin/Vertreter der freien und gemeinnützigen Träger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der AKG setzt die Fachgruppen ein</li> <li>• Die personelle Zusammensetzung wird von den Fachgruppen selbst festgelegt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren, sowie Vertreterinnen/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 7 ehrenamtliche Mitglieder (1 Vertreterin/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, 1 Vertreterin/Vertreter der Angehörigen, 1 Bewohnerin/Bewohner mit sozialem Engagement, 1 Bewohnerin/Bewohner mit juristischen Sachkenntnissen, 2 weitere)</li> <li>• Die Berufung erfolgt alle 2 Jahre durch die Dezernentin/den Dezernenten für soziale Infrastruktur</li> </ul>
Geschäftsordnung vom 07.02.2002 / 03.03.2016	Geschäftsordnung vom 03.07.2003 / 07.06.2012			Geschäftsordnung vom 15.03.2006 / 01.01.2016

## TÄTIGKEITSBERICHTE DER GREMIEN DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERBUNDES

### Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

von Sabine Kirschnick-Tänzer  
(Vorsitzende des Arbeitskreises Gemeinde-  
psychiatrie)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie tagt als Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (§ 8 NPsychKG) weiterhin jeweils am ersten Donnerstag im Monat für anderthalb Stunden und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition, der höchsten Kontinuität und einer gleichbleibenden hohen Beteiligung. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 105 stimmberechtigte Mitglieder, eine hohe Anzahl an nichtstimmberechtigten Mitgliedern und von Gästen mit beratender Stimme an. Hinsichtlich der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung der Angebote in den Bereichen Therapie, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 87 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 220 Angeboten für Psychisch Kranke aus der Region Hannover weiterhin vertreten. Insgesamt stagniert die Angebotserweiterung derzeit, eine weitere Entwicklung wird im Rahmen der Umsetzung des BTHG abzuwarten sein.

Besondere Merkmale im Kontext des inzwischen in vielerlei Hinsicht, u.a. auch gerade im Nds. Landespsychiatrieplan, geforderten *triologischen* Prozesses sind im AKG die Mitgliedschaft und aktive Beteiligung des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (AANB). Betroffene, EX-IN Genesungsbegleiter und Angehörige sind nicht zuletzt dadurch frühzeitig und nachhaltig weiterhin in den fachlichen Diskussionsprozessen gefordert, beteiligt und nehmen entsprechend Einfluss.

Der in 2016 durch den Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPPN) des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ausgelöste rege Diskussionsprozess in den einzelnen Fach-

gruppen des AKG sowie in den AKG-Sitzungen hat in 2017 bisher den eingeschlagenen Weg in der Region Hannover bestätigt. Die Bestandsaufnahme in den einzelnen Fachgruppen ist noch nicht abgeschlossen. Seitens des Sozialpsychiatrischen Verbundes wird insbesondere, wie im LPPN gefordert, weiterhin die Gründung von GPZ (Gemeindepsychiatrisches Zentrum) als notwendig erachtet, um die Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen verbessern zu können.

Weiterhin haben an den Sitzungen des AKG im Berichtszeitraum durchschnittlich ca. 70-80 Personen (davon ca. 25 – 30 stimmberechtigte Mitglieder) teilgenommen. Damit zeichnet sich kontinuierlich ein gesteigertes Interesse an der Teilnahme ab. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme ist als Ausdruck für die besondere Qualität des regelmäßigen fachlichen, *triologischen* Austausches mit aktuellen Themen zu verstehen.

Bewährt hat sich dabei, in der Dezember AKG Sitzung die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Themenwünschen zu befragen und diese in die Planung für das kommende Jahr einzubeziehen. Nach 10jähriger Tätigkeit im Vorstand des AKG hat Herr Ali Türk vom Institut für Transkulturelle Betreuung nicht wieder bei den Vorstandswahlen kandidiert. Weiterhin sind Frau Sabine Kirschnick-Tänzer (KRH-Psychiatrie Wunstorf) Vorsitzende und Herr Michael Sandau (KRH-Bildungszentrum) stellvertretender Vorsitzender. Neu in den Vorstand wurde mit Herrn Moritz Radamm (STEP gGmbH) erstmalig ein Vertreter der Suchthilfe in den Vorstand gewählt.

### Folgende Themen wurden bearbeitet:

#### 02.02.2017

- RE\_StaRT-Ambulante Beratung für Menschen in sozialen Notlagen (EHAP-Projekt)
- Weiterbildung für Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung KRH-Ausbildungszentrum  
Sachstand: Struktur, Curriculum, Beginn, Kosten
- Psychosozialer / Psychiatrischer Krisendienst -  
Berichterstattung

**02.03.2017**

- Psychosozialer / Psychiatrischer Krisendienst Berichterstattung Teil II
- Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen- Aufgaben und Perspektiven
- Landespsychiatrieplan Niedersachsen – Aktueller Stand der Umsetzung aus
- Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

**06.04.2017**

- Kurzbericht der FG Soziale Wiedereingliederung
- Bundesteilhabegesetz (BTHG)- Umsetzung in der Region Hannover
- Sozialpsychiatrischer Plan 2017 - Psychisch kranke Flüchtlinge: Neue Herausforderungen?
- Sozialpsychiatrischer Plan 2018 – Themenauswahl
- Gemeindepsychiatrische Zentren: Sachstand

**04.05.2017**

- Zur Situation der niedersächsischen Betreuungsvereine aus Sicht Betreuungsgericht, Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Arbeitskreis der freiberuflichen Betreuer, Betreuungsvereine und Institut für transkulturelle Betreuung
- Sachstand Umgang der Region mit dem Verlust der vertragsärztlichen Behandlungsermächtigungen im Sozialpsychiatrischen Dienst zum 30.09.2017

**01.06.2017**

- Kurzbericht der FG Gerontopsychiatrie
- Vorstellung Ärztlicher Direktor Der KRH Psychiatrien Wunstorf / Langenhagen Prof. Dr. med. Sieberer
- Pflegestärkungsgesetze II und III – Änderungen und Auswirkungen für die Pflegebedürftigen Hannover
- Verändertes Klientel in geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtungen: Heinemannhof / Henriettenstiftung / Bethel im Norden Teil I

**03.08.2017**

- Verändertes Klientel in geschlossenen Einrichtungen Teil II
- Selbsthilfegruppen bei psychischen Störungen / Erkrankungen - KIBIS
- Benennung der VertreterInnen des AKG für die Neuberufung durch den Dezernenten für Soziale Struktur in den Regionalen Fachbeirat (RFP) Angehörige und Leistungsanbieter
- Sachstand Weiterbildung Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung (FSB) und Sozialpsychiatrische Fachweiterbildung (SPF) KRH Weiterbildungszentrum

**07.09.2017**

- Die neuen Psychotherapierichtlinien – Sprechstunden, Akutversorgung
- Sachstand Verordnungsgenehmigungen ab dem 01.10.2017 für den SpDi

**02.11.2017**

- Kurzbericht der FG Inklusion
- BTHG – Erfahrungen, Entwicklungen und Perspektiven
- BTHG – Sachstand Umsetzung in der Region Hannover
- Wahl des AKG Vorstandes für die Zeit 01.01.2018-31.12.2019
- Vorstellung neues Psychoseforum

**07.12.2017**

- Glücksspiel – Faszination, Anreize, Probleme und Gefahren / Niedersächsische Landesstelle für Sucht und Suchtprävention
- Regionale Psychiatrieberichte
- Verabschiedung von Herrn Ali Türk aus dem Vorstand des AKG

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



## Bericht des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie (RFP)

von Hermann Elgeti

(Region Hannover - Dezernat für soziale Infrastruktur - Stabsstelle Sozialplanung)

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur (Herr Jordan), der den Vorsitz führt, in allen das NPsychKG betreffenden Fragen; seine Arbeit ist in einer 2012 aktualisierten Geschäftsordnung geregelt. Der RFP tritt in der Regel in dreimonatlichen Abständen zusammen, die Termine im Berichtsjahr waren der 02. Februar, 18. Mai, 03. August und 02. November. Die Mitglieder des RFP werden vom Dezernenten für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen. Für jeden Termin wird im Vorhinein die Besprechung eines Schwerpunktthemas verabredet, zu dem ggf. zusätzlich Experten eingeladen werden, die in das Thema einführen und mitdiskutieren.

Mit der neuen Berufenungsperiode ab September 2017 hat sich die Zusammensetzung des RFP verändert: Als Mitglieder beteiligt sind auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes, SpV), dessen Sprecherin (weiterhin Frau Kirschnick-Tänzer), je eine Vertretung der Leistungserbringer (jetzt Frau Lüpke in Nachfolge von Herrn Reichertz-Boers), der Nutzenden psychiatrischer Hilfen (weiterhin Herr Wolter) und ihrer Angehörigen (jetzt Frau Kleeblatt in Nachfolge für Frau Liese). Weitere Mitglieder sind der Leiter (Herr Dr. Sueße) und der Psychiatriekoordinator/Drogenbeauftragte (Herr Blanke) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie ein leitender Klinikarzt (jetzt Herr Prof. Dr. Sieberer in Nachfolge für Herrn Prof. Dr. Ziegenbein) und neu ein Experte aus der Suchthilfe (Herr Westermann). Als Geschäftsführer unterstützt Herr Dr. Elgeti den RFP organisatorisch und ist für Einladungen und Protokolle zuständig.

Das Schwerpunktthema im Februar war der Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPP-N). Man zog eine Zwischenbilanz der Aktivitäten zur Umsetzung des LPP-N in der Region und ihrem SpV, u.a. in Bezug auf diverse Projektvorschläge aus dem SpV, auf Gemeindepsychiatrische Zentren und ein Projekt zur de-

menzensensiblen Kommune im Rahmen der Initiative „Gesundheitsregionen“. Es gab Verabredungen, auf welche Weise die Region die Aktivitäten auf Landesebene weiterhin kritisch-konstruktiv begleiten sollte.

Im Mai ging es um die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Viele Fragen zur Umsetzung dieses Ende 2016 im Bundestag verabschiedeten Gesetzes waren auf Landesebene noch nicht geklärt, einige Probleme deuteten sich schon an, so an der Schnittstelle des Übergangs von Minderjährigen zu Erwachsenen (Transition), bei den Vorgaben für eine zeitnahe und ggf. auch rechtskreisübergreifende Hilfeplanung. Wie lässt sich die Zielerreichung der geplanten Maßnahmen messen? Wird es gelingen, eine unabhängige Teilhabe-Beratung bei psychisch erkrankten Menschen unter Einbeziehung von *Peers* zu gewährleisten?

Die Sitzung im August war den Neuerungen durch die Pflegestärkungsgesetze II und III gewidmet. Die Diskussion fokussierte sich auf die steigenden Herausforderungen in der Pflege durch psychisch schwer beeinträchtigte Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, wozu ausreichend zahlreiches und gut qualifiziertes Personal nötig ist. Angesichts der vielfältigen Problemlagen bei jungen und alten Betroffenen, bei Suchtkranken und Entlassenen aus dem Strafvollzug stellen sich u.a. auch Fragen der angemessenen Milieugestaltung, eventuell erforderlicher Spezialangebote und einer Kombination von Maßnahmen mehrerer Leistungsträger.

Im November tauschten sich die Mitglieder in der neuen Besetzung des RFP über aktuelle Fragestellungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung aus. Ausführlich wurde zu Versorgungsproblemen bei alten und pflegebedürftigen Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen diskutiert, in der nächsten Sitzung sollen mögliche Schritte zur Verbesserung der Lage besprochen werden.

Neben den thematischen Schwerpunktsetzungen lassen sich die Mitglieder des RFP in jeder Sitzung über den aktuellen Sachstand im Hinblick auf diejenigen Themenfelder unterrichten, die früher behandelt wurden. Dazu gehörten im Berichtsjahr auch

die psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen, das Thema „Arbeit für psychisch Kranke/ Zuverdienst-Arbeitsplätze“, sozialpsychiatrische Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung, fachärztliche Krisenintervention und Notfallversorgung in der Region sowie die Entwicklungsprojekte „Gemeindepsychiatrische Zentren“ und „inklusive Sozialraum“.

## BERICHTE DER FACHGRUPPEN DES AKG

### Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Oliver Weidner  
(Sprecher der Fachgruppe)

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

#### Sitzungstermine:

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

#### Teilnehmerkreis:

Es nehmen in der Regel zwischen 10 und 20 Personen an den Treffen teil. Vertreten sind Integrationsfachdienste, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Bildungsträger, ambulante Praxen für Ergotherapie, Kliniken, Leistungsträger (DRV, Jobcenter, Agentur für Arbeit) und Selbsthilfegruppen. Die Fachgruppe ist offen für weitere Interessenten.

#### Bearbeitete Themen:

Bearbeitung des Landespsychiatrieplans 2016  
Der durch die Landesregierung veröffentlichte Landespsychiatrieplan enthält diverse Absichtserklärungen

und Forderungen, die den Arbeitsbereich der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation berühren. Die Fachgruppe hat sich aus diesen Gründen entschlossen, die relevanten Punkte inhaltlich aufzuarbeiten. Die Bearbeitung dieser Themen ist aktuell noch nicht abgeschlossen. Vorgesehen ist eine Berichterstattung durch die Fachgruppensprecher vor dem AKG, in der relevante, aus den Diskussionen abgeleitete Empfehlungen und Forderungen an den Gesetzgeber erläutert werden sollen. Diese Berichterstattung vor dem AKG wird im Laufe des Jahres 2018 erfolgen.

Niederschwellige Maßnahmen der postklinischen Behandlung sowie alternative Finanzierungsmöglichkeiten:

Die Teilklinische Arbeitstherapie (TAT) wurde am Beispiel der Rheinischen Kliniken als alternatives Behandlungsmodell vorgestellt. Dieses Modell sieht feste Tagessätze und Behandlungszeiten vor, die direkt mit den Krankenkassen verhandelt werden. Damit könnte im Einzelfall ein patientengerechterer Übergang von der Klinik in Folgemaßnahmen gestaltet werden. Das Modell ist in Niedersachsen aber noch nicht etabliert.

Bundesteilhabegesetz:

Diskutiert wurde auch die geplante Einführung des Bundesteilhabegesetzes. Positiv wurde bewertet, dass die Fachleistungen der Behindertenhilfe aus der Fürsorge in das Behindertenrecht SGB IX überführt werden. Auch die Stärkung der behinderten Menschen in Werkstätten durch die Anerkennung als Arbeitnehmer (EuGH-Urteil) ist lobenswert. Dass neben den Werkstätten auch sogenannte „andere Leistungsanbieter“ Werkstattleistungen erbringen können wird sehr kritisch gesehen. Die Diskussion soll zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgegriffen werden.

Neuwahl der Fachgruppensprecher:

Die Sprecher der Fachgruppe, Herr Fred Koch und Herr Oliver Weidner haben im zurückliegenden Jahr Ihre Funktion als Fachgruppensprecher zur Verfügung gestellt.

In der darauffhin stattfindenden Wahl wurden Herr Oliver Weidner erneut und, als Nachfolger für den nicht mehr zur Verfügung stehenden Herrn Koch, Herr Uffe Vajhoj als Fachgruppensprecher gewählt.

**Ausblick:**

Aktuell wird die 3. Auflage des reha-scout vorbereitet. Alle verzeichneten Einrichtungen wurden Zwecks Überprüfung der eigenen Einträge angeschrieben. In einer der Sitzungen des Jahres 2018 soll auch über eine evtl. erforderliche Erweiterung des Verzeichnisses um neue relevante Aspekte und Themenfelder beraten werden.

## **Fachgruppe „ „Dokumentation/ Sozialpsychiatrischer Plan“**

von Hermann Elgeti

(Sprecher der Fachgruppe)

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

**Sitzungstermine:**

Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 bis 10.30 Uhr im Haus der Region statt. Im Berichtsjahr gab es acht Sitzungstermine: 26. Januar, 23. Februar, 23. März, 27. April, 19. Mai, 27. Juli, 28. September und 26. Oktober.

**Teilnehmerkreis:**

An der Arbeit der Fachgruppe beteiligten sich regelmäßig Herr Dr. Sueße und Herr Blanke, Herr Dr. Elgeti (Sprecher der Fachgruppe), Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohmühle GmbH), Herr Meister (360° e.V.) sowie Herr Köster

(STEP gGmbH). Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen.

**Bearbeitete Themen:**

Schwerpunkt der Arbeit im Berichtsjahr war die Organisation des Sozialpsychiatrischen Plans 2018 einschließlich Vorauswahl und inhaltlicher Ausgestaltung seines Schwerpunktthemas. Aus den drei intern priorisierten Vorschlägen wählte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie am 6. April das Thema „Zwangmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie“ aus. Zur Behandlung seiner verschiedenen Aspekte konnten zahlreiche Autoren gewonnen werden. Darüber hinaus wurde der Informations- und Meinungsaustausch zu unterschiedlichen Themen im Kontext der Fachgruppenarbeit fortgesetzt. Das bot den Mitgliedern manche Anregung und trägt zur Motivation bei, sich an der Fachgruppenarbeit zu beteiligen.

## **Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“**

von Andreas Tänzler

(Sprecher der Fachgruppe)

Aufgabe der 2003 gegründeten Fachgruppe ist die Vernetzung und der Dialog zwischen Forensischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Im Fokus stehen vorrangig chronisch psychisch Kranke bzw. Mehrfachkranke mit drohender Desintegration und Straffälligkeit, bei denen forensische Patientenkarrieren im Sinne einer Prävention vermieden werden können. Weiterer Schwerpunkt ist die Unterstützung der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten aus Maßregelvollzug und Strafvollzug in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem.

**Sitzungstermine:**

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

**Teilnehmerkreis:**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus den Forensischen Kliniken, den regionalen psychiatrischen Fachkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten

und Institutsambulanzen, den Justizvollzugsanstalten sowie aus dem Kreis der Anbieter im Verbund (Wohnheime, Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, WfbM, Tagesstätten, RPK). von Betreuungsgerichten und aus dem Kreis der rechtlichen Betreuerinnen/Betreuer und der Bewährungshilfe.

2017 konnte der Teilnehmerkreis neben einem Rechtsanwalt um eine Angehörigenvertreterin und eine Psychiatrie-Erfahrenen erweitert werden, so dass jetzt erfreulicher Weise trialogische Aspekte in die Falldiskussionen einfließen können.

Um den Anregungen des Landespsychiatriepflichtes Rechnung zu tragen, hat die Fachgruppe in diesem Jahr jeweils drei Vertreterinnen/Vertreter aus den angrenzenden Landkreisen Schaumburg und Nienburg einbezogen.

#### **Bearbeitete Themen:**

Im Mittelpunkt der Arbeitstreffen stehen intensive Einzelfallbesprechungen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ihrer Alltagspraxis einbringen und dann konstruktiv und wertschätzend multidisziplinär diskutiert werden können. Oft geht es um ein besser funktionierendes Risikomanagement in eskalierenden Situationen mit Fremdgefährdung, häufig auch um eine Optimierung der Versorgungsangebote. Krisen in der Reintegration nach einer längeren Unterbringung zu meistern, ist nicht nur im Maßregelvollzug, sondern auch nach Entlassung aus dem Justizvollzug von entscheidender Bedeutung. Auch hier ist die Diskussion einzelner Kasuistiken sehr hilfreich und fast immer für alle Beteiligten Gewinn bringend.

Die Fachgruppe hat aktuell die von ihr entworfene Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung überarbeitet und erweitert. Der dort hinterlegte Fragenkatalog kann in allen psychiatrischen Feldern eine Sensibilisierung für Gefährdungsaspekte stärken.

Insbesondere vor dem Hintergrund des novellierten NPsychKG diskutieren wir derzeit den Umgang mit Datenschutz, Schweigepflicht und Offenbarungsbeugnissen bzw- Verpflichtungen im Arbeitsverhältnis zwischen Psychiatrischen Institutsambulanzen, Forensischen Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischen Diensten.

Die Auswirkungen des 2016 novellierten § 63 StGB und die restriktivere Lockerungspraxis im Maßregelvollzug in Niedersachsen werden uns auch im kommenden Jahr beschäftigen.

#### **Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“**

**von Uwe Blanke**

**(Sprecher der Fachgruppe)**

In der Region Hannover hatte es seit Jahren kein berufsgruppenübergreifendes langfristiges Qualifizierungsangebot für Fachkräfte in ambulanten und stationären psychischen Einrichtungen mehr gegeben. Um den daraus resultierenden negativen Folgen für die Qualität der Arbeit mit psychisch kranken Menschen und ihren Bezugspersonen entgegen zu wirken, hat der Regionale Fachbeirat (RFP) 2014 empfohlen eine „Sozialpsychiatrische Weiterbildung“ in diesem Bereich zu entwickeln. Nach der Vorstellung dieser Aufgabe im AKG im September 2014 konstituierte sich die Fachgruppe und erarbeitete Rahmenanforderungen für ein Curriculum. Ergebnis war der Vorschlag für eine Architektur der Fachweiterbildung Sozialpsychiatrie, die dem KRH-Ausbildungszentrum zur Verfügung gestellt wurde. Zum April und im Oktober 2017 konnten der ersten beiden Kurse der neu gegründeten und von der Region Hannover geförderten Fachweiterbildung am KRH-Bildungszentrum ihre Arbeit aufnehmen. Die Fachgruppe hat jetzt die Funktion eines Beirates für diese Weiterbildung übernommen und arbeitet darüber hinaus jetzt trägerübergreifend an der Weiterentwicklung von Fortbildungsmodellen für die nächsten Jahre.

#### **Sitzungstermine:**

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

#### **Teilnehmerkreis:**

MitarbeiterInnen folgender Einrichtungen: 360° e.V., APS-Akademie für Pflege und Soziales, Caritas Forum Demenz, Hochschule Hannover, KRH-Ausbildungszentrum, KRH-Psychiatrie Wunstorf, Sozialpsychiatrischer Dienst, STEP gGmbH

**Bearbeitete Themen:**

- Kontinuierliche Beratung des KRH-Ausbildungszentrums bei der Realisierung des Projektes (Funktion eines Beirates).
- Die Entwicklung von Vorschlägen, um die Angebote zur Fort- und Weiterbildung in einer gemeinsamen Publikation alle Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes zur Verfügung zu stellen, ggfs. in Form eines gemeinsamen Flyers.
- Kontaktaufnahme unter den in der Region Hannover tätigen Anbietern von Fort- und Weiterbildungsangeboten für ambulante und stationäre psychiatrische Angebote.
- Vorgaben der „Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18. März 2002“.

**Ausblick:**

Für das Jahr 2018 ist geplant alle niedersächsischen Anbieter von 2-jährigen psychiatrischen Fachweiterbildungen (entsprechend der Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen) einzuladen, um die Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) auf den Weg zu bringen. Eine LAG sollte zum einen den fachlich Austausch fördern und zum anderen sollte sie Einfluss auf das Land Niedersachsen nehmen, die Verordnung vom 18. März 2002 den aktuellen Anforderungen einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung anzupassen.

---

**Fachgruppe  
„Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“**

von Jana Koch  
(Sprecherin der Fachgruppe)

Die Fachgruppe versteht ihre Aufgaben u.a. in dem Vertreten der Interessen der Zielgruppe, im Aufzeigen von Handlungsbedarf sowie im Hinwirken auf einen Ausbau des bestehenden Versorgungssystems durch einen kooperativen und institutionsübergreifenden Zusammenschluss multiprofessioneller Fachleute.

**Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe tagt jeden letzten Mittwoch in den geraden Kalendermonaten; die Sitzungstermine waren am 22.02., 26.04., 28.06., 30.08. und 25.10.2017.

**Teilnehmerkreis:**

An der Fachgruppe nehmen unterschiedliche Anbieter ambulanter und stationärer Angebote aus der gesamten Region, Mitarbeiter Leistungsträger, Mitarbeiter der Bedarfsermittlung und Mitarbeiter des Ministeriums für Soziales teil:

Lebenshilfe Peine-Burgdorf, Lebenshilfe Seelze, GfI, Sozialpsychiatrischer Dienst, Team Teilhabeplanung und Sozialmedizin, Annastift Leben und Lernen, Klinikum Warendorff, Hannoversche Werkstätten, GbA / Pro Casa, Diakonie Himmelsthür, GiS, HTE, Haus Mohmühle, Mosaik – inklusiv Leben, Lebenshilfe Hannover, Sozialministerium, Perspektiven GmbH, Caritas, FAA, Lebenshilfe Wunstorf

**Bearbeitete Themen:**

Im Fokus stand auch in diesem Jahr wieder das Versorgungssystem für die Zielgruppe der Fachgruppe. Dieses Thema wurde mehrdimensional betrachtet: Zum einen haben sich weitere Angebotsformen vorgestellt, so dass u.a. das tagesstrukturierende Angebot „Vielfältig“ der GBA Langenhagen und die Spezialsprechstunde der MHH „Seelische Gesundheit bei syndromalen Erkrankungen“ (geleitet durch Dr. Eberlein) zu Gast waren. Zum anderen hat Frau Renate Conrad aus Sicht der Behindertenbeauftragten der Region Hannover weitere Anregungen und Themen (Barrierefreies Wohnen, HMB-W-Verfahren, Budget für Arbeit) in die Fachgruppe eingebracht.

Zu Beginn des Jahres hat der Psychiatriekoordinator Herr Blanke zudem relevante Themen aus dem Landespsychiatrieplan vorgestellt. Ein von zwei Studentinnen durchgeführtes Pilotprojekt zum Thema Sucht bei geistiger Behinderung wurde abschließend dargestellt. Im Sommer des Jahres haben sich beide Sprecherinnen von ihrem Amt bzw. aus der Fachgruppe verabschiedet. Nun hieß es neue Sprecher zu wählen und Frau Batram und Frau Bugdoll für ihre jahrelange engagierte, inspirierende und energiereiche Arbeit auch an dieser Stelle zu danken. Die Fachgruppe wählte ein neues Sprechergremium, das sich nun aus Jana Koch (Hannoversche Werkstätten), Annika Gerwald (Lebenshilfe Peine-Burgdorf GmbH) und Günter Pöser (Klinikum Wahrendorff) zusammensetzt.

Die Herausforderungen und Aufgaben bleiben unverändert, insbesondere im Hinblick auf die bevorstehenden gesetzlichen Änderungen: Die Versorgung der Menschen, die einen zusätzlichen oder besonderen Unterstützungsbedarf sollen in der Fachwelt, Politik und im Versorgungssystem berücksichtigt werden, insbesondere hinsichtlich der bevorstehenden Änderungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des BTHG (Abgrenzung Pflege, Einführung B.E.Ni., Erweiterung der Leistungstypen?).

---

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

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

#### **Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie tagte im Jahr 2017 insgesamt drei Mal.

#### **Teilnehmerkreis:**

An den Sitzungen beteiligten sich durchschnittlich 25 Teilnehmer, welche teilstationäre und stationäre

Einrichtungen, wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, ambulante Einrichtungen, wie Pflegedienste oder Ergotherapiepraxen oder Beratungsstellen und Pflegestützpunkte vertreten.

#### **Bearbeitete Themen:**

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

Um den Kenntnisstand über aktuelle Entwicklungen zu vertiefen, wurden 2017 mehrere Referenten zu Fachvorträgen eingeladen. So stellte eine Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes das neue Begutachtungsinstrument zur Beurteilung der Pflegegrade vor. Im Vortrag hat sie insbesondere hervorgehoben, dass der Ressourcenorientierung und sozialen Teilhabe heutzutage ein höherer Wert beigemessen wird.

Ebenso gab es einen Vortrag über die Gesundheitsregion Region Hannover. Dieses Modellprojekt verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz. Die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung sollen besser miteinander vernetzt werden. Es werden Schnittstellen geschaffen, um so die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu optimieren. So beschäftigt sich eine der drei Arbeitsgruppen mit dem Thema „**Ganzheitliche Versorgung in Pflege, Medizin und Betreuung am Beispiel Demenz**“

Um die besondere Schnittstellenproblematik gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen im Allgemenkrankenhause zu thematisieren, stellten Teilnehmer einer Arbeitsgruppe „Demenz im Krankenhaus“, die sich im Rahmen der lokalen Allianzen gegründet hat, ihre Ergebnisse vor. Ergänzend zu den gemeinsam erarbeiteten Umgangsempfehlungen wurden die Informationen und Überleitungsbögen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. präsentiert.

Im Jahre 2017 nahm die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen eine zentrale Stellung in den Sitzungen ein. Diese wurden anhand eines vorgegebenen Rasters durchgeführt und boten die Möglichkeit, über den interdisziplinären Austausch nicht nur zu einem gemeinsamen Fallverstehen zu gelangen, sondern darüber hinaus Ansätze und Leistungsangebote anderer Institutionen kennen zu lernen, sowie Synergien zu schaffen.



### Ausblick auf das Jahr 2018:

Die sehr gute Beteiligung und konstruktive Zusammenarbeit der Teilnehmer im Jahre 2017 zeigt, dass ein sehr großes Interesse an einem interdisziplinären Austausch besteht. Zukünftige Schwerpunkte der Fachgruppe werden weiterhin darin bestehen, nach Vorgabe des Landespsychiatrieplans die interdisziplinäre Vernetzung zu fördern und zu systematisieren. So wird Betroffenen und Angehörigen der Zugang in das Hilfesystem erleichtert. Außerdem geht es darum, im Sozialraum bedarfsgerechte Hilfen zu ermöglichen.

### Fachgruppe „Sucht und Drogen“

„Hinsichtlich illegaler Suchtmittel hat der AKG in seiner Sitzung am 05.11.1998 beschlossen, den `Runden Tisch Sucht und Drogen` der Landeshauptstadt Hannover in Fachfragen zu illegalen Suchtmitteln als Fachgruppe anzuerkennen und deren Voten in die Psychiatrieplanung miteinzubeziehen.“ (Geschäftsordnung des AKG – 03.03.2016 von Frank Woike (Runder Tisch „Sucht und Drogen“))

Der Runde Tisch Sucht und Drogen hat die Aufgabe, die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich von Drogenhilfe und Drogenbekämpfung, neue Projektüberlegungen und aktuelle Situationen zu diskutieren.

### Sitzungstermine:

4 Sitzungen pro Jahr (einmal pro Quartal)

### Teilnehmerkreis:

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

### Bearbeitete Themen:

In diesem Jahr wurden ganz unterschiedliche Themen bearbeitet und vorgestellt:

a) Mediensucht: Dr. Florian Rehbein vom Kriminologischen Forschungsinstitut (KFN) berichtete über den

aktuellen Stand der Forschungsfelder zur Computerspielabhängigkeit, die sowohl den Bereich der sog. Online- wie auch der Offline-Spiele betreffen. Nach dem aktuellen Stand der Forschung sieht Herr Dr. Rehbein weiteren Bedarf zum Thema „Internet Gaming Disorder“. Derzeit ist eine Eingruppierung dieses Suchtverhaltens in die ICD-11-Systematik noch ungewiss. Für Anfang 2018 werden neue Ergebnisse dazu in Aussicht gestellt.

b) Offene Drogenszene: Die beiden Leitungen der STEP-Einrichtungen „Fixpunkt“ und Café Connection“, Herr Bapat und Herr Kumann, führten in ihrem Vortrag aus, dass es aktuell eine deutliche Veränderung hin zu Drogen auf Kokainbasis gibt. Allgemein ist ein Großteil der Szene durch eine psychische Komorbidität auffallend und in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand. Sie informierten darüber, dass durch ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für zwei Jahre finanzielle Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Dadurch sind zum Beispiel Impfungen gegen Hepatitis A und B finanzierbar. Dieses Projekt soll mit der Eröffnung des neuen Tagestreffs „Stellwerk“ beginnen.

c) Neufassung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV): Der Geschäftsführer der niedersächsischen Ärztekammer, Herr Prof. Dr. Scholz, erläuterte die Veränderungen dieser Verordnung und informierte über die Neufassung der entsprechenden Richtlinie der Bundesärztekammer. Diese Novellierung hat neben Veränderungen für die suchtkranken Menschen auch den Aspekt, neue Ärzte für die Substitution zu gewinnen, die besonders in ländlichen Räumen schon heute dringend benötigt werden.

d) In die allgemeine Diskussion über Sicherheit und Ordnung, die 2017 in der Stadt Hannover sehr intensiv diskutiert wurde, wurden auch Stichworte wie z.B. die Trinkerszene am Raschplatz und schlafende Obdachlose in Parkhäusern zur Diskussion beigesteuert, die das (mediale) Klima gegenüber suchtkranken Menschen deutlich verschlechtert hat. Die Verdichtung des öffentlichen Raumes in der Innenstadt von Hannover durch zahlreiche Baumaßnahmen trug ebenfalls negativ dazu bei. Zu begrüßen ist, dass die Problematiken aus Sicht der Stadt nicht ausschließlich

mit ordnungsrechtlichen Maßnahmen, sondern auch mit Hilfsangeboten begegnet werden soll.

---

## **Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“**

von Frank Meister und Marco Schomakers  
(Sprecher der Fachgruppe)

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

### **Sitzungstermine:**

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

### **Teilnehmerkreis:**

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

### **Bearbeitete Themen:**

Vorrangig hat sich die Fachgruppe weiter mit einer möglichen Befragung über Barrieren und Teilhabehindernisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandergesetzt. Verschiedene Ideen wurden entworfen, aber es gibt noch keinen konkreten Plan für die Umsetzung. Die Möglichkeit einer Bestandserhebung bei den Institutionen des AKG im Hinblick auf inklusive Projekte und "Best Practice" wird ebenfalls weiter diskutiert.

Das Thema der Barrieren und Teilhabe beschäftigte die Fachgruppe auch im Hinblick auf die Region Hannover und den im September abgeschlossenen Maßnahmenplan „Inklusive Region Hannover“. Bislang haben der von der Fachgruppe gewünschte Aus-

tausch und eine Beteiligung an dem Maßnahmenplan nicht stattgefunden. Mit der Einrichtung der Stabsstelle Inklusion bei der Region Hannover erhofft sich die Fachgruppe eine Möglichkeit an der Fortschreibung des Maßnahmenplans „Inklusive Region Hannover“ beteiligt zu werden. Zur Abschlussveranstaltung für die Projektphase am 25.09.2017 war die FG eingeladen.

Ein begleitendes Thema, das sich durch alle Debatten zieht, ist die Frage der möglichen Beteiligung von Betroffenen in den verschiedenen Prozessen. Aufgrund verschiedener persönlicher Erfahrungen wurde deutlich, dass es von den Begriffen und Ideen zur Teilhabe und den Hindernissen eine sehr unterschiedliche Sicht gibt und die von den professionell Tätigen verwendeten Kategorien nicht immer die Wahrnehmung und die Bedürfnisse der Betroffenen widerspiegeln. Es gibt dabei immer wieder einen sehr angeregten Austausch zwischen den verschiedenen Beteiligten.

Die Fragestellung nach „Teilhabe-Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ wird uns auch weiterhin begleiten. Das breite Spektrum der Teilnehmenden mit den verschiedenen Perspektiven der Einrichtungen, Dienste, aus der Verwaltung und als Vertreter/-innen der Betroffenen belebt die stattfindenden Diskussionen immer wieder und führt zu einem lebendigen und sehr dynamischen Austausch.

Nachdem es wechselnde Moderation in der Fachgruppe gab, wurden im September ein fester Sprecher (Frank Meister, 360° e.V.) sowie ein Stellvertreter (Marco Schomakers, AWO Region Hannover e.V.) für die Fachgruppe gewählt.

---

## **Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“**

von Birgit Dietl  
(Sprecherin der Fachgruppe)

### **Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe für Kinder und Jugendliche im sozialpsychiatrischen Verbund tagte 3 mal im Kalenderjahr

### **Teilnehmerkreis:**

An den Sitzungen der Fachgruppe nehmen regelmä-

ßig zwischen 10 – 15 Fachkräfte unterschiedlicher Träger teil:

- AfW- Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen e.V. Hannover
- BAF e.V. –Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich
- FaB- Fachanbieter für Betreuungen gGmbH
- Gesellschaft für pädagogische und psychologische Beratung e.V. , Sallstraße
- Heilpädagogische-therapeutische Wohngruppe Lichtblick
- HKA Auf der Bult, Kinder-und Jugendkrankenhaus
- HKA Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- KRRH, Klinikum Region Hannover, Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Wunstorf
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Heimverbund,
- LH Hannover , Fachbereich Jugend und Familie , Jugend- und Familienberatung,
- Niedersächsische Landesschulbehörde , Regionalabteilung Hannover, Dezernat 5 – Schulpsychologie
- Niedersächsisches Sozialministerium – 406 / Psychiatriereferat
- Pestalozzi-Stiftung
- Stadt Langenhagen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Bereich seelische Behinderung, stationär, teilstationär und ambulant,
- Stephansstift- Evangelische Jugendhilfe
- Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche
- Region Hannover, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Beta 89
- u.a.

### Bearbeitete Themen:

**Die 1. Sitzung fiel wegen personeller Engpässe aus.**

#### 2. Sitzung:

- Input und Tischvorlage zum Thema „Arbeit mit begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen“ ( Unterthemen: Patenschaften, Dolmetscher, schneller Spracherwerb, Informationen, Verstehen der Lebenswelten, Netzwerkinformation, Kultursensible Diagnostik, Zugänge erleichtern) Referenten : Herrn Eller und Deilami,

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Region Hannover

- „Patenschaften“ Frau Hagen vom Verein IKJA e.V. (Interkultureller Jugendaustausch) stellt deren Patenschaftsprojekt vor. Ziel ist die Vermittlung von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen im Alter von 14- 21 Jahren an Patenfamilien und Lernpaten. Das Projekt ist 2015 gestartet und findet in der Stadt Hannover, vereinzelt auch in der Region statt.

#### 3. Sitzung:

- Herrn Oudrati vom Ethnomedizinischen Zentrum berichtet von den Erfahrungen in seiner Tätigkeit als Dolmetscher für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

#### 3. Sitzung:

- Landespsychiatrieplan - „Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ Referent: Herr Blanke, Psychiatriekoordinator der Region Hannover
- ausführliche Vorstellungsrunde der Arbeitsbereiche der anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Kurzbericht aus der UMA-Arbeitsgruppe (Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) der Fachgruppe zu den Themen „Netzwerkarbeit für UMF in der Region Hannover“ „Kultursensible Diagnostik“ und „Überarbeitung des Entwurfs zu Patinnen und Paten“ Referentin: Frau Bödeker, FAB- Jugendhilfe, Referent: Herr Eller, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Region Hannover

### Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“

von Thorsten Sueße  
(Sprecher der Fachgruppe)

#### Sitzungstermine:

Zweimal im Jahr jeweils mittwochs (am 11.01.2017 und 27.09.2017) im Haus der Region, Hildesheimer Straße 20.

#### Teilnehmerkreis:

Sozialpsychiatrischer Dienst (Leitung, Psychiatriekoordinator)

dination), Ordnungsbehörde (Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover), Kassenärztliche Vereinigung, ärztliche Leitung Rettungsdienst, Feuerwehr Hannover, Polizeidirektion Hannover, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, Seelhorst-Stiftung (als Träger des Krisendienstes).

### Bearbeitete Themen und Ergebnisse:

- In der Zeit vom 01.06.2016 bis zum 31.12.2016 sind vonseiten der Polizeidirektion Hannover mehrere Fälle für die gesamte Region Hannover dokumentiert, in denen jeweils eine psychisch kranke Person zur medizinischen Abklärung einer akuten Gefährdungslage länger als 8 Stunden in polizeilichem Gewahrsam auf das Erscheinen eines Arztes warten musste (was nach Auffassung dieser Fachgruppe nicht akzeptabel ist).
- In einem Fall wurde eine psychisch kranke Person nach 10stündiger Wartezeit auf einen Arzt bei der Polizei schließlich gegen 0 Uhr dort entlassen, ohne dass ein angeforderter Arzt diese Person gesehen hatte. Die Polizei hat in ihren Dienststellen immer wieder Probleme, mit der Gewalt von dort vorübergehend untergebrachten psychisch kranken Personen umzugehen. Lange Wartezeiten auf den Arzt stellen für die Polizei ein ernstzunehmendes Problem dar.
- Daraufhin wurden 2017 noch einmal aktuelle Wartezeiten bei Zwangseinweisungen vonseiten des B-Dienstes der Feuerwehr der Stadt Hannover, des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, der Polizeidirektion Hannover und der Bezirksstelle Hannover der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen statistisch erfasst und ausgewertet – mit folgenden (in der Fachgruppe vorgestellten) Ergebnissen:

- In den meisten Fällen beträgt die Anfahrtszeit des zu einer psychiatrischen Notfallsituation gerufenen B-Dienstes 15-30 min.
- Der Sozialpsychiatrische Dienst benötigt im Schnitt 35 min, um bei einer akut abzuklärenden Situation vor Ort zu sein. Die Wartezeit auf die gerichtliche Entscheidung bei

einer Unterbringung gemäß § 17 NPsychKG dauert dann anschließend knapp 2,5 Std.

- Die durchschnittliche Wartezeit der Polizei auf den alarmierten fahrenden kassenärztlichen Dienst liegt bei 2:33 Std.
- In 48 % der Fälle trifft der fahrende kassenärztliche Dienst in weniger als 60 min. nach telefonischer Anforderung wegen akuter Eigen- und Fremdgefährdung am Ort des Geschehens ein. In vereinzelt Fällen sind Wartezeiten zwischen 4 und 6 Std. auf den fahrenden kassenärztlichen Dienst dokumentiert.

Daraus resultierendes Vorgehen:

- Die Leitstelle soll vonseiten der KVN gebeten werden, der Polizei eine Rückmeldung zur voraussichtlichen Wartezeit bis zum Eintreffen des verständigten fahrenden kassenärztlichen Dienstes zu geben.
- Zukünftig soll bei der Triage im fahrenden kassenärztlichen Dienst eine psychisch akut erkrankte Person nicht dadurch als „weniger krank“ eingestuft werden, weil sie sich auf einer Polizeidienststelle befindet.
- In psychiatrischen Krisensituationen mit akuter Lebensgefahr muss ggf. der Rettungsdienst hinzugezogen werden.

---

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

Menschen mit Migrationshintergrund (Ausländer, Aussiedler/Spätaussiedler, Asylbewerber/Flüchtlinge etc.) sind mittlerweile eine wichtige Zielgruppe für gemeindepsychiatrische Angebote in Hannover. In der Region Hannover leben mehr als 270.000 Menschen mit einem sogenannten Migrationshintergrund. Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie arbeitet kontinuierlich seit ihrer Gründung im Jahr 2006 zur Sensibilisierung, Vernetzung, Bedarfserhebung, Konzep-

entwicklung und Aufklärung zur Thematik Migration und Psychiatrie im Kontext des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

### Sitzungstermine:

Im Jahr 2017 haben insgesamt 4 Sitzungstermine (07.02.2017, 25.04.2017, 05.09.2017, 21.11.2017) stattgefunden. Diese fanden wechselnd bei unterschiedlichen teilnehmenden Institutionen der Fachgruppenteilnehmer statt.

### Teilnehmerkreis:

- Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V.
- Perspektiven GbR
- KRH-Psychiatrie Wunstorf
- Sprecherin des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie
- Landeshauptstadt Hannover, Koordinierungsstelle Zuwanderung Osteuropa
- Landeshauptstadt Hannover, Integrationsmanagement, FB 50
- Deutsches Rotes Kreuz, Flüchtlingsunterkunft
- Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V.
- Institut für transkulturelle Betreuung e.V.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- KRH-Psychiatrie Wunstorf, PIA am Schwarzen Bär
- SuPA GmbH
- Klinikum Wahrenndorff, Tagesklinik am Schwarzen Bär

### Bearbeitete Themen:

#### 1. Förderung der Vernetzung und des fachlichen Austausches den zwischen Mitgliedsorganisationen der Fachgruppe:

Um die Vernetzung zwischen den Fachkräften, Institutionen und Angeboten zum Themenfeld Migration und Sozialpsychiatrie zu verbessern wurde im Jahr 2017 schwerpunktmäßig auf Wunsch der Mitglieder die Sitzungen der Fachgruppe wechselnd bei unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen der Fachgruppe durchgeführt. Dabei hat die gastgebende Einrichtung jedes Mal ihr Konzept, ihre Angebote (mit Schwerpunkt Migration) sowie die Mitarbeiterstruktur vorgestellt.

- Im Jahr 2017 haben sich folgende Einrichtungen

vorgelegt:

- Sozialpsychiatrischer Dienst, Freitagstraße 12, 30169 Hannover
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des KRH Psychiatrie Wunstorf, Deisterstr. 17 B, 30449 Hannover
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN), Marienstraße 28, 30171 Hannover

Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V. (AHMB), Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

Insgesamt wurde diese Vorgehensweise von den Teilnehmern der Fachgruppe sehr positiv bewertet, da viele Mitglieder dadurch nun ein differenzierteres Bild von den Angeboten und den Einrichtungen, die schwerpunktmäßig psychiatrisch Migranten/-innen versorgen gewonnen. Im Folgejahr soll diese Vorgehensweise aber nur noch bei Bedarf fortgeführt werden.

#### 2. Erstellung eines Wegweisers zur Sozialpsychiatrie für die Region Hannover

Die Region Hannover hat das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. beauftragt einen Wegweiser zur sozialpsychiatrischen Versorgung zu erstellen. Der Wegweiser soll sich an alle Bürger/-innen der Region Hannover wenden, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter und gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die Idee dazu wurde in der Fachgruppe Migration und Psychiatrie entwickelt und verfolgt das Ziel, mehr Aufklärung und Transparenz über den Aufbau und die Angebote des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems zu vermitteln. Der fertige deutsche Text soll später in 6 weitere Sprachen übersetzt und von der Region Hannover gedruckt und veröffentlicht werden.

Um die Erstellung der Inhalte des Wegweisers (Manuskript) qualitativ abzusichern und zu begleiten hat die Fachgruppe Migration und Psychiatrie beschlossen eine Unterarbeitsgruppe zu bilden, die die Mitarbeiter/-innen des EMZ bei der Recherche und Erstellung des Wegweiser Konzepts und Inhalte beraten und begleiten soll. Diese Unterarbeitsgruppe formierte sich 2017 und setzte sich zusammen aus Hr. Blanke (Psychiatriekoordinator), Fr. Dr. Gunkel (SpDi), Fr. Tomaske (SpDi), Hr. Kimil (EMZ) und Fr. Baimler-Dietz (EMZ). Die Unterarbeitsgruppe hat sich im Jahr 2017 mind. zu sechs Treffen zusammengefunden. Dank der

kontinuierlichen Arbeit der Unterarbeitsgruppe konnte das Manuskript mit den Wegweiser-Inhalten im November 2017 abgeschlossen werden.

Nun soll das Manuskript in die Übersetzung gehen und Ende Januar der Region Hannover übergeben werden.

### **3. Sonstige Themen die 2017 auf der Agenda der Fachgruppe gestanden haben:**

- Frau Kirschnick-Tänzer plädiert dafür, im Rahmen der Fachgruppe Migration und Psychiatrie in der Zukunft auch Fallbesprechungen durchzuführen.
- In der Fachgruppe wurde der Wunsch geäußert, ob es für Ende 2018 evtl. der Bedarf zur Planung einer Tagung existiert. Schwerpunktthema könnte, die psychiatrische Versorgung von Migranten und Flüchtlingen in Region Hannover sein.
- Ferner wurde in der Fachgruppe die Frage aufgeworfen, wie in Zukunft mit psychischen kranken Flüchtlingen umgegangen werden soll und welche Wohnformen für diese Gruppe geeignet sein könnten. Hierzu wurde auch der Wunsch nach einer Sachstandserhebung geäußert.

---

### **Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ von Uwe Reichertz-Boers und Henning Kurth (Sprecher der Fachgruppe)**

Ein Auszug aus einem Protokoll vom Juni 1993 beschreibt auch heute noch treffend, welche Aufgabenstellung sich die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit seinerzeit gegeben hatte. An dieser Aufgabenstellung hat sich leider nicht wirklich Entscheidendes verändert.

### **In der Wohnungslosenhilfe und in der Psychiatrie bestand und besteht eine Lücke der Bedarfsdeckung für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, die wohnungslos oder obdachlos sind.**

Die Hilfestrukturen konnten und können den Betroffenen, die in den jeweiligen anderen Hilfesystemen auftreten, nicht die bedarfsgerechte Unterstützung bieten, die notwendig sind. Hier fehlt es nach wie

vor an klaren Absprachen und nachhaltigen Kooperationsverträgen in der Region Hannover. Die punktuelle Versorgung von Betroffenen hat sich sicherlich durch unseren regelmäßigen und kontinuierlichen Erfahrungsaustausch, unsere personenbezogene Zusammenarbeit, unserer interne Hospitationen und Besuche und auch Fallbesprechungen verbessert. Diese Verbesserung ist unseres Erachtens aber darauf zurückzuführen, dass sich die Fachgruppe seit 1993 kontinuierlich mit unterschiedlichen Fragestellungen, Aktionen, Befragungen und Informationsveranstaltungen dieser Lücke der Bedarfsdeckung stellt.

#### **Sitzungstermine:**

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

Alle Termine finden - auch das hat eine lange Tradition - in den Räumen des Werkheimes Hannover e.V. statt. An dieser Stelle hier eine großes Dankeschön für dieses Entgegenkommen. Die Sitzungen sind jeweils von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr angesetzt.

#### **Teilnehmerkreis:**

In der Fachgruppe haben sich aus der Region Hannover ca. 15 Einrichtungen der Psychiatrischen Versorgung und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zusammgefunden. Seit 2016 unterstützt uns eine Vertreterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und eine Institutsambulanz ist vertreten durch die PIA Deisterstr. Der KRH-Psychiatrie Wunstorf. Wir alle arbeiten sehr konstruktiv und mit viel Beharrlichkeit weiterhin daran, für diese Personengruppe hilfreiche Veränderungsprozesse in Gang zu setzen oder in Gang zu halten.

#### **Bearbeitete Themen:**

- Vorstellung APP Birkenhof Herr Meyer
- Ressourcen Sammlung innerhalb der FG, um ein Projekt mit Vereinbarungscharakter zu starten
- Fallbeispiel einer Fehlsteuerung: Ein psychotischer Patient spricht in der stationären Wohnungslosenhilfe vor, ohne Informationen aus der Psychiatrie erhalten zu haben, von wo er kam.
- Bericht vom Treffen der FG Sprecher, Projektanträge LPP
- Zusammenarbeit PIA, positiv PIA Wunstorf;



- Deisterstraße, Frau Gosse
- Tagestreff der Caritas
- Neueröffnung der Herberge zur Heimat in Hildesheim, Besonderheit pflegerische Unterstützung ist möglich, da der Träger einen entsprechenden Dienst vorhält.
- Fallvorstellung: 25-Jähriger wurde nicht zur Entgiftung in Klinik aufgenommen wg. Zuordnung als Systemsprenger.
- Problematik der Aufnahme von Klienten aus der Forensik in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.
- Erneut Thema APP, „Ambulantes Zentrum Hannover...“, Herr Heller

### Ausblick:

Im kommenden Jahr 2018 wollen wir uns verstärkt dem Thema APP als zielführende Option, um Klienten aus der Wohnungslosenhilfe (WLH) den Zugang zur psychiatrischen Versorgung zu ermöglichen, widmen. Hierin sehen wir für viele eine gewinnbringende Unterstützung. Ein Dauerthema der Fachgruppe wird es bleiben, dass es immer noch keine konkrete Hilfestruktur in der Region Hannover gibt. Auch der Übergang aus der psychiatrischen, forensischen Behandlung in die WLH ist aus unserer Sicht von beiden Seiten zu optimieren. Hier sehen wir deutlichen Änderungsbedarf. Wer an diesen Themen mitarbeiten und auch an kontinuierlichen Fallbesprechungen und Informationsveranstaltungen teilnehmen möchte, ist hierzu herzlich eingeladen und willkommen.

---

## Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ von Manfred Willems und Birgitt Theye-Hoffmann (Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe bietet einen Austausch zwischen den unterschiedlichen Beteiligten der Eingliederungshilfe. Angefangen bei den ambulanten und stationären Einrichtungen über die Sozialpsychiatrischen Dienste bis hin zu den Angehörigen und den Betroffenen. Herausheben ist die laufende Rückkopplung mit der Qualitätsgruppe im Ambulant Betreuten Wohnen. Sie bietet die Möglichkeit, aktuelle Tagesfragen und grund-

sätzliche Fragen gleichzeitig aus den verschiedenen Perspektiven der Teilnehmenden zu betrachten. Darüber hinaus werden in der Fachgruppe auch langfristige Perspektiven zur Entwicklung der Eingliederungshilfe besprochen.

### Sitzungstermine:

Die Fachgruppe trifft sich in den ungeraden Monaten jeweils am dritten Mittwoch, jeweils von 09:00 bis 11:00 Uhr im Haus der Region.

### Teilnehmerkreis:

Die Teilnehmenden setzen sich im Schwerpunkt aus Anbietern von Wohnangeboten zusammen. In den letzten Jahren wurde dies durch die ambulanten Anbieter dominiert, wobei die Teilnahme von Anbietern aus stationären Wohnformen ausdrücklich erwünscht ist. Weiterhin nehmen Betroffene, Angehörige von Betroffenen sowie der Sozialpsychiatrische Dienst an den regelmäßigen Sitzungen teil. Bei Bedarf werden externe Referenten eingeladen. Hervorzuheben ist, dass einige Teilnehmende sowohl Angebote aus dem Bereich der Eingliederungshilfe, als auch aus dem Bereich der Pflege anbieten, wodurch diese Perspektive ebenfalls vertreten ist. Durchschnittlich nehmen an den Sitzungen ca. 25 Personen teil.

### Bearbeitete Themen:

Es gibt einige Themen, die wiederholt in der Fachgruppe besprochen werden. Dies waren im vergangenen Jahr das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sich daraus ergebenden Veränderungen, der Landespsychiatrieplan, das Niedersächsische Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG) sowie die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Qualität ABW. Als besonders informative und sehr gut besuchte Veranstaltung ist die Präsentation der Ergebnisse des „Datenblatt C“ in Erinnerung geblieben.

Die anstehenden Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz haben häufig zu Auslegung und Abgrenzungsfragen geführt: Wann sprechen wir von Eingliederungshilfe, wann von Pflege? Wie gestaltet sich das Gesamtplanverfahren und was bedeutet das für die Verfahrensbeteiligten? Wie werden Ziele zukünftig definiert und wie wird mit diesen umgegangen Was bedeutet das für das Berichtswesen und wie werden

die Betroffenen und ihre Angehörigen beteiligt? Gibt es das alles in Leichter Sprache?

Das Thema Landespsychiatrieplan hat die Fachgruppe insbesondere zu Beginn des Jahres sehr beschäftigt. Die einzelnen Themen des Planes wurden durch den Psychiatriekoordinator der Region Hannover vorgestellt und mit den Schwerpunkten: Selbsthilfe, der Schaffung von adäquaten Angeboten im Bereich Arbeit und der Unterstützung zum Erhalt von Arbeitsplätzen bis zum Entlassungsmanagement der Kliniken diskutiert.

Deutlich wurde dabei, dass das Thema Beteiligung der Betroffenen noch verbessert werden kann und die Sichtweisen einzelner Punkte sehr vielseitig sind.

Mit der Einführung des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen (NuWG) stellte sich für die Anbieter von Ambulanten Wohngemeinschaften die Frage, inwieweit diese unter die Aufsicht der Heimaufsicht fällt und was dies für Konsequenzen hat.

Es ist dabei gelungen, der Heimaufsicht deutlich zu machen, dass die Instrumente, welche jahrelang im stationären Wohnbereich gut funktioniert haben, nicht unbedingt im ambulanten Bereich anzuwenden sind. Gemeinsam mit den Zuständigen wurde ein Klärungsprozess angestoßen. Als Ergebnis hat sich die Heimaufsicht zumindest für die verfahrensbeteiligten Einrichtungen für zuständig erklärt, jedoch einzelne Bereiche ausgenommen.

An dieser Stelle können wir nur allen Wohngemeinschaftsanbietern empfehlen, diese bei der Heimaufsicht zu melden und die Zuständigkeit im Einzelfall zu klären.

Was in der Fachgruppe sehr gut funktioniert, ist der Austausch zu den kleinen Unebenheiten in der alltäglichen Arbeit: Wie geht ihr mit den Entwicklungsberichten um? Hatte ich schon mal so ein Kostenanerkennnis? Kennt jemand...?

Die Klärung dieser Fragen findet mittlerweile auch regelmäßig in der Arbeitsgruppe Qualität im Ambulant betreuten Wohnen statt. Das besondere hierbei ist, dass sich die Arbeitsgruppe aus der Region Hannover (Vertreter aus: Team Zentrale Aufgaben der Eingliederungshilfe/Fachbereich Soziales, dem Sozialpsychiatrische Dienst, Team Sozialmedizin und Teilhabeplanung) und Anbietervertretern zusammensetzt. In dieser Zusammensetzung ist eine lösungsorientier-

te und konstruktive Arbeitsweise entstanden, in der die unterschiedlichen Blickwinkel auf einzelne Fragestellungen zu konstruktiven Lösungen führen.

Eine solche Frage war, ob die Begleitung zu einer Hilfekonzferenz eine abrechenbare Fachleistungsstunde ist oder nicht. Nach einem intensiven Austausch dazu konnte die Region Hannover dazu in kurzer Zeit eine Stellungnahme abgeben. (Bei Erstkonferenzen grundsätzlich nicht, bei Folgekonferenzen grundsätzlich ja). Mit all diesen Themen wird sich die Fachgruppe in 2018 weiterhin befassen. Gerade die durch das BTHG auf uns zukommenden Änderungen werden in der praktischen Anwendung viele Fragen aufwerfen, die die Tätigkeit in der Eingliederungshilfe und das Assistenzangebot für Betroffene deutlich beeinflussen werden. Die Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung ist damit ein aktiver Beitrag zur Qualitätssicherung in der Eingliederungshilfe.

---

## **BERICHTE DER SEKTOR-ARBEITSGEMEINSCHAFTEN**

### **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße**

**von Doris Rolfes-Neumann  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)**

Der Sektor Hannover Süd-West umfasst die Stadtteile Ricklingen, Oberricklingen, Wettbergen, Mühlenberg, Ahlem, Limmer und Linden mit einer Gesamteinwohnerzahl, soweit derzeit hier bekannt, von ca. 150.000 Menschen und einem recht großen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Insgesamt befinden sich in unserem Sektor auch weiterhin sechs - jeweils vom DRK geführte - Flüchtlingsunterkünfte und einige Unterkünfte, die von anderen Trägern geführt werden.

#### **Sitzungstermine:**

Wie auch in den vergangenen Jahren traf sich die Sektor AG Süd-West auch weiterhin jeweils am zweiten Mittwoch des zweiten Monats im Quartal in der Zeit von 13:30 Uhr bis 15:00 Uhr in den Räumlichkeiten der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in der Deisterstraße 85a in Linden-Süd.

**Teilnehmerkreis:**

Auch im Jahr 2017 nahmen Mitarbeiter verschiedenster Einrichtungen an den Treffen der Sektor AG teil, so Vertreter mehrerer ambulanter psychiatrischer Pflegedienste, von Anbietern ambulant betreuten Wohnens sowie psychiatrischer Tagesstätten, zum Teil auch Mitarbeiter von Werkstätten und Mitarbeiter des kommunalen Sozialdienstes, der Polizei und des JobCenters.

**Bearbeitete Themen:**

Welches waren in diesem Jahr von den Teilnehmern der Sektor-AG Süd-West bearbeitete Themen?

Ein wichtiges Thema war die leicht veränderten Konditionen im Rahmen von Hilfekonferenzen und Hilfeplanfortschreibungen mit Überprüfung der vereinbarten Ziele und deren mögliche Auswirkungen auf die Klienten sowie Schwierigkeiten beim zeitnahen Erhalt entsprechender fachärztlicher Stellungnahmen. Ambulante psychiatrische Pflege und Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II in der Praxis waren ein weiteres Thema sowie Mieterhöhungen und mithin Überschreitung der Mietobergrenzen, Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich der Region sowie die Tätigkeit der Jugendjobcenter im Bereich der Region Hannover und die aktuelle Situation in den Flüchtlingsunterkünften. Des Weiteren fand ein reger Austausch über aktuelle, die Teilnehmer der Sektor-AG betreffende, Themen statt. Es gab Rückmeldungen aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sowie vereinzelt auch aus einzelnen Fachgruppen.

**Ausblick:**

Mögliche Themen für das kommende Jahr 2018 könnten sein:

Das neue NPsychKG und mögliche Veränderungen der konkreten Arbeit vor Ort. Ggf. könnten auch Kontakte zu den Seniorenheimen im Sektor verstärkt werden sowie ggf. ein Vortrag erbeten werden von den beiden Kolleginnen aus dem sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover über deren Arbeit mit Flüchtlingen.

**Sektor-Arbeitsgemeinschaft  
Freitagstraße**

von Ulrike Johanning-Schönfeldt  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle: Bemerode, Bult, Calenberger Neustadt, Döhren, Mitte, Mittelfeld, Seelhorst, Südstadt, Waldheim, Waldhausen, Wüfel und Wülferode.

**Sitzungstermine:**

jeden 1. Mittwoch im Quartal, vormittags und nachmittags im Wechsel. 1 Treffen fand in der Tagesstätte Werte e.V. Bischofsholer Damm 81 statt.

**Teilnehmerkreis:**

- Vertreter aus Altenheimen,
- Pflegedienste z.B. APP
- Kommunaler Seniorenservice,
- vollstationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche,
- Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen,
- Team Betreuungsangelegenheiten,
- Krankenhaussozialdienst,
- Kontaktbeamte der Polizei,
- Kommunaler Sozialdienst.

**Bearbeitete Themen:**

- Neben der Vorstellung neuer TeilnehmerInnen und den Berichten aus den einzelnen Einrichtungen wurden Referenten zu folgenden Themen eingeladen:
- Diskurs über die Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit Jugendlichen Klientels - Möglichkeiten und Grenzen. Dazu sind die Kollegen aus der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien eingeladen worden, die insbesondere über die Erreichbarkeit junger Erwachsener mit uns Gespräch kamen.
- Das Männerbüro Hannover e.V. stellte sich und ihre Angebote vor.
- Die SAG besuchte die neue Tagesstätte Werte e.V., Angebote und Räumlichkeiten wurden vorgestellt.
- Unterstützende Flüchtlingssozialarbeit für die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

in der Region Hannover, vorgestellt von Barbara Wellmann, Austausch und Diskussion.

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

Das Team der Beratungsstelle in der Freytagstraße bedankt sich bei den Teilnehmern der SAG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weiterhin interessierte Teilnahme im Jahr 2018.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße

von **Andreas Roempler**  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstr. 6, 30175 Hannover, ist dem Fachbereich Soziales (OE 50) der Region Hannover angegliedert. Ihr obliegt im Rahmen der vorbeugenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen die Betreuung von psychisch erkrankten Menschen und deren Familien, die in der Region Hannover ihren Aufenthaltsort haben.

Um diese Aufgaben effektiv wahrnehmen zu können, ist die Region Hannover mit 1.170.469\* (31. März. 2017) EinwohnerInnen in mehrere Beratungsstellen-Sektoren aufgeteilt, für die jeweils Ärztinnen, SozialarbeiterInnen und Fachpflegekräfte tätig sind. Die Leitung der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen obliegt einem Facharzt für Psychiatrie, dem Teamleiter Dr.med. Thorsten Sueße.

(\* Quelle: Statistische Kurzinformationen 6/2017/Region Hannover)

Zuständigkeit in den Stadtteilen: Brinkhafen, Burg, Hainholz, Herrenhausen, Ledeburg, Leinhausen, Marienwerder, Hannover-Mitte, Nordhafen, Nordstadt, Oststadt, Stöcken, Vahrenwald und Vinnhorst.

### Sitzungstermine:

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Königstraße 6 fanden die Treffen der SAG regelmäßig (außer in der Sommerpause) alle zwei Monate, in der Regel,

jeweils am ersten Mittwoch des entsprechenden Monats in der Zeit von 14:00 Uhr - 15:30 Uhr statt.

Tagungsorte: Königstr. 6, 30175 Hannover, Balance, Südstr. 34, 31515 Wunstorf

### Teilnehmerkreis:

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

AHMB e.V., AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V., Balance (betreutes Wohnen), beta-Zuverdienst, beta Tagesstätte, Beratungsstelle Region Hannover, Dr. med. Anne Wilkening, ErA, Ergotherapeutische Ambulanz Königstraße, FaBel, Gfl mbH, Hannoversche Werkstätten GmbH (Autismus Alltags Assistenz), Hannoversche Werkstätten, Institutsambulanz Königstraße, JobCenter, Künstlerhaus Aue, Bunthus, KSD Fachbereich Jugend und Familie - Landeshauptstadt Hannover, Kommunaler Seniorenservice - Landeshauptstadt Hannover, Mosaik gem., MÖWE ABW, Polizei Hannover (Kontaktbeamte), Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. (VPE), WERTE e.V., Kf-PP-Tagesklinik

### Schwerpunkte, Akzente und behandelte Themen:

- Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ)
- Angebote für traumatisierte Flüchtlinge
- Eine Angebotsliste für traumatisierte Flüchtlinge (mit Schwerpunkt auf traumatisierte geflüchtete Frauen) liegt vor.
- Angebote für psychisch erkrankte Eltern
- Es wurde ausführlich darüber gesprochen, welche Angebote in Hannover existieren, die psychisch erkrankte Eltern im Umgang mit ihren Kindern sensibilisieren und unterstützen. Dabei wurde das Familienprojekt HaKip (Hannoversches Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern) kurz vorgestellt.
- Information über das Wohn- und Betreuungskonzept für Menschen mit Pflegebedarf und/oder psychischen Beeinträchtigungen nach der Zeit in einer
- Justizvollzugsanstalt (Wohnungslosen-Einrichtung Herberge zur Heimat Himmelsthür)
- Pflegestärkungsgesetz:  
Seit dem 01.01.2017 ist das dritte Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten. Informationen, Neuigkeiten, Auswirkungen

- Informationsveranstaltung, Vortrag, mit anschließender Diskussion über versch. psychiatrische Erkrankungen (Herr Kapels)

### Vorstellungen:

- Der Fachbereich Ergotherapie von Balance stellt sein neues Angebot „Metakognitives Training bei Schizophrenie (MTK-S) oder Depression (MTK-D)“ vor.
- Balance stellt seinen Nebenstandort in Wunstorf vor. Insgesamt betreuen 4 MitarbeiterInnen des hannoverschen Balance-Teams von dort aus das Klientel aus Wunstorf. Gleichzeitig bietet der Nebenstandort offene Gruppenangebote (Spielesachmittag u. Kochgruppe) an. Besichtigung am Standort.
- Die Autismus-Alltagsassistenz der Hannoverischen Werkstätten stellt ihr neues Kursangebot, Soziale Kompetenz-Gruppe für Menschen aus dem Autismus-Spektrum vor.
- Tagesstätte Laatzen  
KuGel, Kultur und Gesundheitsladen vorgestellt durch FIPS e.V.
- Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm Familien-Coaching-Center (Bildungsträger TERTIA)  
Mit dem „Familien-Coaching-Center“ bezieht das Jobcenter Region Hannover komplette Familien in die Beratung und Arbeitsmarktintegration ein.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaften Laatzen

von Horst-Peter Michel  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Wir bieten jeweils eine Sektorarbeitsgemeinschaft für die Bezirke Laatzen/ Hemmingen und Springe/Pattensen an.

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

Die Treffen wurden alternierend zu bereits bestehenden Arbeitskreisen geplant.

### Teilnehmerkreis:

Die Sektorarbeitsgemeinschaften waren mit jeweils ca. 20-25 Teilnehmern gut besucht. Es fand ein reger Austausch statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen u.a. aus der ambulanten psychiatrischen Pflege, der Suchtberatung, von der Polizei und vom Betreuungsgericht, aus der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe, den Beratungsstellen und dem Treffpunkt des Diakonieverbands, dem Jobcenter und den Fachdiensten Jugend und Soziales der beteiligten Städte. Auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer nahmen teil.

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

### Bearbeitete Themen:

Springe/Pattensen: Die Sitzungen finden im DRK-Gebäude in Springe statt. Dort wird von unserer Sozialarbeiterin Frau Prella seit vielen Jahren auch eine Sprechstunde und eine Gesprächs- und Aktivitätsgruppe angeboten.

Im Februar stellte Herr Brunsch, Compass Pflegeberatung, die Neuerungen im Pflegestärkungsgesetz vor, wofür wir ihm auch an dieser Stelle noch einmal herzlich danken möchten. Die für November geplante Sitzung musste aus organisatorischen und personellen Gründen leider entfallen.

Laatzen/Hemmingen: Im Frühjahr traf sich die Sektorarbeitsgemeinschaft im neuen Veranstaltungszentrum der Bremermann Gesundheitsdienste, Alter Markt 1, 30880 Laatzen. Frau Duensing führte uns durch die Räumlichkeiten und erläuterte, dass das Angebot ‚Plaudercafe‘ ausgebaut und um diverse Gruppenangebote erweitert wurde, die nun im Veranstaltungszentrum stattfinden können. Die Gruppenangebote können über die Pflegeversicherung, Ambulante Psychiatrische Pflege (APP), Pflegekurse oder selbstzahlend finanziert werden.

Unsere Herbstsitzung fiel in diesem Jahr aus, weil wir u.a. mit den Umzugsvorbereitungen aus der Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen in neue Räumlichkeiten in der Würzburger Str. 17, 30880 Laatzen beschäftigt waren. Der Umzug fand am 07.12.2017 statt.

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

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Ute Hauser  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Der Sektor der Beratungsstelle Langenhagen umfasst die Bezirke Langenhagen, Burgwedel, Isernhagen und Wedemark.

### Sitzungstermine:

Die Treffen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft werden regelmäßig einmal im Quartal mittwochs in der Zeit von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr geplant.

Aufgrund von personellen Engpässen konnten im Jahr 2017 nur drei Sitzungen stattfinden.

### Teilnehmerkreis und teilnehmende Einrichtungen:

Die Sitzungen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren mit jeweils ca. 20 bis 25 Teilnehmern gut besucht. Der Teilnehmerkreis setzt sich zusammen aus Anbietern der Ambulant psychiatrischen Pflege, der Suchtberatung, Kontaktbeamten der Polizei, der Institutsambulanz Langenhagen, Anbietern aus ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe und den Beratungsstellen selber, dem Job-Center sowie rechtlichen Betreuern und Betreuerinnen.

### Bearbeitete Themen:

- Vorstellungen verschiedener Einrichtungen wie Beta-TaB,
- Tagesstätte von Werte e. V.
- Informationen über den Aufgabenbereich: Psychiatriekoordinator und Drogenbeauftragter bei der Region Hannover
- Informationsaustausch und Optimierung des Informationsflusses zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen.
- Bundesteilhabegesetz.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

von Yuanyuan Zhang  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Der Sektor von der Beratungsstelle List umfasst die Stadtteile/-bezirke List, Zoo, anteilig Oststadt und anteilig Lahe. In dem Einzugsgebiet der Beratungsstelle leben ca. 78.000 EinwohnerInnen.

### Sitzungstermine:

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

### Teilnehmerkreis:

Die Teilnehmer der Sektor- Arbeitsgemeinschaft setzen sich zusammen aus Vertretern von: Betreuungsstelle - Region Hannover, Job Center, Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, KSD - Fachbereich Jugend und Familie, AHMB e.V., Gemeinschaft für Integration (GFI, GmbH), AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. - Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta89 e.V., Hannoversche Werkstätten GmbH, Autismus AlltagsAssistenz (AAA), Vahrenheider Werkstatt, ITB e.V., Künstlerhaus Aue, Mosaik GmbH, WERTE e.V., FIPS e.V., Wohnheim Ferdinand Wallbrecht Straße, GmbH, CarePool, Pflegedienst, Polizeiinspektion OST, rechtlicher Betreuer, Niedergelassen Psychiater, PIA MHH.

### Schwerpunkte und bearbeitete Themen:

Erfahrungsaustausch über die Abgrenzung bzw. Schnittstellen von ABW und gesetzlicher Betreuung.

- Diskussion über Qualitätsstandards Ambulant Betreuten Wohnens
- Auswirkung des Pflegestärkungsgesetzes (u.a. Einführung von Pflegegrad und neuen Begutachtungsverfahren) auf unsere KlientInnen
- Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und ambulanter psychiatrischer Pflege
- Problematik des Wohnungsmarktes für die KlientInnen, einen Wohnraum zu finden.
- Neue Angebote: Soziale Kompetenzgruppe für Mensch mit Autismus-Spektrum-Störung;



- Tagesstätte Wert e.V.
- Verschiedenen Fallvorstellungen.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz

von Richard Plank  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle: Der Sektor der Beratungsstelle umfasst die Stadtteile/-bezirke Kleefeld, Roderbruch, Teile von Groß-Buchholz, Heideviertel/-siedlung, Misburg, Anderten, Kirchrode und Teile von Lahe.

### Sitzungstermine:

Im Februar, Mai, August und November am jeweils 4. Donnerstag von 12:30 – 14:30 Uhr. Gastgeber waren im Februar 2017 das buntHus, im Mai die Tagesstätte Resonanz SPZ Seelberg GmbH, im August die Jugendwerksiedlung e.V. Bollnäserstr. und im November die Mosaik gem.GmbH. Die gastgebenden Einrichtungen stellten ihre Angebote vor.

### Teilnehmerkreis:

20 – 34 Teilnehmer waren vertreten: ABW, Wohnheime, LHH Unterkunft für Frauen, Betreuungsstelle Region Hannover, Tagesstätten, Inklusionsangebote, Sektorklinik, Ergo-Praxis, Kontaktstellen, VPE e.V., Kommunale Seniorenhilfe LHH, Polizei, JobCenter, WfbM, Landesblindenzentrum, Quartierssozialarbeit, APP, Berufsbetreuerin, KSD, Familienhilfe, Jugendhilfewohnrichtung u.a.

### Bearbeitete Themen:

- Wie im Vorjahr der problematische Wohnungsmarkt, der es erheblich erschwert, Menschen das Leben in einer eigenen Wohnung zu ermöglichen. Zugleich nimmt die Toleranz gegenüber den Betroffenen ab, sodass es häufiger zu Kündigungen und Räumungen kommt. Benennung und Weitergabe sowie entstigmatisierende Unterstützungsarbeit wurden vereinbart.
- Fehlende, niedrigschwellige, passgenaue Angebote und Hilfen für junge Betroffene im Alter von 18 - 30 Jahren. Die SAG hat vereinbart, zukünftig Informationen über Angebote und Bedar-

fe zusammenzutragen und im kommenden Jahr ein neues Angebot im Sektor zu initiieren.

- Ältere Betroffene mit ansteigenden, multiplen Hilfsbedarf. Die SAG hat vereinbart in diesem Bereich noch enger Austausch, Kooperation und Zusammenarbeit zu praktizieren.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt (Gemeindepsychiatrisches Koordinierungsgespräch in der KRH-Psychiatrie Wunstorf)

von Alexandra Schubert und Frederik Müller  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle in Neustadt am Rübenberge, Team 50.10.08 versorgt die Städte Neustadt, Wunstorf und Garbsen sowie die dazugehörigen Dörfer. In unserem Einzugsgebiet befindet sich als große psychiatrische Klinik das Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, welche neben den drei benannten Städten auch weitere Gebiete rund um die Region Hannover versorgt.

### Sitzungstermine:

Im KRH Wunstorf findet seit Jahren ein Gemeindepsychiatrisches Koordinierungsgespräch im Quartalsabstand statt.

### Teilnehmerkreis:

Zu diesem Gespräch werden Akteure und Anbieter des stationären, teilstationären und ambulanten Hilfe- und Versorgungsystems rund um psychische Erkrankungen eingeladen.

### Bearbeitete Themen:

Es erfolgt dabei ein reger Austausch zwischen den benannten Institutionen zu wechselnden aktuellen Tagesordnungspunkten, wie z.B. Berichte aus den Institutsambulanzen und Tageskliniken, Berichte aus den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, optimiertes Entlassungsmanagement aus den Kliniken, Inkrafttreten des BTHG und Auswirkungen auf die praktische Arbeit, Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Flüchtlinge, Bildung neuer Arbeitsgruppen, die

Vorstellung neuer Anbieter und Angebote sowie der Bekanntgabe von Terminen und Veranstaltungen für das nächste Quartal. Im gemeinsamen Dialog werden neue Strukturen, Entwicklungen und Abstimmungen des psychiatrischen Versorgungssystems besprochen und erarbeitet, sodass auf etwaige Veränderungen und Entwicklungen zeitnah reagiert werden kann, mit dem Ziel, die Qualität der Zusammenarbeit zu optimieren.

Wir als Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover nehmen diese Termine regelmäßig wahr und bringen uns aktiv mit ein. Das Gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch ist daher von seiner Ausrichtung und seinen Inhalten wie eine Sektor-Arbeitsgemeinschaft zu werten und wird von uns auch als vergleichbares Angebot gesehen und genutzt.

---

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

### Sitzungstermine:

Die Regelung besteht weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle 2 Monate, jeweils am 2. Dienstag des Monats von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr trifft. Insgesamt fanden bis einschließlich November 2017 vier Sitzungen statt.

### Teilnehmerkreis:

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes und des Kommunalen Seniorenservices, der Beratungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens von Beta 89, Pro Casa, die Hannoversche WohnAssistenz, Werte e. V., die Gesellschaft für Integration, Möwe und EA Wilkening Pflegeheime (ambulant betreutes Wohnen), Balance (Abteilung für ambulant betreutes Wohnen), Diakoniestation (ambulant betreutes Wohnen), Fips gGmbH (ambulant betreutes Wohnen), eine Mitarbeiterin der Diakoniestation von Wohnen+, Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker

in Niedersachsen und Bremen e. V., Mitarbeiter des VPEs, Mitarbeiter der Institutsambulanz und der Ergotherapie des KRH Psychiatrie Langenhagen, Mitarbeiter des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter sowie Mitarbeiter des Werkheim e. V., Mitarbeiter vom Birkenhof ambulante Pflegedienste und Mitarbeiter des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V., ebenso wie Mitarbeiter der Praxis für Ergotherapie Havekost, eine Mitarbeiterin der gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH (Tagesstätte Vielfältig) und Mitarbeiter der Mosaik gGmbH inklusiv Leben. Als neue Teilnehmer konnten wir jeweils eine Mitarbeiterin der Oskar-Kämmer-Schule und des AWO-Zuverdienst-Projektes begrüßen.

### Bearbeitete Themen:

Thematisch befassten wir uns in den Treffen mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Vorstellung der Zuverdienstearbeitsmöglichkeiten bei Beta Tab und AWO
- Das Angebot der Oskar-Kämmer-Schule
- und vor Ort, das Angebot der Balance-Therapie gGmbH in der Goethestraße

Wir befassten uns hauptsächlich mit den Beschäftigungs- und Ausbildungsmöglichkeiten schwer psychisch erkrankter Menschen.

Wie auch in den letzten Jahren, waren die Treffen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft gut besucht.

Das Team der Beratungsstelle Plauener Straße bedankt sich bei den Teilnehmern der Sektor-AG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weitere interessierte und rege Teilnahme im Jahr 2018.

---

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde

von Sabine Krumpholz  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

Bericht über die im Jahr 2017 durchgeführten SAG im Sektor der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde mit den zugehörigen Städten, Stadtteilen und Gemeinden: Barsinghausen, Gehrden, Ronnenberg, Seelze, Wennigsen und dem Stadtteil Badstedt der LHH.

### Sitzungstermine:

Die SAG tagte - jeweils von 14:00 bis 16:00 Uhr - am 22.02.2017 in den Räumen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Empelde, am 23.08.2017 in den Räumen des Fachpflegedienstes Caspar & Dase in Barsinghausen, Egestorfer Str. 4 und am 22.11.2017 fand die SAG im Sozialen Haus (Soziales Beratungszentrum) in Seelze statt.

### Teilnehmerkreis:

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

Die Teilnehmerzahl beträgt durchschnittlich ca. 25 Personen.

### Bearbeitete Themen:

- Veränderungen bei der Pflegeversicherung und die Neuerungen im Pflegegeldgesetz II, vorgetragen von Frau Schomacker vom Senioren- und Pflegestützpunkt Calenberger Land.
- Inhalte und Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege, auch in Abgrenzung zum ambulant betreuten Wohnen, vorgetragen von Herrn Roddau vom Fachpflegedienst Caspar & Dase.
- Maßnahmen des Jobcenters, vorgetragen von Frau Sessoyeff vom Jobcenter Seelze und Frau Freise vom Jobcenter Barsinghausen, sowie
- Inhalte und Durchführung der Psychosozialen Beratung (PSB), vorgetragen von Herrn Schwarz von 360 Grad e. V.

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

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

von Jürgen Gundlach  
(Mitglied der Ombudsstelle)

### Vorbemerkungen

Seit Februar 2005 setzt sich die Ombudsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen aus der Region Hannover ein. Zu ihren Kernaufgaben zählen die Unterstützung und auch die Stärkung von Menschen, die psychisch erkrankt sind. Der Fokus liegt auf der Sicherung und Verbesserung der psychiatrischen, psychologischen und sozialpädagogischen Behandlung und - letztlich auch - auf einen menschenwürdigen Umgang mit den Betroffenen. Die Ombudsstelle begleitet und unterstützt erkrankte Menschen bei der Wahrung ihrer Rechte und Interessen gegenüber unterschiedlichen Institutionen, wie beispielsweise Kliniken, Wohnheimen, Betreuern und Fachpersonen. Die Beschwerden und/oder Eingaben beziehen sich auf Fragen oder Anregungen im Zusammenhang mit der Unterbringung, ärztlicher Behandlung, Therapie oder psychosozialer Betreuung. Grundsätzlich werden Beschwerden und/oder Eingaben unabhängig, zeitnah und ohne großen bürokratischen Aufwand im Sinne von „unterstützen bis schlichten“ bearbeitet. Dies geschieht u.a. durch:

- Eine objektive Betrachtung der Beschwerde und/oder Eingabe.
- Das Abwägen der jeweils vorgebrachten Argumente.
- Das Aussprechen einer Empfehlung zur Erreichung einer für alle Seiten zufriedenstellenden Lösung.

### Beschwerdefälle

Seit Februar 2005 hat die Ombudsstelle fast 360 Beschwerden bearbeitet. Der Zeitaufwand für die Bearbeitung der einzelnen Beschwerdefälle ist je nach Komplexität unterschiedlich, in Einzelfällen führt die Ombudsstelle mehrere Gespräche mit dem Beschwerdeführer und/oder Institutionen.

Im Jahr 2017 hat die Ombudsstelle 27 Beschwerden bearbeitet. So wurden beispielsweise 15 Beschwerden von Betroffenen eingereicht und 11 Beschwer-

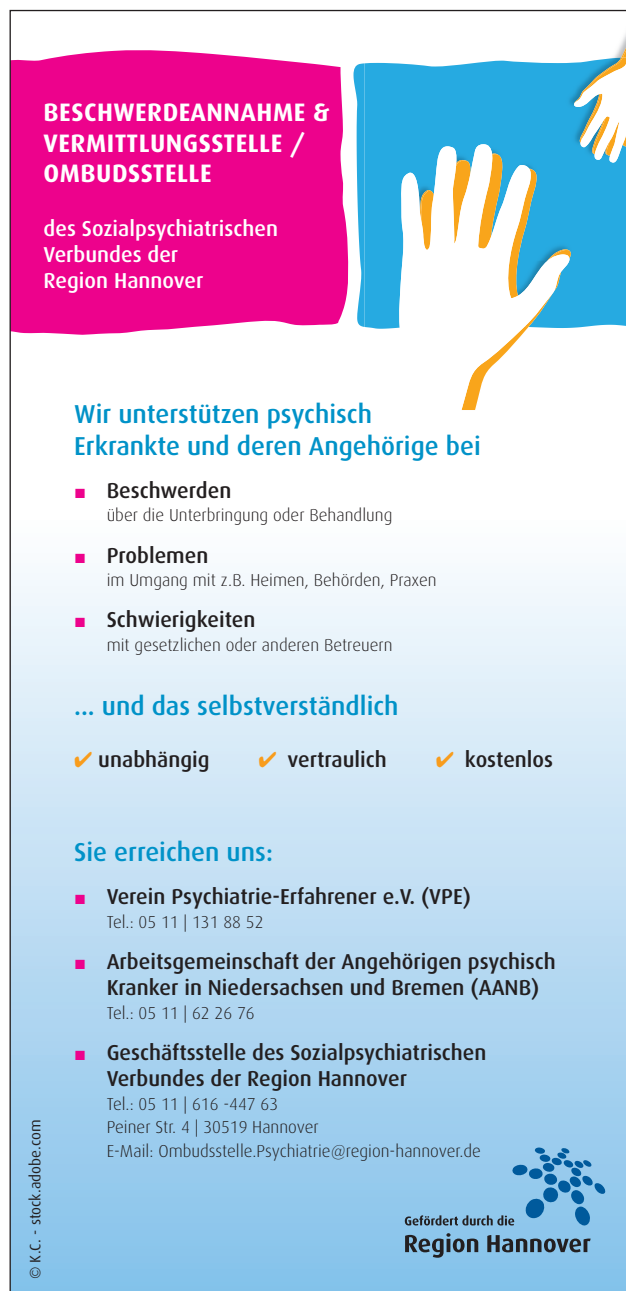
den von Angehörigen. Eine Beschwerde, die von einem Mitarbeiter eines Heimes eingereicht wurde, haben wir an die Besuchskommission weitergeleitet. Die Anlässe der Beschwerden sind unterschiedlich. Beispielsweise ging es in 11 Beschwerdefällen um die Unterbringung und den Umgang in Kliniken, und jeweils in 5 Beschwerdefällen um den Aufenthalt in Wohnheimen und um die Zusammenarbeit mit den Betreuern.

### Informationsunterlagen

Für die Öffentlichkeitsarbeit wurde von den Mitgliedern der Ombudsstelle der bisherige Flyer optisch überarbeitet und den Institutionen zur Verteilung / zum Auslegen zur Verfügung gestellt. Neu hinzugekommen ist eine Information über die Ombudsstelle im handlichen Format (Visitenkartengröße)

### Schaubild

Für weitergehende Informationen über die Aufgaben und die Vorgehensweise der Arbeit der Ombudsstelle haben wir auf Seite 106 ein übersichtliches Informationsschaubild entwickelt.



**BESCHWERDEANNAHME & VERMITTLUNGSSTELLE / OMBUDSSTELLE**

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

**Wir unterstützen psychisch Erkrankte und deren Angehörige bei**

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

**... und das selbstverständlich**

✓ unabhängig    ✓ vertraulich    ✓ kostenlos

**Sie erreichen uns:**

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

© K.C. - stock.adobe.com

Gefördert durch die  
**Region Hannover**

## OMBUDSSTELLE:

### Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes

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

#### Wer kann die Ombudsstelle in Anspruch nehmen?

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

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

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

#### Wie kann der Kontakt zur Ombudsstelle aufgenommen werden?

##### Ansprechpartner sind:

**VPE** - Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Telefon: 0511 – 131 88 52

**ANBB** - Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.

Telefon: 0511 – 62 26 76

**SpV** - Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Telefon: 0511 – 62 26 76

oder über eMail: [Ombudsstelle.Psychiatrie@region-hannover.de](mailto:Ombudsstelle.Psychiatrie@region-hannover.de)

#### Was ist für die Bearbeitung erforderlich?

Nach der ersten Kontaktaufnahme sind für die weitere Bearbeitung erforderlich:

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

#### Wie arbeitet die Ombudsstelle

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

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

Abhängig vom konkreten Anliegen wird Kontakt zu den Beteiligten aufgenommen:

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

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

#### Wann ist die Ombudsstelle beendet?

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

**Stand: November - 2017**



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

### Einleitung

von Stefan Pohl und Matthias Eller  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

In diesem Sonderteil für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover finden Sie Berichte von ambulanten sowie stationären Trägern der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie der Eingliederungshilfe.

Neben der Versorgungssituation in den jeweiligen Einrichtungen werden in den Berichten Schwierigkeiten, Trends und Zukunftsperspektiven beschrieben. Auffällig oft werden eine Zunahme von diagnostizierten Krankheitsbildern sowie eine Zunahme am Schweregrad der Erkrankungen bzw. des (Not-) Falles beschrieben. Eine Häufung von Diagnosen aus dem autistischen Spektrum – insbesondere dem Asperger-Autismus – wird ebenfalls beobachtet. Einige

Autorinnen und Autoren weisen auf die Schwierigkeiten mit der Umstellung auf die inklusive Beschulung hin mit der Konsequenz einer deutlichen Steigerung der Eingliederungshilfe „Schulassistenz“. Mit dem

Wechsel von der Förderschule auf die Regelschule benötigen einige Schülerinnen und Schüler zusätzliche Unterstützung. Die Betreuungshäufigkeit von Kinder und Jugendlichen mit aktuellen Flüchtlingserfahrungen nimmt offenbar leicht ab, spielt jedoch in den meisten Einrichtungen weiterhin eine erhebliche Rolle.

### AMBULANTE VERSORGUNG

#### Niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxen

von Rainer F. Janitzek  
(Sprecher der niedergelassenen Fachärzte für KJPP)

In der Region Hannover bestehen z.Zt. 21 kinder- und jugendpsychiatrische Praxen, davon 18 mit einer Sozialpsychiatrievereinbarungszulassung, d.h. mit einem breiter gefächerten interdisziplinären Angebot heilpädagogischer, psychotherapeutischer und sozialpädagogischer Fachkräfte. Die übrigen 3 Praxen arbeiten überwiegend psychotherapeutisch. 7 sozialpsychiatrische Praxen beschäftigen angestellte Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Somit sind in der



Region Hannover ca. 30 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie im niedergelassenen Bereich beschäftigt. Im Quartal werden ca. 300 Patienten in den Einzelpraxen behandelt, in den Gemeinschaftspraxen entsprechend mehr.

### **Entwicklungen / Trends / neue Projekte:**

Laut der statistischen Angaben zählen Aufmerksamkeitsstörungen und emotionale Störungen neben den schulbezogenen Leistungsstörungen (Teilleistungsstörungen) zu den häufigsten Diagnosen. Tendenziell erhöht hat sich der Anteil von Aspergerdiagnosen. Ungebrochen ist der Trend im schulischen Bereich, Schulhelfer im Rahmen des §35a KJHG einzusetzen und dies nicht nur für Kinder mit speziellen Störungsbildern (z.B. Aspergersyndrom). Diese Entwicklung ist vermutlich auf die Einführung der Inklusion in der Schule zurückzuführen, für deren Umsetzung die schulischen Voraussetzungen nicht in ausreichendem Maße geschaffen wurden. Förderstunden werden selten oder in geringem Umfang angeboten, bindendifferenzierter Unterricht klappt, so der Eindruck, selten. Ob Schulhelfer hier auf Dauer eine Problemlösung sind ist fraglich.

### **Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover**

von Verena Handtke  
(Diplom Sozialpädagogin)

Unsere personelle Situation betreffend kann berichtet werden, dass eine Psychologen-Stelle (30 Wochenstunden) seit September 2017 vakant ist, aber voraussichtlich spätestens Anfang 2018 wieder besetzt werden wird.

Des Weiteren wird es für alle Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein neues Leitungsmodell geben. Vorgesehen ist z.B. für unseren KJP-Bereich eine neue halbe Stelle zu schaffen, für die sich Bewerber - berufsübergreifend - intern u./od. extern bewerben können.

Die Umstellung auf eine neue Telefonanlage inklusi-

ve neuem Faxgerät sorgte für einigen Unmut sowohl bei den MitarbeiterInnen unserer Beratungsstelle und hier insbesondere bei den Teamassistenten wie sicherlich auch bei denen, die oft vergeblich versuchten uns zu erreichen.

Ebenso nahm die Vorbereitung auf eine Softwareumstellung für klientenbezogene Leistungserfassung, Statistik, Dokumentation und Datenschutz, an der ein Kollege beteiligt war, viel Zeit in Anspruch.

Bei telefonischen Anmeldungen von Kindern und Jugendlichen lag viel Gewicht auf unserer Clearingfunktion. Oft werden wir von Eltern, aber ebenso von KollegInnen des ASD, KSD oder der Schulsozialarbeit für eine - auch anonyme - Fallberatung angefragt, die vom jeweiligen Innendienst übernommen wird.

Insgesamt gesehen gab es bei den Anmeldungen im Jahr 2017 keine großen Veränderungen. So entsprach die Geschlechterverteilung der Angemeldeten in etwa der des Vorjahres, ebenso wie die Verteilung auf Stadt und Region Hannover, wobei es hier durchaus unterschiedlich hohe Anmeldezahlen aus verschiedenen Gebieten gibt. Die Klientel ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ hat nach wie vor einen hohen Anteil bei Anmeldungen.

Überproportional häufig wurde v.a. Autismus-Spektrumstörung als Anmeldegrund genannt, was sich aber bei genauerer Diagnostik nicht immer als zutreffend herausstellte. (Modediagnose?)

Die Anmeldung von Flüchtlingen nahm Anfang des Jahres deutlich ab. Neben UMAs gab es auch etliche Minderjährige, die mit ihren Familien nach Deutschland kamen, wodurch Auffälligkeiten evtl. zunächst kompensiert wurden und erst nach einiger Zeit zu Tage traten. Um hier die Vernetzung und Versorgungsstrukturen zu verbessern wurde im Juni aus der Fachgruppe für Kinder und Jugendliche heraus eine Arbeitsgruppe gebildet, an der neben VertreterInnen von FAB e.V., dem Kinderschutzzentrum, der FEB Ronnenberg, dem SPZ auch ein Mitarbeiter unserer Beratungsstelle beteiligt ist. Ein weiteres Ziel ist Verselbständigungsprozesse insbesondere für 18/19 jährige Flüchtlinge im Übergang ins junge Erwachsenenalter zu fördern.

Eine Kollegin ist an der Konzeptionsentwicklung zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern in der Region und Stadt Hannover beteiligt sowie an der viermal jährlich stattfindenden Intervisionsgruppe, in der es zu diesem Schwerpunkt einen Fachinput und Fallbeprehungen mit kollegialer Beratung gibt. 2017 wurde in Kooperation mit einer Kollegin des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene eine Fortbildung für MitarbeiterInnen der freien Jugendhilfeträger angeboten sowie von einem Kollegen ein Fachtag zu diesem Thema für MitarbeiterInnen des KSD gestaltet.

Vom Arbeitskreis für Suizidprävention wurde auch in diesem Jahr wieder eine zweitägige Aktion für Schüler aus Stadt und Region Hannover sowie ein Abend für Profis im Winnicott-Institut zum Thema „Zwischen Höhenflug und Absturz“ -Jugendliche in suizidalen Krisen verstehen und begleiten - organisiert.

Erwähnenswert wäre außerdem die Mitarbeit einer Kollegin im Sprechergremium der 'Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst' (BAG), die sich viermal pro Jahr bundesländerübergreifend zum fachlichen Austausch zu unterschiedlichen Themen trifft sowie alle zwei Jahre eine Fachtagung in Kooperation mit der 'Akademie für öffentliches Gesundheitswesen' organisiert. So findet im Jahr 2018 am 15. und 16. März in den Räumen des Stephansstiftes eine Fachtagung zum Thema „Total vernetzt – Chancen und Risiken digitaler Medien“ statt.

---

## **Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend**

**von Matthias Möller**  
(Diplom Supervisor, Leitung)

Mit einem neuen Versorgungskonzept startete die Region Hannover in das Berichtsjahr 2016. Die Neuausrichtung beinhaltet eine deutlich verbesserte Versorgung und eine gleichmäßige und bedarfsbezogene Ressourcenverteilung. Zugrunde gelegt ist die Versorgungsquote von einer Fachkraft für 3.650 junge Menschen unter 21 Jahren und die verbesserte Ver-

sorgung definierter Zielgruppen (Kinder- und Jugendliche mit Transferleistungsbezug, Alleinerziehende, Familien mit niedrigem Bildungsgrad, Familien mit Migrationshintergrund). Dabei steuert die Region Hannover die Beratungsleistungen in 19 Kommunen. Beteiligt sind die regionseigenen Familien- und Erziehungsberatungsstellen und geförderte Beratungsstellen freier Träger. Die Städte Hannover und Langenhagen erhalten Fördermittel für die eigene Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger mit Leistungen der Familien- und Erziehungsberatung.

Die regionseigenen Familien- und Erziehungsberatungsstellen, die Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Stadt Hannover und die von der Region Hannover geförderten Beratungsstellen freier Träger sind im Netzwerk Familienberatung verknüpft. Neben den Beratungsstellen, die die Grundversorgung mit Leistungen der Familien- und Erziehungsberatung sicherstellen, gehören auch die Fachberatungsstellen für die Themen sexueller Missbrauch, geschlechtsspezifische Beratung, Mediation und Trauma dazu.

Familien- und Erziehungsberatung ist eine niedrigschwellige Leistung der Jugendhilfe im Kontext der Hilfen zur Erziehung (§28 SGB VIII). Sie kann ohne Antragsstellung in Anspruch genommen werden. Sie richtet sich an Kinder und Jugendliche, deren Eltern oder andere Erziehungsberechtigte. Es können auch Personen beraten werden, die nicht als Sorgeberechtigte in den Erziehungsprozess involviert sind (nicht sorgeberechtigte Elternteile, Lebensgefährten von Sorgeberechtigten, Verwandte, Nachbarn, Lehrer etc.). Darüber hinaus gehören auch Beratungsleistungen nach §16 SGB VIII (präventive Leistungen), §17 SGB VIII (Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung), §18 SGB VIII (Beratung zu Sorge- und Umgangsrecht), §41 SGB VIII (Junge Volljährige) sowie nach §8a/b SGB VIII (Kindeswohlgefährdung) in das Profil der beteiligten Beratungsstellen.

Anlässe, eine Beratungsstelle aufzusuchen, sind insbesondere...

Familiäre Krisen, Beziehungskonflikte, seelische Probleme von Kindern und Jugendlichen, Verhaltensauffälligkeiten, Leistungsprobleme und Erziehungsunsicherheiten.

Ziele der Beratung sind die...

Klärung und Bewältigung individueller und familiärer Probleme und Konflikte, Vermeidung der Verfestigung und Chronifizierung von Problemlagen, Mobilisierung von familiären Ressourcen und Selbsthilfepotentialen. Die Ausgestaltung der Beratungs- und Hilfeangebote erfolgt je nach den Erfordernissen der individuellen Situation. Dabei kommen Methoden der Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik und Sozialarbeit zum Einsatz. Unterstützend kann psychologische und psychosoziale Diagnostik eingesetzt werden. Damit arbeiten die Familien- und Erziehungsberatungsstellen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen.

Die Region Hannover wurde mit ihren 21 Kommunen in 5 Versorgungsgebiete unterteilt. Während die Grundversorgung je Versorgungsgebiet im Wesentlichen durch eine Beratungsstelle erfolgt, stehen die Fachberatungsstellen mit ihren Spezialangeboten zentral zur Verfügung.

Im Berichtsjahr haben die 23 beteiligten Beratungsstellen in den 21 Kommunen der Region Hannover knapp 5.000 Beratungsfälle registriert, die sich folgendermaßen verteilen:

Die Beratungsdauer liegt in der überwiegenden Zahl der Fälle (68 %) bei 1 bis 5 Sitzungen. 19% kommen innerhalb von 6 bis 10 Sitzungen zum Abschluss und

**BILD 2 | 23 BETEILIGTE BERATUNGSSTELLEN IN DEN 21 KOMMUNEN DER REGION HANNOVER**



9% innerhalb von 11 bis 20 Sitzungen. Nur in wenigen Fällen (4%) läuft einer Beratung länger als 20 Sitzungen. Die Beratungsanlässe lassen sich wie folgt gruppieren:

- |   |      |
|---|------|
| • Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte         | 53 % |
| • Eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern:                    | 14 % |
| • Seelische Probleme, Entwicklungsauffälligkeiten des jg. Menschen: | 9 %  |
| • Problemlagen der Eltern, z.B. psychische Erkrankung, Sucht        | 8 %  |
| • Auffälligkeiten im sozialen Verhalten des jg. Menschen            | 6 %  |
| • Schulische, berufliche Probleme des jg. Menschen                  | 4 %  |
| • Kindeswohlgefährdung  | 3 %  |
| • Sonstige  | 3 %  |

Die Familien- und Erziehungsberatungsstellen haben sich im Berichtsjahr in besonderem Maße im Rahmen der Frühen Hilfen engagiert. Neben der Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern (sogenannte Schrei-Sprechstunden) wurden in Zusammenarbeit mit dem Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin regelmäßige Sprechstunden in 28 ausgewählten Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Durch dieses Vor-Ort-Angebot soll insbesondere die Klientel erreicht werden, die bei Bedarf nicht von sich aus in die Beratungsstelle kommt.

## Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie

von Michael Wachtendorf  
(Leitender Dipl.-Psychologe)

Das Zeitfenster für die durchschnittlichen Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich gestaltete sich z. T. uneinheitlich, da durch mitarbeiterspezifische Gründe (Schwangerschaften, Erkrankungen etc.) Kompensationen nicht immer zeitnah umsetzbar waren. Die Wartezeiten für junge Kinder und/oder spezifische Anmeldegründe konnten weiterhin auf angemessenem Niveau gehalten werden.

### Trends bzw. Entwicklungen im Kinder- und Jugendbereich:

Es sind weitere spezialisierte Angebote in einzelnen Bereichen entstanden. Die Vorbereitung auf das Angebot einer Regulationssprechstunde, die 2017 eingeführt werden soll. Erweiterung des Angebotes im Bereich der Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen.

Die Ausweitung im Bereich der Psychoedukation nimmt breiten Raum ein.

Die Inklusion beschäftigt uns im Rahmen der Beratungsinhalte und in der Interaktion mit Behördeneinrichtungen weiterhin sehr. Dies betrifft sowohl die Beratung der Eltern als auch Empfehlungen im Rahmen der weiteren schulischen Vorgehensweise (Schulbegleitung, Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf etc.).

Die Anmeldezahlen von Flüchtlingskindern haben weiter deutlich zugenommen. Neben den Sprachproblemen in diesem Bereich nimmt auch die Zahl der Kinder, die mehrsprachig aufwachsen weiterhin zu – dies führt häufig zu einer besonderen Form von sprachlichen Problemen.

### Perspektiven und Empfehlungen:

Ausweitung von Erziehungsberatungsangeboten für Flüchtlingskinder und deren Eltern, die die spezifischen Besonderheiten der Herkunftsländer berücksichtigen. Ebenso sollten die spezifischen psychotherapeutischen Möglichkeiten in diesem Bereich dem Bedarf mehr angepasst werden.

## STATIONÄRE VERSORGUNG

### Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf

von Annette Redslob  
(Chefärztin)

#### Zur Versorgungssituation und Veränderungen:

Die Versorgungssituation in der KJPP Wunstorf hat sich im stationären Bereich in 2016 weiterhin auf dem angespannten Niveau des Vorjahres bewegt. Die Fallzahlen haben sich auf hohem Niveau stabilisiert. Auf den übrigen beiden Stationen gibt es reguläre Wartezeiten zwischen 3 und 5 Monaten.

Im Tagesklinikbereich gibt es insbesondere für den Jugendlichenbereich weiterhin eine hohe Nachfrage. Die Wartezeiten für beide Tagesklinikstationen bewegen sich zwischen 2 und 6 Monaten, wobei die Wartezeiten im Kinderbereich eher 2-3 Monate betragen. Eine Erweiterung im tagesklinischen Bereich am Standort für die Altersgruppe 11-14 Jahre wurde beim zuständigen Ministerium beantragt.

In 2016 war eine deutliche Zunahme von Notaufnahmen meist unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter in akuten Krisensituationen zu verzeichnen, während Vorstellungen in der Institutsambulanz oder Anmeldungen zur regulären stationären Therapie sich in Grenzen hielten.

Über einen in 2015 gestellten Antrag auf Fördermittel zur Realisierung eines Neubaus mit zusätzlichen 8 Planbetten für eine besonders geschützte Akutstation sowie einer weiteren Therapiestation wurde in 2016 noch nicht abschließend entschieden, so dass ein Beginn der Baumaßnahme in 2017 nicht realistisch erscheint. Daher ist eine vorläufige Inbetriebnahme in einer Ausweichstation am Standort geplant, um der angespannten Versorgungssituation gerecht werden zu können.

#### Entwicklungen / Trends / neue Projekte:

Weiterhin hohe Fallzahlen bei einer weiteren Zunahme an Notaufnahmen insbesondere auch im Kinderbereich.

Zunahme von Notaufnahmen meist unbegleiteter min-

derjähriger Geflüchteter in akuten Krisensituationen Die in der Institutsambulanz eingerichteten Spezialsprechstunden für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störungen sowie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit Schlaf-, Schrei- oder Fütterstörungen werden gut angenommen. Ein Angebot, das in der Erwachsenenpsychiatrie behandelten Eltern, die sich Sorgen um ihre Kinder machen, unkompliziert und niedrigschwellig ermöglicht, sich zur Beratung in der KJPP vorzustellen, wird weiter ausgebaut und modifiziert.

### AMEOS Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim

von Hans-Jörg Bethge  
(Leitender Dipl.-Psychologe)

Die Hildesheimer Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt reizvoll in einem Grüngürtel am Stadtrand von Hildesheim und verfügt über ein großes Park-, Spiel- und Sportgelände sowie über ein Schwimmbad. Die Klinik verfügt über eine Institutsambulanz, 78 vollstationäre Behandlungsplätze, verteilt auf 7 Stationen, sowie über eine Tagesklinik mit 16 Behandlungsplätzen, verteilt auf 2 Stationen. Im Sinne der gemeindenahen Versorgung wurden 3 Außenstellen mit jeweils einer Tagesklinik und einer Ambulanz in Hameln, Alfeld und Goslar gegründet.

Unsere Aufgaben umfassen die Prävention, Diagnostik und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Wir helfen in psychiatrischen Krisensituationen, bei Beeinträchtigungen der seelischen und körperlichen Entwicklung, bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, bei Verhaltensstörungen. Bei Suchtproblematiken leistet die Klinik eine Akutentgiftung.

#### Spektrum des Behandlungsangebots

Die Behandlung ist verhaltenstherapeutisch und systemisch orientiert und geht auf die Anliegen und Bedürfnisse aller Beteiligten ein. Wir therapieren multiprofessionell und es wird je nach vorliegendem Störungsbild für den Patienten individuell ein Behand-

lungsplan vom Team erstellt. Unser Team besteht aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Mitarbeitern aus dem Pflege- und Erziehungsdienst sowie einem breiten Angebot von Fachtherapien (Musik-, Ergo-, Motopädie-, Lern- und Kunsttherapie, ergänzt durch tiergestützte Therapien sowie erlebnispädagogische Angebote).

Es besteht unverändert eine hohe Inanspruchnahme der Klinik. Der Personalbestand orientiert sich nach der Psychiatrie-Personalverordnung.

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

#### **Entwicklungen / Trends / neue Projekte:**

Es wird eine Zunahme von Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen aus dem autistischen Formenkreis, speziell dem Asperger-Syndrom, beobachtet. Weiter steigt die Anzahl der Patienten mit Schulabsentismus vor allem im Jugendalter mit zu teil burnout ähnlichen Symptomatiken. Vor diesem Hintergrund wird eine Station mit einem speziellen Konzept zur Behandlung von Schulverweidern betrieben.

Die Notwendigkeit und Nachfrage bezüglich Erziehungsprogrammen seitens der Eltern steigt stetig. Hierfür werden eine ADHS-Elterngruppe sowie Trip-P- und STEP- Elterngruppen angeboten.

### **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und psychosomatik am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover**

von Burghard Neuhaus  
(Chefarzt)

Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover stellt die Versorgung der Gemeinden Hannover, Langenhagen, Isernhagen und Burgwedel sicher. Darüber

hinaus gibt es eine Inanspruchnahme bezüglich der Behandlungsschwerpunkte auch über die Region Hannover hinaus. In Hannover bieten wir 79 vollstationäre und 12 tagesklinische Plätze für Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit jugendtypischen Symptomatiken sowie eine Institutsambulanz.

In Celle unterhält das Kinder- und Jugendkrankenhaus zudem eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik mit 12 Therapieplätzen für Kinder, Jugendliche und jungen Erwachsenen mit jugendtypischen Symptomatiken und eine Institutsambulanz.

Neben der Pflichtversorgung bestehen besondere Behandlungsschwerpunkte für Essstörungen, insbesondere Anorexie, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (Therapiestation Teen Spirit Island), Psychotraumatheapie und Schulvermeidung.

Eine besondere Versorgungsqualität besteht bei psychosomatischen Erkrankungen durch die intensive Zusammenarbeit mit der kinderheilkundlichen Abteilung im Hause. Bereits vor einigen Jahren hat die Therapiestation für drogen-konsumierende und abhängigkeitserkrankte Jugendliche „Teen Spirit Island“ Behandlungsplätze für medienabhängige Jugendliche eröffnet, die gut in Anspruch genommen werden.

#### **Entwicklungen / Trends / neue Projekte:**

Wir verzeichnen eine volle Auslastung bei rückläufigen Liegedauern, was zu verkürzten Wartezeiten führt. Die Wartezeiten sind saisonal unterschiedlich, um die Sommerferien konnte im Vorjahr zeitweilig zeitnah aufgenommen werden.

Eine besondere Herausforderung stellt zunehmend die Versorgung von Patienten dar, die im Anschluss an den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Unterbringung in der Jugendhilfe benötigen. Obwohl die Erforderlichkeit einer außerfamiliären Unterbringung meist länger mit den Jugendämtern kommuniziert ist, kommt es zu Situationen, in denen die Patienten in suboptimale oder provisorische Jugendhilfemaßnahmen kommen. Dies beeinträchtigt häufig den Behandlungserfolg. Seitens der Leitungen der Jugendämter ist das Problem erkannt. Grund



ist ein Mangel an geeigneten Jugendhilfeanbietern, besonders für Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung. Insbesondere im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen besteht ein zusätzlicher Bedarf an geeigneten Jugendhilfe- bzw. Rehabilitationsplätzen.

## AMBULANTE VERSORGUNG IM ÜBERGANGSBEREICH VON KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PÄDIATRIE, ERZIEHUNGSBERATUNG SOWIE EINGLIEDERUNGSHILFEN

### Fachbereich Jugend der Region Hannover, Team Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII (Achstes Buch Sozialgesetzbuch)

von Ramona Heuer  
(Leitung)

Die Region Hannover finanziert als örtlicher Träger der Jugendhilfe ambulante, teilstationäre und vollstationäre Hilfen für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit einer (drohenden) seelischen Behinderung. Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII sind eine fachärztliche Stellungnahme hinsichtlich der (drohenden) Abweichung der seelischen Gesundheit länger als sechs Monate vom alterstypischen Zustand sowie die Feststellung einer daraus resultierenden Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die Form der Hilfe richtet sich nach dem Bedarf des Einzelnen und erfolgt in Form von ambulanter Hilfe (z. B. Schulbegleitung, flexible Einzelbetreuung, Behandlungseinheiten in Zentren für autistische Kinder und Jugendliche bzw. bei Teilleistungsstörungen), teilstationärer Hilfe (z. B. Tagesgruppe, STEP-Schule) oder vollstationärer Hilfe (z. B. in

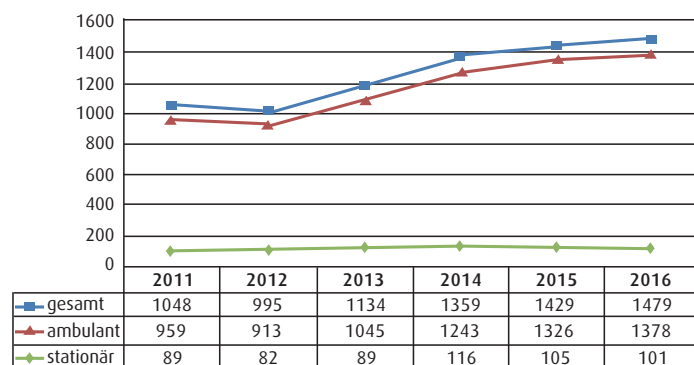
einer therapeutische Wohngruppe).

Insgesamt ist eine deutliche Zunahme an diagnostizierten psychiatrischen Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren festzustellen, was vermutlich auf die frühzeitige Inanspruchnahme von Fachärzten durch die Eltern sowie umfassendere Informationsmöglichkeiten (Internet, Erziehungs- und Entwicklungsratgeber) zurückzuführen ist.

Gleichzeitig hat der Anteil schwer psychisch erkrankter Minderjähriger zugenommen und sich deutlich verjüngt. Für diese Kinder und Jugendlichen gibt es insbesondere im Bereich der Krisenintervention kein ausreichendes Angebot. Hier gilt es, geeignete Angebote zu schaffen.

Die in den vergangenen Jahren verzeichnete kontinuierliche Zunahme der geleisteten Eingliederungshilfen setzte sich auch in 2016 fort. Dieser Trend schlägt sich v. a. im Zusammenhang mit einer (drohenden) Teilhabebeeinträchtigung im schulischen Kontext nieder. Als eine Ursache hierfür ist die Umsetzung der inklusiven Schule seit 2013 in Verbindung mit dem Wegfall bzw. der Reduzierung der Förderschulen zu nennen. So führt die Beschulung in deutlich größeren Klassenverbänden der Regelschulen zu einem höheren Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit seelischer Behinderung. Auch haben sich die Kosten der Schulbegleitung im Einzelfall durch die Ausweitung der täglichen Unterrichtszeiten in den Nachmittag hinein (Trend zur Ganztagschule) erhöht.

Geleistete Eingliederungshilfen



Quellenangabe: Region Hannover/eigene Daten/Team 51.18

Seit dem Schuljahresbeginn 2015/2016 erprobt die Region eine Poolbildung im Bereich der Schulbegleitungen (Poolbildung = eine Schulbegleitung für mehrere Schüler/-innen) mit dem Ziel einer rechtskreisübergreifenden Bündelung von Ressourcen, einer gezielteren Bedarfsdeckung sowie einer verbesserten Einbindung der Schulbegleiter/-innen in den Schulablauf.

## Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII im Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover

von Wolfgang Sievers  
(Leitung)

Anträge auf Eingliederungshilfe werden in den Dienststellen des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) im Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover bearbeitet. Rechtsgrundlage für die Bearbeitung der Hilfefälle für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist der § 35 a SGB VIII.

Bei der Eingliederungshilfe handelt es sich nicht um eine Hilfe zur Erziehung (HzE), sondern um eine eigenständige Leistung nach dem SGB VIII. HzE begründet gem. § 27 Abs. 1 SGB VIII einen erzieherischen Bedarf bei den Personensorgenberechtigten (Anspruchsberechtigte). Eingliederungshilfe begründet keinen erzieherischen Bedarf, sondern eine individuelle Teilhabebeeinträchtigung aufgrund einer seelischen Störung. Anspruchsberechtigt ist bei der Eingliederungshilfe das Kind/ der/ die Jugendliche/ der/ die junge Erwachsene selbst, nicht die Personensorgeberechtigten (im Antragsverfahren handelt der gesetzliche Vertreter g. § 1626 BGB).

In jedem Fall, in dem im Rahmen der Jugendhilfe Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII beantragt wird, erfolgt eine Einzelfallprüfung. Der individuelle Bedarf und die daraus resultierende erforderliche Leistungsgewährung werden durch die zuständige Fachkraft im Zusammenwirken mit Eltern, Kind, Schule, Fachärzten und durchführendem Dienst im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII im jeweiligen Einzelfall festgelegt.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form, z. B. der Einsatz einer Schullassistentin, Autismus spezifische Therapie, flexible Einzelbetreuung, systematische Übungsbehandlung bei Vorliegen einer Teilleistungsstörung (Legasthenie/ Dyskalkulie),
  - in teilstationären Einrichtungen, z. B. Tagesgruppe, STEP-Schule,
  - durch geeignete Pflegepersonen und
  - in vollstationärer Wohnform, z. B. therapeutische Wohngruppe,
- geleistet.

Auffällig im Bereich der Eingliederungshilfen g. § 35 a SGB VIII sind die stetig steigenden Fallzahlen in der Hilfeform „Schulassistentin“. Zwischen 2013 bis 2016 sind die Fallzahlen in dieser Hilfeform um 52,56 % gestiegen. Zu einem großen Teil lässt sich der Anstieg bei den geleisteten Schulassistentinnen auf die Einführung der inklusiven Beschulung 2013 zurückführen. Die Annahme, dass einige Schülerinnen/ Schüler, die bis 2013 eine Förderschule ohne eine zusätzliche Schulassistentin besucht haben, mit dem Wechsel auf die Regelschule nun doch eine Schulassistentin benötigen, hat sich bestätigt.

Leistungen der Eingliederungshilfe in Form der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung sind nach § 10 Abs. 1 SGB VIII grundsätzlich nur in den Fällen nachrangig zu prüfen, in denen das öffentliche Schulsystem die angemessene Beschulung der behinderten Kinder nicht mit eigenen Mitteln bzw. eigenem Personal sicherstellt. Wenn die Jugendhilfe hier also für seelisch behinderte Kinder in die Hilfe eintritt, handelt sie als sogenannter „Ausfallbürge“, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen sonst keine Unterstützung bekämen.

## Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover

von Hans-Jürgen Behn  
(Clearingstelle)

Die Clearingstelle ist eine Einrichtung der Landeshauptstadt Hannover im Fachbereich Jugend und Familie - Kommunalen Sozialdienst (KSD). Sie ist ein Rund-um-die-Uhr-Angebot für Kinder, Jugendliche, Familien, Fachkräfte und die Polizei, 365 Tage im Jahr und die MitarbeiterInnen stehen für persönliche oder telefonische Beratung Kindern, Jugendlichen, Sorgeberechtigten und Fachkräften anderer Institutionen zur Verfügung.

Der Aufgabenbereich der Clearingstelle umfasst folgende Schwerpunkte:

- Inobhutnahmeeinrichtung (8 Plätze für Jugendliche im Alter von vierzehn bis zum vollendeten siebzehnten Lebensjahr)
- Sicherstellung der Erreichbarkeit für die Jugendhilfe in den Abend- und Nachtstunden, am Wochenende und an Feiertagen
- Zuständigkeit für alle Kinder und Jugendliche, die keinen Wohnsitz in Hannover haben, sich aber im Stadtgebiet aufhalten und einen Jugendhilfebedarf haben
- Vermittlung aller Inobhutnahmen im Stadtgebiet Hannover in geeignete Inobhutnahmeeinrichtungen in- und außerhalb von Hannover

Zuständigkeit für alkoholisierte Jugendliche, die sich im Kinderkrankenhaus auf der Bult befinden  
Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Die personelle Ausstattung in der Clearingstelle umfasst neun Dipl. SozialpädagogInnen / Dipl. SozialarbeiterInnen, zwei Hauswirtschaftskräfte, eine Verwaltungsangestellte, eine Berufspraktikantin /Berufspraktikant im Anerkennungsjahr und eine Sachgebietsleitung. Die Stellen der SozialpädagogInnen werden nach Möglichkeit paritätisch mit männlichen bzw. weiblichen MitarbeiterInnen besetzt.

Das angebotene Aufgabenspektrum der Clearingstelle wird gut angenommen. Im Jahr 2016 wurde 1373-mal Kontakt zur Clearingstelle aufgenommen. In 556 Fällen konnten Inobhutnahmen durch Beratung vermieden werden. In Obhut genommene Jugendliche werden bis zur Klärung der weiteren Perspektive (z.B. Rückkehr in den elterlichen Haushalt, stationäre Fremdunterbringung etc.) in der Clearingstelle betreut. Die Verweildauer in der Einrichtung ist unterschiedlich. Ein Aufenthalt variiert zwischen einigen Tagen und mehreren Wochen und ist auch davon abhängig, ob geeignete Anschluss Maßnahmen gefunden werden. Einige Jugendliche werden wiederholt in der Clearingstelle aufgenommen.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 817 Babys, Kleinkinder und Jugendliche in Obhut genommen. Die Unterbringung erfolgte in der Clearingstelle, bei Bereitschaftspflegekräften, beim Heimverbundes (städtischer Träger) oder bei freien Trägern der Jugendhilfe in und außerhalb Hannovers. Der Trend im Jahr 2014/15 von vermehrten Inobhutnahmen von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen hat sich im Jahr 2016 fortgesetzt, so wurden insgesamt 329 UMF in Obhut genommen. Gegenwärtig sind die Zahlen jedoch rückläufig.

Deutlich wird, dass die Vermittlung aus der Inobhutnahme in eine stationäre Jugendhilfe/Behindertenhilfe sich zunehmend schwieriger gestaltet. Ursachen sind u.a. Jugendliche mit multiplen Problemlagen, die bereits häufige Abbrüche in Einrichtungen und lange Phase der Inobhutnahme erlebt haben. Deutlich hieran wird, dass der Erfolg von Jugendhilfe bei Kindern und Jugendlichen sehr wesentlich davon abhängig ist, frühzeitig Klarheit über erforderliche Hilfen zu vermitteln. Hierzu gehören insbesondere eine frühzeitige und verbindliche Hilfeplanung, eine Beteiligung der Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten sowie keine ungeplanten Entlassungen aus stationären Hilfen. Ziel muss sein, die Dauer von Inobhutnahmen möglichst kurz zu gestalten, was wesentlichen Einfluss auf die Biografien der Kinder/Jugendlichen hat.

## ANHANG

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	
Bartoszak, Gabriele	Landeshauptstadt Hannover Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin, Sachgebietsleitung - Kommunaler Sozialdienst - Koordinierungsstelle Kinderschutz und Frühe Hilfen Blumenauer Str. 3/7, 30449 Hannover, E-Mail: Gabriele.Bartoszak@hannover-stadt.de
Behn, Hans-Jürgen	Landeshauptstadt Hannover Fachbereich Jugend und Familie, Clearingstelle, Nikolaistr. 13, 30159 Hannover E-Mail: 51.26Clearingstelle@hannover-stadt.de
Bethge, Hans-Jörg	Leitender Dipl.-Psychologie, AMEOS Klinikum Hildesheim – Fachklinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie und Psychotherapie Goslarsche Landstraße 60, 31135 Hildesheim E-Mail: info@hildesheim.ameos.de
Blanke, Uwe	Psychiatriekoordinator   Drogenbeauftragter Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Peiner Str. 4, 30519 Hannover E-Mail: Uwe.Blanke@Region-Hannover.de
Broßat-Warschun, Anke	Landeshauptstadt Hannover Leiterin des Fachbereichs Jugend und Familie Ihmeplatz 5, 30449 Hannover E-Mail: 51.Fachbereichsleitung@Hannover-Stadt.de
Dietl, Birgit	Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover E-Mail: Dietl@hka.de
Deilami, Resa	Dipl.-Psychologin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Dietl, Birgit	Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Dillo, Wolfgang, Dr. med	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt der Station 50b MHH,
Elgeti, Hermann, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin Sprecher der Fachgruppe „Dokumentation“, Region Hannover, Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung (II.3), E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.dw

<b>Eller, Matthias</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de
<b>Eink, Michael, Prof. Dr.</b>	Dipl.-Pädagoge Hochschullehrer, Abteilung Soziale Arbeit Hochschule Hannover Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, E-Mail: michael.eink@hs-hannover.de
<b>Geis, Holger</b>	Landeshauptstadt Hannover - Heinemanhof Einrichtungsleitung Heinemanhof 1-2, 30559 Hannover E-Mail: Holger.Geis@Hannover-Stadt.de
<b>Gorski-Schmidt, Patricia</b>	Diakovere - Haus am Leuchtturm Pflegedienstleitung Henriettenweg 5, 30655 Hannover E-Mail: Patricia.Gorski-Schmidt@Diakovere.de
<b>Gundlach, Jürgen</b>	Mitglied der Ombudsstelle Region Hannover - Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Peiner Str. 4, 30519 Hannover E-Mail: juergengundlach@yahoo.de
<b>Handtke, Verena</b>	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover, E-Mail: Verena.Handtke@region-hannover.de
<b>Hauser, Ute, Dr. med</b>	Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7A, 30853 Langenhagen E-Mail: Ute.Hauser@region-hannover.de
<b>Heidorn, Thomas</b>	Region Hannover Leiter des Fachbereichs Soziales der Region Hannover Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover E-Mail: Thomas.Heidorn@region-hannover.de
<b>Heller, Markus</b>	Geschäftsführer Ambulantes Zentrum Hannover Ricklinger Str. 5c, 30449 Hannover Sprecher Fachgruppe Gerontopsychiatrie E-Mail: m.heller@ambulantes-zentrum-hannover.de
<b>Henß-Jürgens, Henning</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-Sozialarbeiter, Region Hannover, - Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover E-Mail: Henning.Henss-Juergens@region-hannover.de
<b>Heuer, Ramona</b>	Region Hannover - Fachbereich Jugend Team 51.22 - Eingliederungshilfe § 35 a SGBVIII –Leitung Hildesheimer Str. 265, 30519 Hannover E-Mail: Ramona.Heuer@region-hannover.de

Janitzek, Rainer F.	Dipl.-Päd., Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie Brabeckstr. 167b, 30539 Hannover E-Mail: kontakt@praxis-janitzek.de
Johanning-Schönfeld, Ulrike	Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover, E-Mail: Ulrike.Johanning-Schoenfeld@region-hannover.de
Jordan, Erwin	Region Hannover Dezernent für Soziale Infrastruktur / Regionsrat Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ Ethno-Medizinisches Zentrum Königstr. 6, 30175 Hannover E-Mail: akimil@ethnomed.com
Kirschnick-Tänzer, Sabine	Fachärztin f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Oberärztin Vorsitzende des „Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie“ Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf Email: sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu
Koch, Jana	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin Hannoversche Werkstätten gem. GmbH Leitung Ambulante Angebote Hildesheimer Str. 29, 30169 Hannover E-Mail: jana.koch@hw-hannover.de
Krumpholz, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg-Empelde E-Mail: Sabine.Krumpholz@region-hannover.de
Kurth, Henning	Dipl.-Sozialpädagoge/-Sozialarbeiter Sprecher der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, Werkheim e.V., Büttnerstr. 9, 30165 Hannover E-Mail: Kurth@werkheim.de
Lagerbauer, Catrin	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover, E-Mail: Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de
Landmann, Andreas	Geschäftsführer Hof Windheim gGmbH Stadthagen - Projekt Probsthagen, Stellv. Vorsitzender im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen, Mitglied der BK Hannover, Lüdersfelder Str. 10, 31655 Stadthagen, E-Mail: Landmann@besuchskommission-hannover.de
Levin, Roland	Region Hannover Leiter des Fachbereichs Soziales der Region Hannover Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover E-Mail: Roland.Levin@region-hannover.de



<b>Loer, Annette</b>	Richterin am Amtsgericht Hannover, Stellv. Vorsitzende Betreuungsgerichtstag e.V., Mitglied der BK Hannover Volgersweg 1, 30175 Hannover E-Mail: Annette.Loer@justiz.niedersachsen.de, Loer@besuchskommission-hannover.de
<b>Meister, Frank</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-Sozialarbeiter, Geschäftsführer, 360° e.V. Sprecher Fachgruppe „Inklusion“ Volgersweg 32, 30161 Hannover E-Mail: info@360-grad-hannover.de
<b>Meyenburg, Almut</b>	Bethel im Norden - Anna-Meyberg-Haus Einrichtungsleitung Bleekstraße 20, 30559 Hannover E-Mail: Almut.Meyenburg@Bethel.de
<b>Michel, Horst-Peter, Dr.</b>	Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen Horst-Peter.Michel@region-hannover.de
<b>Möller, Matthias</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Supervisor, Region Hannover - Fachbereich Jugend, Leitung Familien- und Erziehungsberatung Spittaplatz 5 , 31303 Burgdorf E-Mail: Matthias.Moeller@region-hannover.de
<b>Moll-Vogel, Eva</b>	Präsidentin Landgericht Braunschweig Mitglied im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Kran- kenversorgung des Landes Niedersachsen, Mitglied der BK Hannover, E-Mail: Moll-Vogel@besuchskommission-hannover.de
<b>Müller, Frederik</b>	B. A. Soziale Arbeit Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Goethestraße 15a, 31535 Neustadt, E-Mail: Frederik.Müller@region-hannover.de
<b>Neuhaus, Burghard, Dr.</b>	Chefarzt Kinder und Jugendkrankenkrankenhause Auf der Bult Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Janusz-Korzak-Allee 12, 30173 Hannover E-Mail: neuhaus@hka.de
<b>Neveling, Monika</b>	Dipl.- Pädagogin, VPE Hannover e.V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover, E-Mail: vpehannover@arcor.de
<b>Niemann, Nicole, Dr.</b>	VPE Hannover e. V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover E-Mail: vpehannover@arcor.de
<b>Piel, Ansgar</b>	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Referent Niedersächsischer Landespsychiatrieplan Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover E-Mail: ansgar.piel@ms.niedersachsen.de

<b>Plank, Richard</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-Sozialarbeiter, Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Podbielskistr. 158, 30177 Hannover E-Mail: Richard.Plank@region-hannover.de
<b>Pohl, Stefan</b>	Dipl.-Psychologe Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover, E-Mail: Stefan.Pohl@region-hannover.de
<b>Redslob, Anette</b>	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefärztin KRH-Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu
<b>Reichert-Boers, Uwe</b>	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialpädagoge, Sprecherteam der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ Königstr. 6, 30175 Hannover E-Mail: umreich@web.de
<b>Roempler, Andreas</b>	Sozialarbeiter Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Königstraße 6, 30175 Hannover, E-Mail: Andreas.Roempler@region-hannover.de
<b>Rolfes-Neumann, Doris</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover, E-Mail: sozialpsychiatrie-bs04@region-hannover.de
<b>Schäfer, Therese</b>	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Str. 4, 30519 Hannover E-Mail: Therese.Schaefer@region-hannover.de
<b>Schambortski, Heike, Dr</b>	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg E-Mail: heike.schambortski@bgw-online.de
<b>Schomakers, Marco</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-Sozialarbeiter Einrichtungsleitung Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V., Wohnheim „Nordfelder Reihe“ Nordfelder Reihe 25, 30159 Hannover, Stellvertretender Sprecher FG Inklusion E-Mail: marco.schomakers@awo-hannover.de
<b>Schubert, Alexandra, Dr. med.</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Goethestraße 15a, 31535 Neustadt, E-Mail: Alexandra.Schubert@region-hannover.de

<b>Seelhorst, Rose-Marie</b>	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V. Wedekindplatz 3, 30161 Hannover E-Mail: RM-SL@t-online.de
<b>Sievers, Wolfgang</b>	Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Kommunaler Sozialdienst, Fachleitung für Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII, Blumenauer Str. 5-7, 30449 Hannover, E-Mail: Wolfgang.Sievers@Hannover-Stadt.de
<b>Stilhammer, Martina</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin Psychosoziale Betreuung Substituierter Drobs Hannover - Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Odeonstr. 14, 30159 Hannover E-Mail: martina.stilhammer@step-niedersachsen.de
<b>Sueße, Thorsten, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG) Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover Peiner Str. 4, 30519 Hannover, E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de
<b>Tänzer, Andreas</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie KRH-Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Andreas.Taenzer@krh.eu
<b>Theye-Hoffmann, Birgit</b>	beta89 Betreutes Wohnen, Abteilungsleiterin, stellv. Sprecherin FG Soziale Wiedereingliederung Rotermundstraße 27, 30165 Hannover E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de
<b>Tomaske, Sabine</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin, Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover, E-Mail: Sabine.Tomaske@Region-Hannover.de
<b>Wachtendorf, Michael</b>	Sozialpädiatrisches Zentrum Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover E-Mail: Wachtendorf@hka.de
<b>Weidner, Oliver</b>	Dipl.-Ergotherapeut, Leitung Ergotherapie, Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis, KRH-Psychiatrie Langenhagen Rohdehof 3, 30853 Langenhagen E-Mail: oliver.weidner@krh.eu
<b>Willems, Manfred</b>	Hannoversche Werkstätten gem. GmbH, Prokurist, Leiter Entwicklung und Bildung Sprecher FG Soziale Wiedereingliederung, Thurnithstraße 1, 30519 Hannover, E-Mail: manfred.willems@hw-hannover.de

Woike, Frank	Dez.III/Beauftragter für Sucht und Suchtprävention, Landeshauptstadt Hannover, Hamburger Allee 25, 30161 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Sucht und Drogen“ frank.woike@hannover-stadt.de
Zhang, Yuanyuan, PD Dr. med.	Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Podbielskistr. 158, 30177 Hannover E-Mail: YuanPDDr.med.Zhang@Region-Hannover.de

Glossar der Fachbegriffe	
63er-Vollzug	Unterbringung zur Behandlung von psychisch kranken Straftätern in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)
64er-Vollzug	Unterbringung zur Behandlung von suchtkranken Straftätern in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)
Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung	Diese Arbeitshilfe wurde in der Fachgruppe Forensische Psychiatrie entwickelt, um Fachkräfte in der Risikoeinschätzung zu unterstützen. Ein sehr gut zu handhabendes, praxisorientiertes Instrument.
Besuchskommission	Wird vom Niedersächsischem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung berufen. Bei den Besuchen der Krankenhäuser und Einrichtungen prüfen die Besuchskommissionen, ob bei allen Maßnahmen gegenüber den Kranken oder Behinderten auf deren Zustand besondere Rücksicht genommen wird. Sie berichten dem Ausschuss mindestens einmal jährlich.
EX-IN	Eine spezifische Ausbildung von psychiatriee erfahrenen Menschen, die dafür qualifiziert, als MitarbeiterIn in psychiatrischen Einrichtungen als GenesungsbegleiterIn tätig zu werden.
Fixierung	Fesselung von PatientenInnen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte, Riemen etc.) zu deren eigener Sicherheit oder dem Schutz anderer Personen. Fixierungen müssen dokumentiert werden, bedürfen immer der richterlichen Genehmigung.
FOGS & ceus consulting	Beratungsunternehmen: Die Arbeitsschwerpunkte liegen in der Beratung von (politischen) Entscheidern, Einrichtungen und Unternehmen im Gesundheits- und Sozialwesen.
Forensische Psychiatrie	Die Forensische Psychiatrie ist das Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Behandlung, der Begutachtung und der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern befasst.
Gefährdungsbeurteilung	Die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz (§§ 5, 6) umfasst als wesentlicher Bestandteil des betrieblichen Arbeitsschutzes die systematische Beurteilung der für die Beschäftigten mit Ihrer Arbeit verbundenen körperlichen und psychischen Gefährdungen und Belastungen und bildet damit eine wesentliche Grundlage für die Ableitung zielgerichteter Arbeitsschutzmaßnahmen.

Hinlauftendenzen	Der Drang von Demenzkranken, einen anderen Ort aufzusuchen zu wollen, z.B. die ehemalige Wohnung oder andere lebensgeschichtlich bedeutsame Orte. Früher wurde dafür auch der Begriff Weglauftendenz benutzt.
Inanspruchnahmeziffer	Bezeichnet den Grad der Nutzung von Angeboten in Bezug auf eine festgelegte Größe (z.B. 100.000 Einwohner).
Institutsambulanzen	Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist nach § 118 / SGB V die multiprofessionell arbeitende Ambulanz psychiatrischer Fachkrankenhäuser/Abteilungen. Ihr Auftrag ist die Behandlung von PatientInnen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Arztpraxen auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind
Konsiliare, konsiliarisch	Die konsiliarische Zusammenarbeit bezeichnet in der Medizin eine beratende Tätigkeit, um eine zweite einer anderen medizinischen Fachrichtung Meinung zu einer Fragestellung einzuholen.
Kustodial	Bewahrend, verwahrend, bewachend, in Verbindung mit der Psychiatrie i.S. von: ausschließlich an der Verwahrung und Unterbringung der Klientel orientiert.
Maßregelvollzug	Im Maßregelvollzug (forensische Psychiatrie) werden nach § 63 und § 64 des deutschen Strafgesetzbuches unter bestimmten Umständen psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter nach den Maßregeln der Besserung und Sicherung untergebracht
Peers	Als Peergroup bezeichnet man im englischen Sprachraum eine Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Interessen, Alter, Herkunft oder sozialem Status mit einer wechselseitigen Beziehung zwischen Individuum und Gruppe. In der Psychiatrie steht der Begriff Peers für Psychiatrie-Erfarene, die andere durch ihre Erfahrung unterstützen
Recovery-Orientierung Recovery-Modell	Das Recovery-Modell ist ein Konzept der „Wiedergesundung“ von psychischen Störungen und Suchtkrankheiten, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt.
Resilienz	Die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und/oder sozial vermittelte Ressourcen/Stärken als Anlass für Entwicklungen zu nutzen
S3-Leitlinie	Leitlinien dienen in der Medizin dazu die ÄrztInnen bei der Behandlung zu unterstützen. Sie geben auf der Grundlage klinischer Studien Empfehlungen. S3 steht für die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik.
Trialog trialogisch	Gleichberechtigter Erfahrungsaustausch zwischen Patienten, Angehörigen und Professionellen/Therapeuten, z. B. in Psychoseseminaren
Unterbringung	Die zwangsweise Aufnahme in eine psychiatrische Klinik.

Verzeichnis der Abkürzungen	
AANB e.V.	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.
AKG	Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie
BGH	Bundesgerichtshof
B.E.Ni.	Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EMZ	Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V.
FamGG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die deutschsprachige Übersetzung lautet Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
LPPN	Landespsychiatrieplan Niedersachsen
NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
SPP	Sozialpsychiatrischer Plan
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SpV	Sozialpsychiatrischer Verbund
VPE	Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V.







**Region Hannover**

**HERAUSGEBER**

Region Hannover  
Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes  
Peiner Straße 4  
30519 Hannover

[www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de)  
[www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

Stand 02.2018  
Auflage 600

ISSN 1865-7699