



**Team Gemeindepsychiatrie**

**Region Hannover**

---

# **Sozialpsychiatrischer Plan 2010**

## **des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**

**Herausgeber:**

Region Hannover

Team Gemeindepsychiatrie als Geschäftsführung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Weinstraße 2 • 30171 Hannover



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

### **Dr. Hermann Elgeti**

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

### **Vera Koch**

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

### **Dr. Thorsten Sueße**

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

### **Matthias Eller**

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

### **Stefan Pohl**

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

### **Manfred Preis**

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

### **Lothar Schlieckau**

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammensetzung der Fachgruppe "Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan" des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover</b> .....	2
--	---

## **Einleitung, Bewertung und Ausblick**

Wie man bei uns mit Krisen und Notfällen umgeht ... Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	8
Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema ( <i>Christian Harig</i> ) .....	12
Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker zum Schwerpunktthema ( <i>Rose-Marie Seelhorst</i> ) .....	14

## **Schwerpunktthema 2009: Krisen und Notfälle**

Was passierte, als uns die Scheichs den Ölhahn zudrehten – oder: Psychische Krisen aus systemischer Sicht ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	16
Der nervenärztliche Hintergrunddienst in der Landeshauptstadt Hannover ( <i>Norbert Mayer-Amberg</i> ) .....	21
Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes an der Versorgung psychiatrischer Krisen und Notfälle in der Region Hannover ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	24
Nehmen die kinder- und jugendpsychiatrischen Notfälle/Krisen zu? ( <i>Franz Güster</i> ) .....	25
Zur ärztlichen Notfallversorgung in stationären psychiatrischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen der Region ( <i>Manfred Preis</i> ) .....	28
Psychiatrische Krisen – Bewältigungsversuche der Angehörigen ( <i>Rose-Marie Seelhorst</i> ) .....	31
Vernetzung, Verantwortung, Verbindlichkeit Integrierte Versorgung als wirksames Instrument zur Umsetzung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ( <i>Helmut Thiede</i> ) .....	33
Zur Bedeutung der Bereitstellung von Hilfen in psychischen Krisen und Notfällen im Verbund ( <i>Lothar Schlieckau</i> ) .....	36

## Regionale Psychiatrieberichterstattung

Regionale Berichterstattung für das Jahr 2008 ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	40
Zielvereinbarungen ( <i>Lothar Schlieckau</i> ) .....	51
Bericht der Fachsteuerung Hilfekonferenzen ( <i>Therese Schäfer, Irene Röber</i> ) .....	53

## Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

### Berichte von 11 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ ( <i>Martin Mahlau</i> ) .....	56
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	58
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ ( <i>Andreas Tänzer</i> ).....	58
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen (Susanne Batram) .....	60
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ ( <i>Brigitte Harnau</i> ) .....	63
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ ( <i>Ingeborg Noort-Rabens</i> ) .....	64
Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	66
Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ ( <i>Reinhold Hemmesmann</i> ) .....	67
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ ( <i>Ahmet Kimil</i> ) .....	68
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ ( <i>Uwe Reichertz-Boers</i> ).....	70
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ ( <i>Wolfgang Bunde</i> ) .....	71

### Sektor-Arbeitsgemeinschaften

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße ( <i>Doris Rolfes-Neumann</i> ) .....	74
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße ( <i>Hildegard Georgiadis</i> ) .....	75
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße ( <i>Andreas Roempler</i> ) .....	75
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen ( <i>Horst-Peter Michel</i> ) .....	77
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen ( <i>Elaine Augsburger</i> ) .....	78
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List ( <i>Stefan Bartusch</i> ) .....	79
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Medizinische Hochschule ( <i>Susanne Steinmüller</i> ) .....	80
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße ( <i>Sabine Tomaske</i> ) .....	80
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg ( <i>Martin Fochler</i> ) .....	81

<b>Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)</b> ( <i>Uwe Blanke</i> ) .....	83
---	----

<b>Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie</b> ( <i>Lothar Schlieckau</i> ) .....	85
---	----

### Sonderteil

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien ( <i>Stefan Pohl u. Matthias Eller</i> ) .....	87
---	----

## **Ambulante Versorgung**

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereiches Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover ( <i>Stefan Pohl</i> ) .....	88
Winnicott-Institut ( <i>Kurt Brylla</i> ) .....	90
Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten ( <i>Rainer Janitzek</i> ) .....	90

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

Familien- und Erziehungsberatungsstellen in Barsinghausen, Burgdorf und Neustadt. ( <i>Petra von Stosch</i> ) .....	92
Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie ( <i>Michael Wachtendorf</i> ) .....	93

## **Stationäre Versorgung**

Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf ( <i>Anette Redslob</i> ) .....	94
Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses auf der Bult ( <i>Christian Schnetzer</i> ) .....	94
Bericht aus der Niedersächsischen Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim ( <i>Hans-Jörg Bethge</i> ) .....	95

## **Eingliederungshilfe**

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH ( <i>Christine Voigt</i> ) .....	96
Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen ( <i>Holger Thiermann</i> ) .....	97

Arbeitsgruppe 51.10 der Region Hannover, Fachdienst für Jugendliche / Ein-Gliederungshilfe gem. §35a SGB VIII ( <i>Sipra Morri</i> ) .....	98
Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen des Stephansstiftes ( <i>Petra Dehmlow</i> ) .....	99
Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung ( <i>Michael Theidel</i> ) .....	101
Clearingstelle des Fachbereichs Jugend und Familie der Stadt Hannover ( <i>Ursula Lerch-Fricke u. Rene Seiser</i> ) .....	102
<b>Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes</b> .....	104
<b>Organigramm</b> .....	108
<b>Codierungsliste</b> .....	109
<b>Datenblätter A, B und C</b> .....	111
<b>Autorenliste</b> .....	115
 <b>Anlagen</b> Übersichtskarten der Versorgungssektoren	

## **Wie man bei uns mit Krisen und Notfällen umgeht ... Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung**

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

Wie bereits in den Vorjahren stelle ich dem Sozialpsychiatrischen Plan 2010 im Folgenden eine „Lesehilfe“ voran. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwende ich häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer und Frauen gemeint sind.

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

- Das Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans widmet sich dem Thema Krisen und Notfälle. Ein wichtiges Thema, weil psychiatrische Notfälle immer auch mit potenzieller Lebensgefahr verbunden sind. Insofern ist es wichtig, die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten gut zu kennen und eventuelle Schwachstellen im Hilfenetzwerk rechtzeitig zu beheben.
- Was versteht man unter einer psychischen Krise? Wie kann sie entstehen und welche Funktionen kann sie haben? Bis zu welchem Punkt bin ich als Helfer in der Rolle des allparteilichen Krisenbegleiters, ab wann in Notfallsituationen in der Rolle des sozialen Kontrolleurs? Mit diesen Fragen beschäftige ich mich ab S. 16 aus der ressourcenorientierten Sicht eines systemisch denkenden Sozialpsychiaters.
- Herr Dr. Mayer-Amberg, Obmann der niedergelassenen Nervenärzte in Hannover, stellt ab S. 21 den nervenärztlichen Hintergrunddienst für die Landeshauptstadt und Laatzen vor. Gleich zu Beginn seines Artikels benennt Herr Dr. Mayer-Amberg die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, einen „rund um die Uhr“ verfügbaren ärztlichen Notdienst zu organisieren. Der nervenärztliche Hintergrunddienst ist zuständig während der Zeiten des fahrenden allgemeinen ärztlichen Notdienstes und kann von den jeweiligen Kollegen des primärärztlichen Notdienstes im Bedarfsfall hinzugezogen werden. Inzwischen könne von einer festen Etablierung dieser Einrichtung in der Stadt Hannover ausgegangen werden – so das Resümee des Artikels. Hier sehe ich den Bedarf, dass auch den Bürgern der anderen Städte und Gemeinden der Region Hannover ein derartiger nervenärztlicher Hintergrunddienst zur Verfügung steht.
- Ab S. 24 skizziere ich die Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes an der Versorgung von Krisen und Notfällen in der Region Hannover. Im Gegensatz zum Artikel von Herrn Dr. Mayer-Amberg vertrete ich die Auffassung, dass während der Praxisöffnungszeiten in der Stadt Hannover Notfallbehandlungen und Zwangseinweisungen nicht automatisch vorrangig vom Sozialpsychiatrischen Dienst zu erledigen sind.
- Zur psychiatrischen Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche, an der sich auch die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien der Region Hannover beteiligt, nimmt Herr Güster als dort tätiger Facharzt ab S. 25 Stellung. Er führt aus, dass die Anzahl von Hilfsbedürftigen, die in der Beratungsstelle eine Krisenintervention benötigen,

zugenommen hat. Überlastungen der Bettenkapazitäten in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie würden dazu führen, dass Aufnahme-Indikationen bei Krisen wiederholt von Kliniken infrage gestellt worden sind. Die Wartezeiten für stationäre Aufnahmen haben zugenommen, ebenso die Wartezeiten für ambulante Behandlungsplätze bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten. In diesem Zusammenhang halte ich es für ungünstig, dass die von Herrn Güster beantragte Behandlungsermächtigung vom KVN-Zulassungsausschuss und von der Widerspruchsinstanz in der Vergangenheit abgelehnt worden ist. Eine Umfrage bei den für die Region Hannover zuständigen Amtsgerichten hat ergeben, dass die Anzahl der Unterbringungsbeschlüsse für Kinder und Jugendliche eine steigende Tendenz aufweist. Grundsätzlich ein Hinweis auf verbesserungsbedürftige ambulante Versorgungsstrukturen, ob quantitativ und/oder qualitativ.

- Der Tätigkeitsbericht des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes (PPKD) der Region Hannover über das Jahr 2007 ab S. 36 informiert über die erfolgreiche Arbeit dieses nicht-ärztlichen Dienstes, der an Wochenenden und Feiertagen sowie freitags sein Angebot vorhält. Herr Schlieckau, Psychiatriekoordinator der Region Hannover, kommentiert den Tätigkeitsbericht und benennt wünschenswerte Erweiterungen dieser Hilfsmöglichkeit:
  - o Ein 24-stündiges Angebot für derartige Krisengespräche, da nicht alle Menschen in Krisensituationen den fahrenden ärztlichen Notdienst zu nutzen vermögen.
  - o Einen einheitlichen Krisen- und Notfallflyer.
  - o Krisenbetten an Allgemeinkrankenhäusern und „Weglaufhäuser“.
- Herr Preis, Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit „Pro Casa“ in Langenhagen, hat einen selbst entwickelten Fragebogen an psychiatrische Wohn- und Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover zur Erreichbarkeit von Ärzten in Notfallsituationen verschickt. Sein Artikel ab S. 28 beschäftigt sich mit den Ergebnissen dieser Befragung. Ein Auswertungsergebnis sind die Unterschiede zwischen Landeshauptstadt und Umland: Die Einrichtungen im Umland müssen länger als die in der Landeshauptstadt auf das Eintreffen eines Arztes warten, der wiederum seltener ein Facharzt für Psychiatrie ist und häufiger in die Klinik einweist. Die Leiter der Umland-Einrichtungen wünschen sich daher die Erreichbarkeit eines Facharztes für Psychiatrie „rund um die Uhr“, z. B. einen nervenärztlichen Hintergrunddienst wie für die Städte Hannover und Laatzen.
- Frau Seelhorst, Vorsitzende der „Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen“, berichtet ab S. 31 über die Erfahrungen Angehöriger mit Hilfen in psychischen Krisen. An ca. 650 Angehörige psychisch Kranker hatte Frau Seelhorst einen Fragebogen verschickt, davon hatten 60 Angehörige (also ungefähr 9%) geantwortet. Ergebnisse der Umfrage: Viele Angehörige fühlen sich hilflos und am Ende ihrer Kräfte, einige fordern einen Krisendienst „rund um die Uhr“. Zwei Angehörige beschreiben aus ihrer Sicht das Problem, wenn sich auch der Sozialpsychiatrische Dienst nicht in der Lage sieht, einem psychisch Kranken zu helfen, weil dieser jegliche Hilfe ablehnt. Die Mehrzahl der Angehörigen, die angeben, keinerlei Hilfe zu erhalten, sind nicht Mitglied in einer Angehörigengruppe, was aus meiner Sicht für die hilfreiche Funktion einer solchen Angehörigengruppe spricht. Ab S. 14 finden sich die Gedanken und Überlegungen wieder, die sich Frau Seelhorst beim Lesen der Artikel des Schwerpunktthemas gemacht hat. So merkt sie bezüglich des Krisen-



dienstes an, dass allein das Wissen um die Erreichbarkeit von Hilfe auf viele Kranke und deren Angehörige beruhigend wirke. Zudem müsse dringend über die Thematik „Krisenbetten“ diskutiert werden.

- Als Vertreter des „Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover“ verweist Herr Harig ab S. 12 auf die gemeinsame Stellungnahme seines Vereins und der „Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen“, in der gefordert wird, dass gemäß NPsychKG Hilfsangebote zu jeder Tageszeit Zwangseinweisungen vorgeschaltet werden müssen. Als einen Schritt in die richtige Richtung sieht er daher den Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienst in der Region Hannover. Den gesetzlichen Vorgaben könne der Krisendienst jedoch nicht gerecht werden, weil er nicht „rund um die Uhr“ erreichbar ist. Außerdem denkt Herr Harig in diesem Zusammenhang über eine personelle Aufstockung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und über Krisenbetten an Allgemeinkrankenhäusern nach. Zusätzlich noch über geschützte Räume für Menschen in Krisen („Weglaufhäuser“), vergleichbar den in Bremen vorhandenen Rückzugsräumen, die Herr Thiede in seinem Artikel (s. u.) vorstellt.
- Herr Thiede, Geschäftsführer der „Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH“ in Bremen, berichtet ab S. 33 über ein Angebot von Rückzugsräumen für Menschen mit psychischer Erkrankung in akuten Krisensituationen – im Rahmen der integrierten Versorgung – als Alternative für teil- oder vollstationäre Behandlungen. Ein „Krisenhaus“ steht für die Abend- und Nachtstunden zur Verfügung, die Betreuung tagsüber findet in der eigenen Häuslichkeit statt. Je nach Bedarf stehen den Betroffenen Hilfen von niedergelassenen Nervenärzten und ambulanten psychiatrischen Pflegediensten (inklusive Soziotherapie) zur Verfügung.
- **Zusammenfassend** bleibt zum **Thema Krisen- und Notfallversorgung in der Region Hannover** festzuhalten, dass es noch merkliche Unterschiede zwischen Landeshauptstadt und Umland gibt. In der Landeshauptstadt kann im Bedarfsfall „rund um die Uhr“ auf einen Facharzt für Psychiatrie zurückgegriffen werden. Nach Feierabend der Praxen und psychiatrischen Institutsambulanzen kann der fahrende ärztliche Notdienst jederzeit den nervenärztlichen Hintergrunddienst hinzuziehen. Die Fachärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf dem Gebiet der Landeshauptstadt sind durch ihre Behandlungsermächtigung Teil des vertragsärztlichen Systems und unterstützen über ihre originären Dienstzeiten hinaus die niedergelassenen Kollegen bei der Notfallversorgung. Im Umland gibt es weniger niedergelassene Nervenärzte (in einigen Städten nicht einen einzigen) und keinen nervenärztlichen Hintergrunddienst. Die ärztliche Notfallversorgung nach Feierabend wird durch den fahrenden (allgemeinen) ärztlichen Dienst geleistet. Die Fachärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf dem Gebiet des Umlands haben keine Behandlungsermächtigung erhalten und beteiligen sich an der Notfallversorgung im Rahmen ihrer originären Dienstzeiten. Sollten die SpDi-Ärzte auch im Umland eine Behandlungsermächtigung erhalten, planen wir, ihre Zuständigkeitszeiten denen der SpDi-Ärzte in der Landeshauptstadt anzugleichen. Psychiatrische Wohn- und Pflegeeinrichtungen des Umlands würden wie ich eine Ausweitung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes der KVN auf die gesamte Region begrüßen.  
Am Wochenende steht der ganzen Region Hannover der nicht-ärztliche Krisendienst zur Verfügung. Unter anderem vonseiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird eine Erweiterung der Dienstzeiten des Krisendienstes gefordert, möglichst „rund um die Uhr“.

Krisenbetten an (gemeindenahen) Allgemeinkrankenhäusern hätten den Vorteil der Niedrigschwelligkeit, weil Menschen in Krisensituationen häufig immer noch eher ein Allgemeinkrankenhaus als eine psychiatrische Fachklinik („Anstalt“ oder „Klapse“) als einen Ort der Hilfe akzeptieren. Sog. „Weglaufhäuser“ und häusliche Intensivbetreuung im Rahmen integrierter Versorgung sind aus meiner Sicht sinnvolle Erweiterungen des hiesigen Angebots.

Beim Thema Krisen und Notfälle sollte nicht unerwähnt bleiben, dass es in der Region Hannover seit 2009 einen Krisenpass (mit allen für den psychiatrischen Notfall wichtigen Angaben), neu überarbeitete Behandlungsvereinbarungen (einheitliche Verträge für alle vier psychiatrischen Kliniken), eine Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung und eine Vorgehenshilfe für Unterbringungen von psychisch kranken Erwachsenen für die gesamte Region Hannover gibt. Weitere Informationen dazu im Internet unter [www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de).

Ebenfalls seit 2009 im Internet abrufbar ist das Sektorverzeichnis ([www.sektorverzeichnis.de](http://www.sektorverzeichnis.de)), das über eine Eingabemaske mit Suchfunktion Auskunft erteilt über die für Unterbringungen örtlich zuständige psychiatrische Klinik (und über die zuständige Sozialpsychiatrische Beratungsstelle), mit direkter Verlinkung zu den Webseiten der jeweiligen Einrichtung.

- Ab S. 40 erläutert Herr Dr. Elgeti als Mitglied der Fachgruppe „Dokumentation“ die Ergebnisse der regionalen Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2008. Unter anderem zeigt er, dass die Fallzahlen im ambulant betreuten Wohnen (abW) seit 2001 weiter steigen. Dabei ist der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos bei den durch abW betreuten Patienten gegenüber 2001 deutlich abgesunken. Der Anteil der Erstdiagnosen „Persönlichkeitsstörungen“ und „Suchterkrankungen“ ist bei Patienten im abW von 2001 bis 2008 wiederum merklich gestiegen. Eine Beobachtung, die auch die Fachsteuerung Hilfekonferenzen gemacht hat (siehe S. 53). Grundsätzlich ist das durchschnittliche psychosoziale Risiko mittels abW betreuter Patienten jedoch immer noch hoch, so dass davon ausgegangen werden kann, dass durch dieses Hilfsangebot der Eingliederungshilfe insgesamt auch Schwerkranke erreicht werden. Die durchschnittliche Betreuungskontinuität ist im abW gestiegen, im Sozialpsychiatrischen Dienst gegenüber 2001 merklich gefallen (was Herr Dr. Elgeti sicherlich treffend auf die Schwerpunktverlagerung der Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst Richtung Krisenintervention, Hilfeplanverfahren und Weitervermittlung zu anderen medizinischen und psychosozialen Hilfen zurückführt).
- Zum Sachstand der Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien in der Region Hannover gibt der Sonderteil ab S. 87 Auskunft.
- Ab S. 56 berichten die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes (Fachgruppen, Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Sektor-Arbeitsgemeinschaften) über ihre Arbeit (Berichtsjahr von Mitte 2008 bis Mitte 2009).

### **Was ist aus meiner Sicht noch im Jahr 2010 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?**

- Das Thema „Verbesserung der Betreuungskontinuität von psychosekranken Männern unter 25 Jahren“ wird auch 2010 weiterhin federführend vom Sozialpsychiatrischen Dienst verfolgt werden. Dabei geht es derzeit unter anderem darum, den Informationsaustausch an der Schnittstelle Klinik/Sozialpsychiatrische Beratungsstelle zu verbessern und Wege für die Einbindung

dieser Klientel ins Arbeitsleben zu bahnen. Geplant ist zudem eine persönliche Befragung dieser Klientel, was sie sich selbst an Unterstützungen wünscht.

- Eine Fachtagung zur Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland soll vom 08. bis 10.07.2010 in der MHH stattfinden. Die „Psychiatrie-Woche 2010“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover findet vom 25. bis 29.10.2010 statt und widmet sich dem Thema der sozialpsychiatrischen Versorgung von psychisch Kranken mit Migrationshintergrund. Dabei wird eine zentrale Veranstaltung das vom Landesfachbeirat Psychiatrie ausgerichtete Symposium zu diesem Thema in Hannover am 27.10.2010 im Haus der Region sein.
- Das „Bündnis gegen Depression in der Region Hannover“ läuft im September 2010 zwei Jahre und hat in dieser Zeit durch zahlreiche öffentliche Veranstaltungen unterschiedliche Zielgruppen über Erkennung und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen informiert. Auch über diesen Zeitraum hinaus soll das „Bündnis“ weiterhin als Netzwerk von Hilfeanbietern bestehen bleiben.
- Ich begrüße es sehr, dass die Jugendhilfe der Landeshauptstadt für 2010 das Projekt „Paten-schaften für Kinder psychisch kranker Eltern“ in Hannover initiiert hat. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird das Projekt unterstützen: Gedacht ist an Informationsveranstaltungen für potentielle Paten über psychische Erkrankungen und im Bedarfsfall an sozialpsychiatrische Begleitung einzelner psychisch kranker Eltern. Mit dem Fachbereich Jugend der Region Hannover ist der Sozialpsychiatrische Dienst weiterhin im Gespräch bezüglich der Verabschiedung von Leitlinien für die Zusammenarbeit in Fragen der Kindeswohlgefährdung.
- Region und Landeshauptstadt Hannover verhandeln derzeit über die Umsetzung einer neuen einheitlichen Regelung für die ordnungsbehördliche Umsetzung der vorläufigen Einweisungen nach § 18 NPsychKG. Geplant ist, dass die vorläufigen Einweisungen im gesamten Regionsgebiet nur noch vor Ort nach persönlichem Aufsuchen vom A-Dienst der Berufsfeuerwehr verfügt werden.

**Anschrift des Verfassers:**

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

**Stellungnahme des Vereins Psychiatrie–Erfahrener Hannover e.V.  
zum Schwerpunktthema**

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

In einer Stellungnahme unseres Vereins und der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e.V. zur Beschlussfassung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen hielten wir fest, dass auf kommunaler Ebene eine Verpflichtung besteht, ein Hilfsangebot einer Zwangsmaßnahme vorzuschalten. Schon der Gesetzgeber hatte diese Absicht und die Angelegenheit im NPsychKG zugunsten der Betroffen-

nen geregelt. In diesem Gesetz werden Hilfsangebote vorgehalten und zwar ohne jede zeitliche Einschränkung. Eine Diskussion über die Bereitschaft, dies nur zu bestimmten Tageszeiten zu tun, ist deshalb überflüssig. Selbstverständlich sind hier die Behördenleitungen aufgefordert, dem Sozialpsychiatrischen Dienst personell entsprechend zu helfen, denn bei der Polizei und den Rettungsdiensten ist dies ja auch gang und gäbe.

Anlässlich von Zwangsmaßnahmen ist ein vorgeschaltetes Hilfsangebot aus rechtlicher Sicht sogar zwingend. Bereits in der Landtagsdrucksache 13/3769 ist zum § 2 der damals geplanten Novellierung des NPsychKG ausgeführt, dass die Hilfen des 2. Teils des Gesetzes eine Unterbringung verhindern sollen. Allzu gerne wird darauf verwiesen, dass diese Hilfen keinen Vorrang vor der Unterbringung haben sollen, dabei aber wird übersehen, dass dies nur gilt, wenn der Betroffene eine Hilfe ablehnt. Man braucht nur weiter zu lesen, um festzustellen, dass in dieser Drucksache im letzten Absatz zu § 14 (§ 16) diese Hilfen ausdrücklich als ein Mittel gesehen werden, um eine Gefahr auf andere Weise abzuwenden und erst dann eine Unterbringung nach dem NPsychKG zulässig ist. Die Beachtung dieser Grundsätze ist dringend geboten, insbesondere Verwaltungsakte im Rahmen des § 18 müssen in ihrer Begründung eine Aussage hierzu enthalten.

Das Angebot des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes (PPKD) ist ein Anfang, kann aber bereits rein zeitlich nicht den Vorgaben des Gesetzes, die Erreichbarkeit „rund um die Uhr“ verlangen, gerecht werden. Auch das vor einigen Jahren eingestellte Projekt des polizeilichen Sozialdienstes in Hannover war ein Schritt in die Richtung. Die Vernetzung der angebotenen Krisen- und Notfalldienste im Sinne eines Personen- wie Sozialraum- bezogenen Ansatzes und eines transparenten wie effizienten Angebotes ist noch nicht optimal geleistet. Außerdem ist es wichtig, unter anderem Aktivitäten in Richtung Krisenbetten, geschützte Räume (Weglaufhäuser) und begrenzten Rückzug aus dem häuslichen Umfeld im Sinne einer auf Entspannung angelegten Begleitung mit einem Team von PsychiaterInnen im Hintergrund zu starten. Dabei ist es wichtig, dass Gespräch möglichst zeitnah nach Beginn der Krise zu führen und zu erkennen, dass oft auch handfeste Gründe sozialer Art Hintergrund sind, soll der Betroffene zur Ruhe kommen, weitere Perspektiven finden und seinem Umfeld nicht über Gebühr entfremdet werden. Damit wird der Intention der UN-Behindertenkonvention Rechnung getragen, Menschen von vornherein, soweit möglich, inklusiv zu helfen und nicht erst voneinander zu isolieren und im Nachhinein wieder einzugliedern.

Auf Inklusion drängende psychiatrische Hilfe in Krisensituationen heißt nicht zuletzt aber auch psychiatrienerfahrene Menschen und solche, die von psychiatrischen Krisen betroffen sind, an Hilfen heranzuführen, die, zumindest auf Sicht gesehen, nicht überwiegend nach Krankheitsbildern sortieren, sondern nach Problemlagen und Potentialen. So könnten Hilfen Personen- und Sozialraumbezogener Art sinnvoll aufeinander bezogen, die stigmatisierenden Folgen psychiatrischer Erkrankung minimiert und das Gemeinwesen in seinen inklusiven Stärken wie Schwächen einbezogen werden.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker zum Schwerpunktthema**

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

Gedanken und Überlegungen beim Lesen der Berichte

### **Zur Bereitstellung von Hilfen in psychischen Krisen und Notfällen im Verbund von Lothar Schlieckau**

Vor der Einrichtung des PPKDs wurde lang und intensiv diskutiert und beraten, u. a. über die Fragen, wie eine psychische Krise zu definieren sei und welches die zwingend erforderlichen Angebote eines Krisendienstes sein sollten.

Es geht darum, möglichst vielen psychisch kranken Menschen in akuter Not zu helfen. Niemand hat anfangs damit gerechnet, dass sich so viele Kranke selbst an den Krisendienst wenden würden. Allein das Wissen um die Erreichbarkeit von Hilfe wirkt auf viele Kranke und deren Angehörige beruhigend. Im Umkehrschluss wirken sich Stunden, in denen es keine kompetente Hilfe gibt, als sehr belastend für alle Betroffenen aus. Für uns Angehörige psychisch Kranker bleibt die Forderung nach einem jederzeit erreichbaren Krisendienst.

Bisher ist die Existenz dieses Dienstes nur einem eher kleinen Kreis von Eingeweihten bekannt. Dazu zähle ich die psychisch Kranken, die bereits in Behandlung sind, auch die Angehörigen, die in Kontakt mit der AANB stehen. Öffentlichkeitsarbeit ist dringend nötig.

Die Thematik ‚Krisenbetten‘, die Herr Schlieckau in seinem Beitrag anspricht, muss dringend diskutiert werden.

### **Nehmen die kinder- und jugendpsychiatrischen Notfälle/Krisen zu? von Franz Güster:**

Der Bericht von Franz Güster bestätigt, was wir Angehörigen während unserer Telefonbereitschaft (Montag bis Freitag von 10.00 bis 13.00 Uhr) erfahren. Übereinstimmend wird über lange Wartezeiten bei den Fachärzten und Therapeuten sowie bei der Notwendigkeit von stationärer Behandlung geklagt.

Die Problematik der zu geringen Kapazität von geschützten Betten/Plätzen in der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist von der Besuchskommission dem Ausschuss für psychiatrische Angelegenheiten (NPsychKG) vorgetragen worden.

### **Was passierte, als uns die Scheichs den Ölhahn zudrehten – oder: Psychische Krisen aus systemischer Sicht von Dr. Thorsten Sueße:**

Vielen Dank für die lebendige Darstellung von Hilfebedürfnis und therapeutischer Möglichkeit. Dass die systemische Familientherapie Tücken beinhalten kann, ist klar. Professionell gut gemeinte Kommentierung/Begleitung kommt leider häufig nicht so an, wie sie gemeint ist, nicht als Angebot – als ein möglicher Weg – sondern bedauerlicher Weise als bedrohlich wirkende Aufforderung.



Aus Angehörigensicht ist klar, dass „allparteiliche Krisenbegleiter“ dringend gebraucht werden. Dieser Bedarf ist sehr groß.

### **Zur ärztlichen Notfallversorgung in stationären psychiatrischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen in der Region von Manfred Preis:**

Zuerst einmal scheint es mir wichtig zu kommentieren, dass ich bei den Mitarbeitern eines psychiatrischen Wohn- und Pflegeheims eine mindestens ebenso hohe Kompetenz im Umgang mit psychiatrischen Krisen voraussetze wie bei langjährig erfahrenen Angehörigen. Für die Aufarbeitung haben die Mitarbeiter der Einrichtungen ihr team und hoffentlich supervision, wir Angehörigen lediglich die Angehörigengruppe.

Wenn eine psychiatrische Krise außer Kontrolle gerät, ist schnelle ärztliche Hilfe nötig. Das gilt für die Stadt Hannover genauso wie für das Umland, für den Tag und die Nacht.

### **Vernetzung, Verantwortung, Verbindlichkeit – integrierte Versorgung als wirksames Instrument zur Umsetzung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen von Helmut Thiede, GAPSY, Bremen:**

Helmut Thiede erläutert anschaulich die Vorteile der integrierten Versorgung gegenüber der herkömmlichen Praxis. Gespräche und Berichte mit Angehörigen aus Bremen und Niedersachsen haben bei einem großen Teil der Mitglieder der AANB zu der Überzeugung geführt, dass integriert versorgt so viel wie individuell gut behandelt heißt.

Krisenbetten können sicher oft nützlich sein. Darüber müssen wir im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sprechen.

### **Resümee:**

Um psychisch kranken Menschen in ihrem Alltag beizustehen und um zu verhindern, dass sie in Krisen stürzen, die womöglich zu einer dauerhaften Reduzierung ihrer Alltagskompetenz führen, bedarf es noch großer Anstrengungen aller an der Versorgung Beteiligter.

Die Hilfekonferenzen stellen eine gute Möglichkeit dar, noch während eines stationären Aufenthaltes die Weichen zu stellen und für die geeigneten Hilfen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu sorgen. Sie müssen unbedingt rechtzeitig stattfinden und sicherstellen, dass die vereinbarten Hilfen tatsächlich verfügbar sind.

### **Anschrift der Verfasserin:**

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

## Schwerpunktthema 2009: Krisen und Notfälle

### Was passierte, als uns die Scheichs den Ölhahn zudrehten – oder: Psychische Krisen aus systemischer Sicht

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

So fertig, wie Ihnen die Überschrift meines Artikels erscheinen mag, fühlte ich mich im September 2009, als ich vor dem Computer saß und einen seriösen Fachartikel über psychische Krisen für das Schwerpunktthema dieses Plans schreiben sollte. Was ich da zäh und lustlos in die Tastatur tippte, fand ich absolut grauenhaft. Alles schon mal dagewesen und nicht wirklich individuell. Am liebsten hätte ich die ganzen Seiten zerknüllt (was aber im Computer schwer möglich ist) und gar nichts mehr geschrieben. Die Krise nahm weniger in dem Artikel als in mir selbst Gestalt an. Und nachdem ich zwei Abende von der Arbeit frustriert und wütend nach Hause gefahren war, floss der Ärger auf einmal direkt in das Schreiben dieses Artikels ein. Mit einer merklichen Erleichterung löschte ich das ganze vermeintlich seriöse Blabla und fing noch mal von vorne an. Bleib locker beim Formulieren, dachte ich mir. Plötzlich ging es. Was das Ganze jetzt mit den Ölscheichs zu tun hat, kommt gleich.

#### Definitionen

Eine Krise kennt natürlich jeder, ob Umwelt-, Finanz- oder Beziehungskrise... Trotzdem machen sich „offizielle“ Definitionen von Fachleuten in solchen Artikeln immer gut. Als Assistenzarzt in der Psychiatrie habe ich in der Kitteltasche (folglich in den Nachtdiensten) den „Klinikleitfaden Neurologie Psychiatrie“ von Klingelhöfer und Spranger mit mir herumgetragen – und da heißt es: „Krise bezeichnet einen Zustand, der sich bei Bedrohung eines wichtigen Lebensziels einstellt und die aktuellen Bewältigungsmechanismen eines Individuums überfordert.“ Hier bekam der Arzt im Nachtdienst also eine Definition, die auf Defizite fokussiert.

Natürlich erwartet der Leser bei Artikeln aus systemischer Sicht eine Ressourcenorientierung. Dabei enthalten die sprachlichen Wurzeln des Begriffs Krise durchaus ressourcenorientierte Elemente: „κρίσις, krisis“ im Alt-Griechischen oder „crisis“ im Lateinischen bedeutet Entscheidung oder entscheidende Wendung, das chinesische Schriftzeichen für Krise setzt sich aus den Begriffen Gefahr und Gelegenheit zusammen.

Fritz B. Simon und Helm Stierlin, quasi als Vertreter systemischen Urgesteins, definieren in ihrem „Vokabular der Familientherapie“ von 1984 Krise als „Situation der gestörten Innen-/Außenanpassung (eines Individuums oder eines Systems): Bislang bewährte Anpassungsmechanismen reichen nicht mehr aus, um die zur Überlebenssicherung notwendigen Gleichgewichtsprozesse aufrechtzuerhalten. Neue Bewältigungsstrategien und entsprechende innere Umstrukturierungen sind gefordert.“

Dahinter verbirgt sich ein oft gehörtes Schlagwort: Krise als Chance! An dieser Stelle kommen die Scheichs aus der Überschrift zum Tragen. Als die arabischen erdölexportierenden Staaten 1973 den Industrienationen den Ölhahn zudrehten, hatten wir es mit der ersten Ölkrise zu tun. Aus der großen Not wurde aber so etwas wie eine Tugend: Plötzlich kümmerte man sich vermehrt um alternative Treibstoffe, Wärmedämmung von Gebäuden und Effizienzsteigerung von Heizgeräten.

Krise als Chance kann ebenso für psychische Krisen gelten.

## Verschiedene Formen

Wenn es um die unterschiedlichen Formen psychischer Krisen geht – warum krampfhaft etwas Neues konstruieren, wenn Altbewährtes vorliegt. Ich greife also auf das zurück, was andere bereits sehr hilfreich dargestellt haben.

Johan Cullberg, emeritierter Professor für Psychiatrie in Schweden, hat 1978 treffend die **traumatische Krise** beschrieben.

Hier erleidet ein Individuum durch traumatisierende Erlebnisse (wie eigene schwere Krankheit, Arbeitsplatzverlust, Trennung vom Partner oder Tod eines geliebten Menschen) einen Schock, der Sekunden bis 24 Stunden andauern kann. Daraus resultiert eine Tage bis Wochen andauernde Reaktion mit symptombehafteten Verhaltensweisen (wie Depressivität, Wut, Suizidalität oder vermehrter Suchtmittelkonsum). Schließlich kommt es möglicherweise zu Phasen der Bearbeitung und im besten Fall der Neuorientierung, wobei zwischenzeitlich immer wieder symptombehaftete Phasen auftreten können.

Bereits 1964 hat der Psychiater und Psychoanalytiker Gerald Caplan in den USA (er war übrigens Engländer) ein anschauliches Bild von der **Veränderungskrise** entworfen.

Hier wird ein Individuum mit lebensgeschichtlich normalen Veränderungen (wie Auszug als erwachsenes Kind aus dem Elternhaus, Heirat, Geburt eines Kindes oder altersbedingte Berentung) konfrontiert. Wenn sich die betroffene Person an die Veränderung nicht anpassen kann, wird dies als Versagen erlebt, das wiederum verschiedene Bewältigungsmechanismen aktiviert. Sollten die Bewältigungsmechanismen nicht erfolgreich sein, kann daraus ein Rückzug mit Resignation entstehen, aus dem sich dann das Vollbild der Krise entwickelt mit Symptomen wie bei der traumatischen Krise. Auch hier kann es im Verlauf zu einer Bearbeitung und einer Neuorientierung kommen.

Nun rutscht ja nicht jeder, der ein traumatisches Erlebnis oder gravierende Veränderungen durchlebt, in ein schwarzes Psycho-Loch. Woraus zu Recht gefolgert werden kann, dass es so etwas wie schützend-vorbeugende („protektive“) Faktoren geben muss, von denen die erfolgreiche Krisenbewältigung abhängt. Einige solcher wesentlichen Faktoren haben die Psychologen Steffen Fliegel (Verhaltenstherapeut) und Arist von Schlippe (systemischer Therapeut) 2003 benannt:

- Die psychische Verfassung  
(Treffen die belastenden Ereignisse auf eine ausgeglichene oder bereits psychisch angeschlagene Person?)
- Vorhandensein persönlicher Ressourcen  
(Verfüge ich über Konfliktbewältigungsstrategien oder materielle wie finanzielle Ressourcen? Wenn ich gerade eine umfangreiche Erbschaft gemacht habe, sind das bei einem Jobverlust andere Voraussetzungen als wenn ich schon vorher pleite gewesen bin.)
- Die Eingebundenheit in das persönliche soziale Netz  
(Habe ich eine stabile Partnerschaft und viele Freunde oder nicht?)

Inwieweit Menschen eine Krise bewältigen können, hängt nach Fliegel und von Schlippe zusätzlich von der Art der Krisensituation ab (Um was für eine Krisensituation geht es überhaupt? Die



Trennung von meinem Lebenspartner, die Kündigung meines Arbeitsplatzes oder bin ich sogar Opfer einer Gewalttat geworden?).

### **Grundlagen systemischen Denkens**

Wer sich mit systemischen Denkmodellen gut auskennt, kann dieses Kapitel getrost überspringen. Für diejenigen Leser, auf die das nicht zutrifft, folgen jetzt einige systemische Grundlagen in Kurzform.

- Wir gehen nicht mit der Realität, sondern mit unseren Konstruktionen über sie um („Konstruktivismus“). Das bezieht sich einerseits auf alle Sinneseindrücke, weil unser Gehirn Konstrukte entwirft von dem, was ihm unsere Sinnesorgane über Nervenbahnen mit Hilfe elektrischer Impulse zuleiten. Andererseits geht es vor allem um die Konstruktion sozialer Wirklichkeiten. Gesellschaften wie Individuen können ganz unterschiedliche Wahrnehmungen davon haben, welche sozialen Konstrukte überhaupt existieren: Vaterland, Familie, Segen des Kinderreichtums, Wiedergeburt, Individualismus, Kollektivismus, freie Marktwirtschaft, Kommunismus, Demokratie, gleiche Rechte von Mann und Frau oder Recht auf Polygamie können für manche von uns existierende Werte darstellen, wofür oder wogegen es sich zu kämpfen lohnt. Welches Geschehnis insofern bei uns eine Krise auslösen kann, hängt größtenteils von unserer sozialen Wirklichkeitskonstruktion ab.
- Soziale Systeme (wie Familie, Partnerschaft oder Sportverein) werden als Regelkreise aufgefasst. Beispielsweise beeinflussen sich Familienmitglieder gegenseitig mit ihren mehr oder minder auffälligen Verhaltensweisen, jedes Familienmitglied ist „Täter“ und „Opfer“ zugleich. In der systemischen Therapie geht es daher nicht darum, einen Schuldigen zu finden, sondern belastende Interaktionsmuster zu „verstören“ und neue Optionsmöglichkeiten anzubieten. Der Träger des offensichtlichen Symptoms in einem System wird als „Indexpatient“ bezeichnet.
- Nur der Klient selbst bestimmt, ob eine angebotene therapeutische Intervention für ihn Sinn macht und er sie deshalb praktisch umsetzt. Die Nützlichkeit einer Therapie erweist sich an der Zunahme von Handlungsmöglichkeiten für den Klienten und sein System.

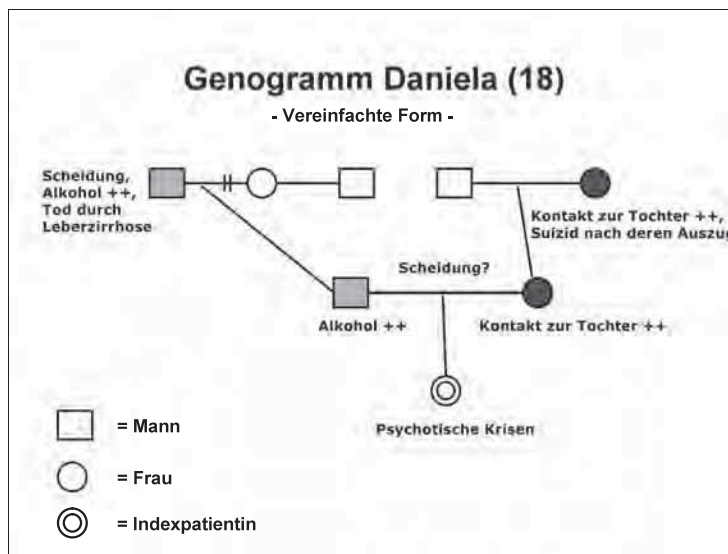
### **Ein Fallbeispiel**

*Die 18-jährige Indexpatientin Daniela, die sich in der Lehre zur Bürokauffrau befindet und bei ihren Eltern wohnt, zeigt schizophrenes Verhalten (hört „Stimmen“ und äußert bestrahlte und verfolgt zu werden). Die besorgten Eltern stehen dem auffälligen Benehmen ihrer Tochter ratlos gegenüber. Das Verhalten spitzt sich krisenhaft zu, Daniela beschimpft und ohrfeigt ihre Mutter. Die Indexpatientin wird in dieser Krisensituation in eine psychiatrische Klinik zwangseingewiesen. Die zum Depressiven neigende Mutter und der zum Alkohol neigende Vater, die auch schon andeutungsweise über Scheidung gesprochen haben, raufen sich zusammen und kümmern sich engagiert um ihr einziges Kind. In der Klinik werden die Symptome mit einem Neuroleptikum vollständig zurückgedrängt, die Indexpatientin erhält weitere stationäre und tagesklinische Hilfsangebote (wie Beschäftigungstherapie, diverse Gruppenaktivitäten und Gespräche mit Bezugstherapeuten) und kann schließlich nach einigen Wochen zu ihren Eltern nach Hause entlassen werden. Nach einem dreiviertel Jahr kommt es zu einer erneuten Krise mit ähnlichen Verhaltensweisen aller Beteiligten. Auf den ersten Blick kann in den psychotischen Krisen keine Chance gesehen werden.*

Daniela wird nach Einschaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes wieder zwangsweise in eine psychiatrische Klinik gebracht. Dort erfahren die Stationstherapeuten in den nächsten Wochen von der Indexpatientin folgendes über deren Familie: Daniela hat einen sehr engen Kontakt zu ihrer Mutter, die wiederum früher einen ähnlich engen Kontakt zu ihrer depressiv veranlagten Mutter (also der Großmutter) hatte. Als die Mutter der Indexpatientin vor Jahren heiratete und ihr Elternhaus verließ, nahm sich die Großmutter das Leben.

Die Großeltern väterlicherseits ließen sich scheiden, wobei die lebenslustige Großmutter wieder heiratete und der Großvater (wieder?) vermehrt Alkohol konsumierte und später an einer Leberzirrhose verstarb.

Die Klinikmitarbeiter der Akut- und Regelstation, die systemisch orientiert arbeitet, zeichnen aus den anamnestischen Angaben einen modifizierten Familienstammbaum, ein sog. „Genogramm“, um daraus wiederkehrende Handlungsmuster erkennen zu können.



Aus den Handlungsmustern leiten die Stationstherapeuten mehrere Hypothesen ab: Möglicherweise übernimmt die Indexpatientin mit ihrem krisenhaft sich zuspitzenden Verhalten viel Verantwortung in der Familie. Vielleicht befürchtet Daniela unbewusst, dass es ihrer depressiven Mutter ähnlich ergehen könnte wie der depressiven Großmutter, wenn die Indexpatientin demnächst nach Abschluss ihrer Lehre das Elternhaus verlässt. Und ihr Vater? Würde er im Falle einer Scheidung wie der Großvater reagieren, der vermehrt Alkohol trank und wahrscheinlich an einer Alkoholfolgeerkrankung starb? Das bisherige Gleichgewicht im System, das die Familienmitglieder am Leben gehalten hat, scheint aus Danielas Sichtweise völlig ins Schwanken zu geraten. Daniela wird der Boden unter den Füßen entzogen, sie reagiert völlig „verrückt“. Praktisch gesehen verhindert sie durch ihre psychotischen Krisen, dass ihre Eltern ums Leben kommen könnten. Beide Elternteile fokussieren ihre Aufmerksamkeit auf ihre symptombehaftete Tochter und stellen ihre eigenen Konflikte zurück. Die zum Psychotischen neigende Daniela kehrt nach ihrem ersten Klinikaufenthalt selbstverständlich ins Elternhaus zurück. Je gesünder sie wird, desto eher brechen alte Konflikte zwischen den Eltern wieder auf, spielen Depression, Alkohol und verdeckte Scheidungsdebatten wieder eine zunehmende Rolle. Die zweite Krise bringt in diesem Fall alle Beteiligten wieder in die Ausgangsposition zurück.

Im Verlauf der stationären Behandlung kommt es zu zwei systemischen Familiengesprächen, in dem ein allparteilicher Moderator über diese Hypothesen mit Daniela und ihrer Familie spricht. Die mögliche Scheidung ihrer Eltern ist tatsächlich ein wichtiges Thema für Daniela, obwohl sie

*nicht gleich davon ausgeht, dass ihr Vater sich zu Tode trinken würde. Um ihre streckenweise sich depressiv zeigende Mutter macht sich Daniela allerdings mehr Sorgen, als die Mutter selbst vermutet hat. Das erstmalige offene Aussprechen dieser Thematik schafft merkliche Erleichterung in der Familie, die Eltern teilen Daniela mit, dass sie ihre Eheprobleme zu zweit „erwachsen“ klären werden.*

*Nach der Entlassung aus der zweiten stationären (bzw. anschließenden tagesklinischen) Behandlung zieht die inzwischen 19-jährige Daniela in eine eigene Wohnung. Ein halbes Jahr später trennen sich ihre Eltern räumlich, bleiben aber untereinander – wie auch mit der Tochter – in regelmäßigem Kontakt. Daniela ist weiterhin in ambulanter psychiatrischer Behandlung, zu einer krisenhaften Zuspitzung ihrer Symptomatik oder einer (Zwangs-)Einweisung in eine psychiatrische Klinik kommt es nicht mehr.*

Die stationären Systemtherapeuten in dem obigen Fallbeispiel gehen hypothetisch von einer Wirklichkeitskonstruktion Danielas aus, die da heißt: „Trennungen in unserer Familie enden tödlich“. Die Vermutung der Therapeuten über Danielas Weltsicht ist wiederum eine Konstruktion und keine höhere Wahrheit, ihr therapeutischer Wert bemisst sich an ihrer Nützlichkeit. Die neuroleptische Medikation vermochte die psychotische Akutsymptomatik zu unterdrücken, aber die familientherapeutische Unterstützung gab in diesem Fall den Anstoß dafür, dass sich Daniela und ihre Eltern auf eine ganz neue Beziehungsebene begeben haben. Bezogen auf den Vergleich mit der Ölkrise haben die Therapeuten die Möglichkeiten der Nutzung alternativer Energien aufgezeigt, für die Umsetzung der neuen Energiekonzepte haben Politik, Wirtschaft und Endverbraucher – in unserem Fallbeispiel Danielas Familie – gesorgt. Die Krise ist als Chance genutzt worden.

### **Therapeut oder sozialer Kontrolleur?**

Krisen, mit denen ich in meinem sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld zu tun habe, nehmen häufiger auch das Ausmaß eines psychiatrischen Notfalls an, in dem das Leben des Indexpatienten und seiner Umwelt akut gefährdet ist. An Symptomen beobachte ich unter anderem akute Suizidalität, ausgeprägte Erregungs- und Angstzustände, schwere Entzugssymptome (wie Delir oder Prädelir) sowie Bewusstseinsstörungen. Diese Situationen erfordern schnelles Handeln von Fachleuten, zu denen auf jeden Fall ein Facharzt für Psychiatrie oder ein (auch wirklich!) „in der Psychiatrie erfahrener Arzt“ gehört. Die schnelle Erreichbarkeit von Fachleuten kann lebensrettend sein, z. B. bei einem schweren Alkoholentzugsdelir mit Entgleisung des Kreislaufs ist die alleinige Anwesenheit von Polizisten unzureichend (aus verständlichen Gründen). Der fachkundige Arzt vor Ort steht vor der Herausforderung, eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung schnell erkennen zu müssen. Bejaht er das Vorliegen einer solchen Akutgefahr, ist er in der Rolle des sozialen Kontrolleurs gefragt, der – auch gegen den Willen des Betroffenen – auf eine stationäre Unterbringung hinwirken muss. In lebensgefährlichen Krisensituationen hat die Rolle des sozialen Kontrolleurs stets Vorrang vor der des Therapeuten. Außerhalb des Kontextes „Lebensgefahr“ ist stattdessen der allparteiliche Krisenbegleiter gefragt, dessen hilfreiche Professionalität darin besteht, dass er zuhören, Szenarien therapeutisch interpretieren und sich entwickelnde Gefährdungen schnell erkennen kann. Der allparteiliche Krisenbegleiter wird sich hüten, im Verlauf einer Krisenintervention therapeutische Fremdaufträge von Angehörigen anzunehmen („Bitte wirken Sie darauf hin, dass mein Sohn sich von dieser chaotischen Frau trennt, aber sagen Sie ihm nicht, dass ich mit Ihnen darüber gesprochen habe.“), da Indexpatienten in der Regel den „Doppelagenten-Status“ ihres Beraters erkennen und das Vertrauen verlieren.

Klienten, die auf eine Krise mit einem Suizidversuch reagiert und diesen glücklicherweise überlebt haben, sind meistens in den ersten Stunden danach am ehesten bereit, über die Gründe ihres verzweifelten Handelns zu sprechen. Ein therapeutisches Gespräch sollte insofern möglichst zeitnah (sobald der Betroffene wieder ansprechbar ist) erfolgen, damit das in der Krise liegende Veränderungspotential genutzt werden kann. Die Neigung, wieder „dicht zu machen“, nimmt nach einem überlebten Suizidversuch schnell wieder zu. Daraus ergibt sich die Sinnhaftigkeit der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie für (Intensiv-)Stationen in Allgemeinkrankenhäusern. Manche ausgeprägten Krisen klingen ohne therapeutische Hilfe wieder ab, wobei möglicherweise ein Beratungsgespräch während der Krise deren Veränderungspotential erst richtig zur Entfaltung gebracht hätte. Niedrigschwellige Angebote von Krisengesprächen (auch nach Feierabend oder an Wochenenden) sind in diesem Fall hilfreich, in der Region Hannover fallen mir dazu erfreulicherweise unter anderem der Psychosoziale/Psychiatrische Krisendienst oder die Telefonseelsorge ein.

### **Fazit**

Symptomatisches Verhalten und Krisen stellen immer den Versuch einer suboptimalen Problemlösung dar. Was beim Klienten eine Krise auslöst, hängt von seiner sozialen Wirklichkeitskonstruktion ab. Krisen können als Chance die Ausgangssituation verbessern, aber nicht immer. Es ist auch möglich, auf die Nutzung von alternativen Energien zu verzichten, zu frieren und zu Fuß zu gehen.

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## **Der nervenärztliche Hintergrunddienst in der Landeshauptstadt Hannover** von Norbert Mayer-Amberg (*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Verpflichtung einen rund um die Uhr verfügbaren ärztlichen Notdienst zu organisieren. Den jeweiligen Bezirksstellen obliegt es, einen organisatorischen Rahmen, entsprechend den regionalen Notwendigkeiten und Gegebenheiten, zur Durchführung des Notdienstes zur Verfügung zu stellen.

Grundsätzlich sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, sich am Notdienst zu beteiligen. D.h. auch jeder niedergelassene Facharzt muss am primär allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienst teilnehmen.

In großstädtischen Regionen bietet es sich an, zusätzlich fachärztliche Notdienste zu etablieren, um die Qualität der notärztlichen Versorgung zu verbessern und den primärärztlichen Notdienst zu entlasten. So existieren in größeren Städten in der Regel auch gynäkologische, augen-, HNO-, und kinderärztliche Notdienste. Die an den fachärztlichen Notdiensten teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen sind dann vom primärärztlichen Notdienst befreit.

Auf Initiative der Fachgruppe der niedergelassenen Nervenärzte beschloss der Vorstand der KV-Bezirksstelle Hannover im Februar 1995, zum 2.Quartal 1995 im Notfallbereitschaftsdienst der Stadt Hannover einen nervenärztlichen Hintergrunddienst einzurichten. Teilzunehmen hatten alle niedergelassenen Vertragsärzte der Stadt Hannover mit den Facharztbezeichnungen Nervenarzt, Psychiater, Neurologe.

Mit der EXPO im Jahr 2000 wurde der Notdienst zusätzlich um das Gebiet der Stadt Laatzen erweitert.

Der Dienst sollte zunächst zeitgleich zu den Öffnungszeiten der Notfallsprechstunde wahrgenommen werden in Rufbereitschaft, Besuchsbehandlungen sollten wenn erforderlich durchgeführt werden, als Einsatzfahrzeuge sollten Taxis eingesetzt werden.

Die Inanspruchnahme dieses Notdienstes blieb zunächst nur sehr gering. In den ersten Quartalen kam es jeweils nur zu 10 bzw. 11 Einsätzen. Der hierfür notwendige organisatorische Aufwand erschien dazu unverhältnismäßig hoch; viele teilnehmende Ärztinnen und Ärzte beklagten zudem, sich nun viel häufiger für einen Notdienst bereit halten zu müssen, als das vorher der Fall gewesen war.

So wurde bereits 1996 auf Betreiben der Nervenärzte der Hintergrunddienst zunächst wieder ausgesetzt.

Zum 1.7.1997 trat das novellierte Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) in Kraft. Durch dieses Gesetz wurde u. a. auch geregelt, dass eine vorläufige Einweisung gemäß §18 in ein geeignetes Krankenhaus nur dann vorgenommen werden kann, wenn die Voraussetzungen des §16 durch das Zeugnis einer Ärztin oder eines Arztes mit der Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie dargelegt werden.

Aufgrund dieser Bestimmung sah sich der Vorstand der KVN, Bezirksstelle Hannover veranlasst, den nervenärztlichen Hintergrunddienst zum 3. Quartal 1997 wieder einzuführen.

Ausgeführt werden sollte er nun zu Zeiten des fahrenden Notdienstes, d.h. nicht nur während der Öffnungszeiten der Notfallsprechstunde. Die Vermittlung sollte ab nun über die Notfalltelefonnummer der Taxizentrale erfolgen. Für die Erstellung von fachärztlichen Zeugnissen im Rahmen von Einweisungen gemäß §18 NPsychKG wurde eine Honorierung vereinbart.

In den Folgejahren kam es immer wieder zu Diskussionen über Probleme und Missstände bei der Durchführung des Hintergrunddienstes zwischen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, der KV-Bezirksstelle und dem Sozialdezernat.

So sahen sich Nervenärzte als unfreiwillige Erfüllungsgehilfen der Gesundheitsämter, denen entsprechend dem NPsychKG alleine die Verantwortung für die Durchführung von Zwangseinweisungen oblag. Mit Hinweis auf die geringe personelle Besetzung der Gesundheitsämter mit psychiatrisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten, hatte der Bezirksstellenvorstand Hannover 1997 einer Präsenzpflcht zugestimmt, die der Fachgruppe der Nervenärzte ohne jegliche Honorierung zunächst 131 von 168 Wochenstunden zuwies.

Nach vielen Gesprächen einigte man sich darauf, dass der nervenärztliche Hintergrunddienst Mo., Di. und Do. jeweils die Zeit von 19.00 – 7.00, Mi. von 13.00 – 7.00, Fr. 16.00 – 7.00 und an Wochenenden und Feiertagen jeweils 24 Stunden umfasst. Die Sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt sind dafür wochentags tagsüber, für Zwangseinweisungen zuständig, entheben da-



durch auch die nervenärztlichen Kollegen der Verpflichtung für evtl. auftretende psychiatrische Notfälle eigener Patienten, ihre Praxis im laufenden Betrieb verlassen zu müssen.

Zu einer zunehmenden und oft inadäquaten Inanspruchnahme des Hintergrunddienstes führte in den ersten Jahren auch die oft unkontrollierte Weitergabe der Telefonnummern der diensthabenden Ärztinnen und Ärzte an Polizei, Feuerwehr und hilfeschende Angehörige durch die Notdienstzentrale. Es musste daher wiederholt klargestellt werden, dass es sich um einen Hintergrunddienst handelt, der erst nach Sichtung durch den primären fahrenden Notdienst zu Rate gezogen werden sollte. Während der letzten Jahre ist dies auch zuverlässige Praxis geworden.

Zeitweise kam es bei notwendigen Zwangseinweisungen zu unangemessenen Verzögerungen, da lange auf den hinzuzuziehenden A-Dienstbeamten der Feuerwehr zu warten war. Auch dies besserte sich im Laufe der Jahre.

Mit der Einführung der Praxisgebühr auch für den organisierten Notdienst 2006, nahm dessen allgemeine Inanspruchnahme ab. Gleichzeitig wurde den am primärem Notdienst teilnehmenden überwiegenden Allgemeinärztinnen und Ärzten, nochmals offiziell bestätigt, über eine dem Gesetz entsprechende ausreichende Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken zu verfügen, um auch Zeugnisse zur Einweisung ausstellen zu können. So reduzierte sich auch deutlich die Inanspruchnahme des nervenärztlichen Hintergrundnotdienstes.

Im gesamten 4. Quartal 2008 kam es nach Angaben der KVN-Bezirksstelle zu 47 Einsätzen.

Sinn und Zweck des nervenärztlichen Hintergrundnotdienstes ist es, die Kollegen im primären Notdienst bei Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu unterstützen, telefonisch zu beraten und ggf. durch Aufsuchen und psychiatrische Erstversorgung im Sinne einer ärztlichen Notfallbehandlung eine vorläufige Einweisung nach Möglichkeit zu vermeiden.

Bereits im Jahre 2000 stellte der damalige Sozialdezernent der Stadt Hannover Walter fest, dass nach Einführung des nervenärztlichen Hintergrundnotdienstes die Anzahl der Zwangseinweisungen in der Stadt Hannover um 50 % gesunken sei.

Sicher wird immer wieder über die Notwendigkeit, die Aufgaben und die zukünftige Ausgestaltung eines solchen Dienstes diskutiert werden. Inzwischen kann man jedoch von einer festen Etablierung dieser Einrichtung in der Stadt Hannover ausgehen.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Norbert Mayer-Amberg · Bödekerstr. 73 · 30161 Hannover

## **Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes an der Versorgung psychiatrischer Krisen und Notfälle in der Region Hannover**

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

Das vertragsärztliche System ist zuständig für die Versorgung ambulanter Notfälle „rund um die Uhr“. Während der sog. „Praxiszeiten“ (z. B. in Hannover: Montag, Dienstag und Donnerstag von 7.00 bis 19.00 Uhr, Mittwoch von 7.00 bis 13.00 Uhr, Freitag von 7.00 bis 16.00 Uhr) ist die ambulante Behandlung von körpermedizinischen oder psychiatrischen Notfällen folgendermaßen geregelt: Zuständig (entweder in der eigenen Praxis oder durch Hausbesuch) ist zunächst der behandelnde Vertrags(Haus)arzt oder der behandelnde Arzt der Institutsambulanz, dann jeder sonst in der Nähe befindliche Vertragsarzt, dann der fahrende ärztliche Dienst.

Außerhalb der sog. „Praxiszeiten“ (z. B. in Hannover: Montag, Dienstag und Donnerstag von 19.00 bis 7.00 Uhr, Mittwoch von 13.00 bis 7.00 Uhr, Freitag von 16.00 Uhr bis Montag um 7.00 Uhr sowie ganztags an Feiertagen) ist die ambulante Behandlung von körpermedizinischen oder psychiatrischen Notfällen folgendermaßen geregelt: Zuständig ist der fahrende ärztliche Dienst (der nur in Hannover und Laatzen im Bedarfsfall den Kollegen des nervenärztlichen Hintergrunddienstes hinzuziehen kann).

Der Sozialpsychiatrische Dienst ergänzt mit seinem Hilfsangebot nachrangig das bestehende vertragsärztliche Versorgungssystem.

Die Fachärzte der Sozialpsychiatrischen Erwachsenen-Beratungsstellen auf dem Gebiet der Stadt Hannover, die alle über eine Behandlungsermächtigung verfügen, sehen sich als Teil des vertragsärztlichen Systems und beteiligen sich über ihre üblichen Dienstzeiten hinaus an der psychiatrischen Notfallversorgung der Landeshauptstadt. Während der Verhandlungen über die Erteilung der Behandlungsermächtigungen der Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Jahren 2004/2005 war vonseiten des damaligen Vorsitzenden der KVN-Bezirksstelle Hannover sowie des KVN-Zulassungsausschusses Herrn Dr. Cimander darauf hingewiesen worden, dass die KVN dafür Sorge, dass auch niedergelassene Nervenärzte ihre Praxis verlassen würden, um sofortige Hausbesuche bei ihren Patienten durchzuführen. Das bedeutet seitdem für den Sozialpsychiatrischen Dienst, dass jeweils zu den Zeiten, in denen der fahrende ärztliche Notdienst der KVN nicht zuständig ist, sich die fünf behandelungsermächtigten Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes um Notfälle kümmern bei denjenigen psychisch Kranken, die keinen (aktuell) behandelnden Nervenarzt haben oder deren Nervenarzt nicht erreichbar ist (z. B. wegen Urlaub). Dabei kann es um einen erstmalig psychisch auffälligen Patienten gehen, dessen Angehörige sich hilfesuchend an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden. Oder um einen vorzeitig aus der Klinik entlassenen Patienten, der – trotz dringenden Anratens seitens der Klinik – keinen niedergelassenen Nervenarzt aufsucht. Oder um einen langjährig psychisch Kranken, der in der Vergangenheit immer wieder den Kontakt zu behandelnden Nervenärzten abgebrochen hat und zuletzt nur noch vom Sozialpsychiatrischen Dienst erreicht worden ist. Im Laufe des Jahres 2010 werden sich die Zuständigkeitszeiten des fahrenden ärztlichen Notdienstes verändern, dieser Veränderung werden sich auch die ermächtigten Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit ihrer eigenen Zuständigkeit anpassen.

Die Fachärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen im Umland, deren Anträge auf Behandlungsermächtigung komplett vom KVN-Zulassungsausschuss abgelehnt worden sind, beteiligen sich zwar wie ihre Kollegen in der Landeshauptstadt an der Versorgung von Patienten in Notfallsituationen, dürfen jedoch keine Medikamente verordnen (Zuständigkeit: während der üblichen Sprechzeiten der Beratungsstellen Montag bis Donnerstag von 9.00 bis 15.00 Uhr und Freitag von 9.00 bis 12.30 Uhr).

Die Entscheidung über die Zwangsunterbringung eines psychisch Kranken trifft das Gericht (oder die Ordnungsbehörde, wenn eine Gerichtsentscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann). In beiden Fällen wird das Zeugnis eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes benötigt. Dieses Zeugnis hat der für die Notfallsituation zuständige Arzt persönlich zu erstellen. Das kann der behandelnde niedergelassene Nervenarzt, der behandelnde Psychiater einer Institutsambulanz, ein in der Psychiatrie erfahrener Hausarzt oder der Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes sein.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Nehmen die kinder- und jugendpsychiatrischen Notfälle/Krisen zu?**

von Franz Güster (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien im Team Gemeindepsychiatrie leistet die Krisen- und Notfallintervention während der für sie geltenden Dienstzeiten neben den für die Region Hannover zuständigen drei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken.

In dem vom Niedersächsischen Sozialministerium eingesetzten Niedersächsischen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie/-psychosomatik wurden für den Großraum Hannover vor einigen Jahren diese vier Einrichtungen als gleichwertige „Klärungsstellen“ für akute seelische Krisen im Kindes- und Jugendalter deklariert.

In den letzten Jahren, in denen sich die psychiatrische Kliniklandschaft durch die Privatisierung der ehemaligen Landeskrankenhäuser merklich verändert hat, wurde diese politisch gewollte Gleichwertigkeit der Kriseninterventionsfunktion auf der Grundlage des § 11 des NPsychKG zu Ungunsten unserer gemeindepsychiatrischen Arbeit verschoben. Die Vermittlungen für stationäre Aufnahmen der seelisch kranken Kinder und Jugendlichen gestalteten sich zunehmend schwierig. Bei komplexeren kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen, die mit Störungen des Sozialverhaltens einhergingen, erlebten wir wiederholt im Vorfeld der von uns als notwendig befundenen stationären Aufnahme, dass von den Klinik-Verantwortlichen die durch uns festgestellten Aufnahmelindikationen in Frage gestellt wurden. Es entstand der Eindruck, dass diese Vorgehensweisen stark mit den häufig überlasteten Bettenkapazitäten der Kliniken korrelierten. Wie sonst war der Umstand zu erklären, dass in den Sommermonaten (Ferien) mitunter bei uns nach „Krisenfällen“ angefragt wurde, weil freie Behandlungsplätze in Kliniken verfügbar waren. Nicht nur wir, sondern auch niedergelassene ärztliche Fachkollegen stellten fest, dass sich die Wartezeiten für „Regel“-Aufnahmepatientinnen/-patienten in den letzten Jahren deutlich verlängert haben. Von den Jugendämtern, den Eltern und den BetreuerInnen der Familien unserer Kli-



entInnen erfuhren wir zudem, dass auch die Wartezeiten bei den niedergelassenen Fachärzten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten deutlich zugenommen hat. Dies wiederum könnte den Umstand erklären, dass unsere Beratungsstelle einen massiven Zuwachs an kriseninterventiv behandelungsbedürftigen Minderjährigen und jungen Volljährigen zu verzeichnen hat. Seit dem Jahr 2008 hat es einen deutlichen Sprung nach oben in unserer Notfall-Statistik gegeben, die Zahlen von 2008 und 2009 sind nahezu identisch.

Um diese intern beobachteten Phänomene auch mit externen Daten besser fassbar zu machen, unternahmen wir im Mai des Jahres 2009 eine Umfrage bei den für die Region Hannover zuständigen Familiengerichten bezüglich der geschützten Unterbringungen nach § 1631 b BGB, die sozusagen als Sensor dafür dienen können, die kinder- und jugendpsychiatrischen Krisen quantifizieren zu können.

Für nicht Vertraute seien hier die gesetzlichen Grundlagen für die geschützte Unterbringungen von Minderjährigen in Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken bzw. stationäre Jugendhilfe-Einrichtungen erklärt.

Die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterliegen strengen Kriterien und sind im Familienrecht (Bürgerliches Gesetzbuch) im § 1631 b BGB geregelt. Dieser Paragraph wurde erst am 17.12.2008 mit Wirkung vom 01.09.2009 reformiert mit dem nachfolgenden Wortlaut:

#### **§ 1631b**

##### **Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung**

**Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.**

**(Fassung aufgrund des Gesetzes zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit [FGG-Reformgesetz-FGG-RG] vom 17.12.2008 m. W. v. 1.9.2009)**

Anhand dieser rechtlichen Grundlage wird den Sorgeberechtigten im Sinne der Ausübung ihres Sorgerechts i. S. des § 1626 BGB nach deren Antrag und mittels Beiziehung eines medizinischen Sachverständigen (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie i. S. §§ 151;6+7/167;6 FamFG) durch das Familiengericht die Möglichkeit gegeben, ihr Kind auch gegen dessen Willen in ein Kinder- und Jugendpsychiatrisches Krankenhaus einweisen oder bei entsprechendem pädagogischem Sachverhalt in eine geschützte Jugendhilfeeinrichtung bringen zu lassen.

Bei den Begrifflichkeiten wurde ganz ausdrücklich die Terminologie „geschlossene Unterbringung“ vermieden, um die besondere Schutzbedürftigkeit bei Minderjährigen auszudrücken.

Im Gegensatz zu den Erwachsenen ist eine notfallmäßige Einweisung einer(s) Minderjährigen im Sinne des § 18 NPsychKG nur dann zulässig, wenn im Falle einer akuten und schwerwiegenden Eigen-/Fremdgefährdung Sorgeberechtigte nicht erreichbar sind und Gefahr im Verzuge ist.

Die Umfrage bei den Amtsgerichten betraf den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2008 sowie den des laufenden Jahres vom 01.01. bis 30.03.2009 und hatte zum Ziel beurteilen zu können, ob die Häufigkeit beantragter bzw. umgesetzter Gerichtsbeschlüsse im 1. Quartal 2009, in dem unsere Beratungsstelle einen deutlichen Anstieg von Krisensituationen registrierte, gegenüber dem des Vorjahres sichtbar angestiegen war.

### Unterbringungen nach § 1631 b BGB (Tabelle)

Stadt Hannover (AG)												
		Anträge: Beschlüsse: Umsetzung nach:							Aufhebung vorzeitig:			
		Klin./JH	Klin./JH	Sofort	1 Wo	2 Wo	4 Wo	>4 Wo	█	n. 1 Wo	n. 2 Wo	█
2008		35/3	31/0	24	2	-	-	-	5	2	8	21
2009	(01-03/09)	7/1	7/0	7	-	-	-	-	-	1	3	4
Region Hannover (Umland)												
2008		42/1	34/1	15	17	-	-	-	2	-	-	32
2009	(01-03/09)	21/0	21/0	9	7	-	-	1	4	1	1	19
Gesamte Region Hannover												
2008		74/4	65/1	39	19	-	-	-	7	2	8	53
2009	(01-03/09)	32/2	28/0	16	7	-	-	1	4	2	4	23

Klin. (Klinik); JH (Jugendhilfeeinrichtung)

Die Zahlen für die gesamte Region Hannover zeigen, dass allein schon im 1. Quartal 2009 die Antragshäufigkeit fast halb so groß war wie im gesamten Vorjahr 2008 und die Zahl der erlassenen AG-Beschlüsse in diesem Quartalszeitraum fast ein Drittel der des Vorjahres 2008 ausmachte. Wir wurden darin bestätigt, dass die Zahl von kinder- und jugendpsychiatrischen Krisen insgesamt auch außerhalb unserer Einrichtung zugenommen hat. Es bleibt abzuwarten, welche Zahlen die Umfrage für das gesamte Jahr 2009 bei den Amtsgerichten liefern wird, nachdem sich in den Quartalen 2+3 zumindest bei unserer Krisentätigkeit eine leichte Beruhigung feststellen ließ, während es nach dem Tode von Robert Enke zum Jahresende hin wieder zu einem massiven Anstieg von Krisensituationen gekommen ist. Das rechtzeitige Hilfesuchen führte glücklicherweise dazu, dass kaum freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig wurden.

Die Zahlen zeigen weiterhin, dass im Jahre 2008 sieben, im ersten Quartal 2009 vier Gerichtsbeschlüsse erst gar nicht umgesetzt wurden, u. a. weil trotz vorliegenden Beschlusses Wartezeiten vor Aufnahme für diese minderjährigen Klienten bestanden.

Als Nebenprodukt unserer Umfrage bei den Amtsgerichten stellte sich heraus, dass es kaum Anträge und lediglich einen umgesetzten Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen in stationäre Jugendhilfe-Einrichtungen für beide untersuchten Zeiträume gab. In gemeinsamen Gremien-Gesprächen mit Klinikärzten und Jugendamtsvertretern war häufig kontrovers diskutiert worden, ob wir in Niedersachsen eine geschützte Jugendhilfeeinrichtung benötigen. Vonseiten der Klinikärzte, die viele der bei ihnen vorgestellten Krisen von Minderjährigen als nicht kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig einschätzten, und Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde die Notwendigkeit solcher Einrichtungen für dringend erforderlich gehalten, während Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter Niedersachsens lange Zeit keinen

Handlungsbedarf für geschützte Jugendhilfeeinrichtungen sahen. Die Nachricht aus dem Nds. Sozialministerium, dass im Frühjahr 2010 eine geschützte stationäre Jugendhilfeeinrichtung im Sinne des § 1631 b BGB in Niedersachsen in Kürze aufgebaut wird, ist daher sehr zu begrüßen.

Als Fazit aus unseren Beobachtungen kann gesehen werden, dass eine Zunahme von seelischen Krisensituationen von Kindern und Jugendlichen, so wie wir sie registriert haben, auch außerhalb unserer Einrichtung zu vermuten ist. Wir werden in der Zukunft noch mehr über frühzeitige Vernetzung und Hilfemöglichkeiten nachdenken müssen. Es muss aber auch die Frage erlaubt sein, ob Hilfe für die seelisch kranken Kinder und Jugendlichen durch die Versorgungsstrukturen innerhalb der Regionsgrenzen genügend abgedeckt ist, verbunden mit der Forderung, trotz der kritischen wirtschaftlichen Entwicklung und der gesundheitspolitischen Gegebenheiten im präventiven wie im sozioökonomischen Sinne zeitnahe Lösungen für eine ausreichende Versorgung zu finden.

**Anschrift des Verfassers:**

Franz Güster · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche · Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Franz.Guester@region-hannover.de

## **Zur ärztlichen Notfallversorgung in stationären psychiatrischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen der Region**

von Manfred Preis (*Geschäftsführer ProCasa*)

### **Umfrage**

Im Zusammenhang mit einer Diskussion der psychiatrischen Notfallversorgung in der Region Hannover stellt sich auch die Frage, welche Abläufe und ggf. Schwierigkeiten sich aus der ärztlichen (bzw. fachärztlichen) Notfallversorgung für stationäre psychiatrische Wohn- und Pflegeheime der Region ergeben. Zur Beantwortung dieser Frage wurde im August und September 2009 ein Fragebogen an die Leitungen der stationären Einrichtungen versandt, die auf der "Liste 2009 der Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover" in den Angebotsformen 33 und 34 zusammengefasst sind. Der Schwerpunkt der Fragen bezog sich auf die Erreichbarkeit eines Arztes bzw. eines psychiatriee erfahrenen Arztes/Facharztes für Psychiatrie\*) und auf die Schnelligkeit bzw. Art der Hilfe.

Es wurden 13 Träger per E-Mail angeschrieben und anschließend mehrfach telefonisch an die Beantwortung der Umfrage erinnert. Von den 12 Rückläufen waren zwei Fragebögen nicht ausgefüllt, ein Träger sandte ein kurzes briefliches – ein weiterer ein kurzes telefonisches Statement, so dass Fragebögen von nur acht Trägern ausgewertet werden konnten. Das Statement ging mit den unten dargestellten Ergebnissen konform. Jeweils vier Träger befinden sich in der Landeshauptstadt und im Umland – sie unterstützten im Jahr 2008 insgesamt 571 KlientInnen in ihren Einrichtungen. Bei 1.205 Heimplätzen in den beiden genannten Angebotsformen und einer angenommenen Dauer der Heimbetreuung von 3,5 Quartalen würde das einem Anteil von 54% der Gesamtgruppe entsprechen.

## Ergebnisse

Bezogen auf 571 KlientInnen wurden 34 Notfallsituationen (6,0%) angegeben (Tabelle 1). Während in der Landeshauptstadt etwa doppelt so viele Klienten wie im Umland betreut wurden, kamen im Umland mehr als doppelt so viele Notfälle vor.

**Tabelle 1: Häufigkeit von Notfällen bei Bewohnern psychiatrischer Heime 2008**

	gesamte Region		Landeshauptstadt		Umland	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
beteiligte Träger	8		4		4	
davon mit Notfällen	6		3		3	
alle Klienten	571	100%	380	66,5%	191	33,5%
davon mit Notfällen	34	100%	10	29,4%	24	70,6%

Welcher Arzt traf vor Ort nach einem Notruf ein? Tabelle 2 zeigt, dass in ca. 85% der Notfälle ein Arzt eintraf. Ein Facharzt traf in der Landeshauptstadt in 4 Notfällen (ca. 12%) ein – im Umland dagegen nur in einem Notfall (3%).

**Tabelle 2: Eintreffen entweder eines Arztes oder Facharztes**

	gesamte Region		Landeshauptstadt		Umland	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Notfälle	34	100%	10	29,4%	24	70,6%
Arzt	29	85,3%	6	17,6%	23	67,6%
Facharzt	5	14,7%	4	11,8%	1	2,9%

\*) Aus Gründen der Lesbarkeit wird im folgenden für "psychiatrieerfahrener Arzt/Facharzt für Psychiatrie" der Begriff "Facharzt" verwendet.

Wie lange dauerte es vom Notruf bis zum Eintreffen eines Arztes bzw. eines Facharztes? Tabelle 3 differenziert die KlientInnenzahlen der Tabelle 2 nach Zeiten des Eintreffens eines Arztes. Während in der Landeshauptstadt für die 10 Notfälle nach längstens 1,5 Stunden ein Arzt/Facharzt vor Ort eintraf, dauert es im Umland bis zu 2,5 Stunden. Nimmt man als Maßstab 1,5 Stunden auch für das Umland an, dann traf innerhalb dieser Zeit für 18 von 24 KlientInnen (75%) ein Arzt/Facharzt ein.

**Tabelle 3: Wartezeit bis zum Eintreffen entweder eines Arztes oder Facharztes**

	gesamte Region		Landeshauptstadt		Umland	
	Arzt	Facharzt	Arzt	Facharzt	Arzt	Facharzt
Wartezeit bei...	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Notfällen gesamt...	29	5	6	4	23	1
...in 1/2 Std.	1	3	1	2		1
...in 1/2 – 1 Std.	6	2	4	2	2	
...in 1 – 1,5 Std.	16		1		15	
...in 1,5 – 2 Std.	3				3	
...in 2 – 2,5 Std.	3				3	

Wurde dann aufgrund der Problematik vor Ort zusätzlich ein Facharzt benötigt, dann erhöhten sich die Wartezeiten weiter (Tabelle 4). Für 4 von 29 KlientInnen (ca. 14%) aus der Landeshauptstadt um bis zu 1 Stunde, für 7 KlientInnen (immerhin ca. 24%) aus dem Umland um bis zu 1,5 Stunden.

**Tabelle 4: Wartezeit, bis zusätzlich ein Facharzt eintrifft**

	gesamte Region	Landeshauptstadt	Umland
	Facharzt	Facharzt	Facharzt
zusätzliche Wartezeit bei...	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Notfällen gesamt...	11	4	7
...in 1/2 Std.			
...in 1/2 – 1 Std.	4	4	
...in 1 – 1,5 Std.	7		7

Zu welchen Ergebnissen führte die Behandlung der Ärzte/Fachärzte? In ca. 30% der Notfälle konnte die Behandlung vor Ort beendet werden. In ca. 70% wurde eine Klinikeinweisung veranlaßt (Tabelle 5). Gegenüber der Landeshauptstadt wurde im Umland die dreifache Zahl an Notfällen (ca. 53 % aller Notfälle) mit einer Klinikeinweisung beendet.

**Tabelle 5: Ergebnisse der Behandlung durch einen Arzt/Facharzt**

	gesamte Region		Landeshauptstadt		Umland	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Notfälle	34	100,0%	10	29,4%	24	70,6%
vor Ort beendet...	10	29,4%	4	11,8%	6	17,6%
durch Arzt	1	23,5%	2	5,9%	6	17,6%
Arzt und Facharzt	1	2,9%	1	2,9%		
durch Facharzt	1	2,9%	1	2,9%		
Klinikeinweisung...	24	70,6%	6	17,6%	18	52,9%
durch Arzt	10	29,4%			10	29,4%
Arzt und Facharzt	10	29,4%	3	8,8%	7	20,6%
durch Facharzt	4	11,8%	3	8,8%	1	2,9%

### Fazit

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede der Notfall-Versorgung stationärer Einrichtungen des Umlands gegenüber Einrichtungen der Landeshauptstadt. Die Einrichtungen des Umlands sind fachärztlich geringer versorgt und die Ankunft eines Arztes dauert länger – in Einzelfällen 2,5 Stunden gegenüber 1,5 Stunden. Wird ein Facharzt erforderlich, kann die Hilfe 4 Stunden gegenüber 2,5 Stunden auf sich warten lassen. Vor diesem Hintergrund werden die "Anregungen" der Leitungen der Einrichtungen in den frei ausfüllbaren Feldern des Fragebogens nachvollziehbar,

einen Facharzt für Psychiatrie (einen psychiatrischen Hintergrunddienst) sofort und für 24 Stunden täglich erreichen zu können.

Ungeachtet der individuellen Problematik und Dramatik psychiatrischer Notfälle erscheint der Anteil an Notfällen (6%) in den Einrichtungen relativ niedrig. Vermutlich spiegelt sich darin die Fachlichkeit und Professionalität der MitarbeiterInnen wieder, im Vorfeld von Notfällen angemessen zu reagieren. Wenn dann aber der Notfall eintritt, dann ist eine sehr schnelle und zusätzliche professionelle Hilfe erforderlich – was schließlich deutlich unterstrichen wird durch die Klinikeinweisungen in 70% aller Notfälle (bzw. 4,2% aller KlientInnen).

**Anschrift des Verfassers:**

Manfred Preis · Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH · Liebigstr. 6 · 30851 Langenhagen ·  
E-Mail: gba@htp-tel.de

## **Psychiatrische Krisen – Bewältigungsversuche der Angehörigen**

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

Zur Vorbereitung dieses Berichtes habe ich alle Angehörigen psychisch Kranker in der Region Hannover, deren Adressen der AANB vorliegen, nach ihren Erfahrungen mit Hilfen in psychiatrischen Krisen befragt. Das geschah in Form eines kleinen Fragebogens verbunden mit der Bitte um einen Kurzbericht. Von den ca. 650 befragten Angehörigen haben über 60 geantwortet, also erfreulich viele, manche anonym, die Mehrzahl mit Namen und Adresse. Alle Berichtersteller hatten in den letzten Jahren mindestens einmal Kontakt zur AANB.

Es war nicht meine Absicht, eine wissenschaftliche Arbeit zu erstellen und dafür die vielen Zuschriften systematisch auszuwerten. Vielmehr ging es mir darum, möglichst viele Angehörige an der Berichterstattung zu beteiligen. Die Lektüre der vielen Berichte machte sehr nachdenklich. Auch heute fehlt es noch an ausreichenden Hilfen im ambulanten Bereich, fühlen sich viele Angehörige hilflos und am Ende ihrer Kräfte.

Gefragt worden war, ob die jeweilige Familie bei der Bewältigung von Krisen Hilfe erfahren hat, von wem diese Hilfe kam, welche Hilfe fehlte und welche nach den gemachten Erfahrungen dringend erforderlich ist.

Dreißig Angehörige schreiben, dass sie in akuten Krisen professionelle Hilfe erhalten haben. Also etwa die Hälfte der antwortenden Angehörigen. Auf die Frage, von welcher Seite Hilfe und Unterstützung kam, nennen 10 Angehörige die Mitarbeiter des Wochenendkrisendienst. Mehrere Angehörige fordern in diesem Zusammenhang einen rund-um-die-Uhr arbeitenden Krisendienst. Nur 10 Angehörige schreiben von Hilfe (für die Angehörigen) durch einen niedergelassenen Psychiater. Hilfe durch den Hausarzt der Angehörigen wurde 7mal angegeben. Nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt bei der Nennung von Helfern der gesetzliche Betreuer des Kranken (3mal), Nachbarn (4mal) oder Menschen aus dem kirchlichen Umfeld (2mal). Zwölf Angehörige geben an, bisher keinerlei Hilfe erhalten zu haben. Zwei von diesen schreiben, dass sie sich wegen dringenden Hilfebedarfs an den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst gewandt hatten. In beiden Fällen erkannten die Mitarbeiter des Dienstes keine Möglichkeit zur Hilfeleistung, weil sie keine



Gefahrensituation im Sinne des NPsychKGs erkannten und der Betroffene jede Hilfe ablehnte. Für den Hilfebedarf der Angehörigen fühlten sie sich nicht zuständig. Ich nehme an, dass die Empfehlung, sich an den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst zu wenden, von uns, der AANB kam. Eine Angehörige bedauert, dass es nach der Kontaktaufnahme zum SpD zwar zu einem Hausbesuch kam, leider aber nicht zu einem zweiten. Der Kranke war aufgefordert worden, zur Sprechstunde in die Dienststelle zu kommen, hat dies aber abgelehnt. Nun herrscht die gleiche Ratlosigkeit in der Familie wie anfangs. In einem anderen Fall wird bedauert, dass die Psychiater der SpDs im ehemaligen Landkreis keine Behandlungsermächtigung haben. Der Kranke war zu bewegen, mit einem Elternteil zu dem zuständigen SpD zu gehen, aber nicht, den dort erhaltenen Rat zu befolgen und einen niedergelassenen Psychiater aufzusuchen. Bei der Frage nach Hilfe in psychiatrischen Krisen wird im allgemeinen nur an den Kranken gedacht, nicht an die Mitbetroffenen, seine Angehörigen und Freunde. Nach wie vor interessieren die Angehörigen der Kranken in der Psychiatrie nur als Randfiguren, bestenfalls als Lückenbüßer für den Mangel an professionellen Kräften. Die Angehörigenselbsthilfe – AANB und Angehörigengruppen – nimmt die dominante Stelle unter den genannten Helfern in kritischen Phasen ein.

Andererseits fiel mir bei der Lektüre der Rückantworten auf, dass die Mehrzahl der Angehörigen, die angeben, keinerlei Hilfe zu erhalten, nicht Mitglied in einer Angehörigengruppe sind. Zwei schreiben, dass sie zuerst Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung ihres Familienmitgliedes lösen wollen, ehe sie von dem Angebot, eine Angehörigengruppe aufzusuchen, Gebrauch machen wollten. Sie brauchten jetzt bestimmte Informationen – woher kommt die Krankheit, wie ist sie zu behandeln und wie lange wird es bis zur Heilung dauern – und keine persönliche Unterstützung durch andere Angehörige.

Viele Angehörige wünschen sich Einzelgespräche statt des empfohlenen Besuches einer Angehörigengruppe. Solche Gespräche werden durch die Gruppenleiter oder Mitglieder der Telefonbereitschaft durchgeführt. Sie kosten viel Zeit und Kraft. Sie lohnen sich, weil sie meistens beruhigend auf die gestressten und überforderten Angehörigen wirken. Auch Angehörige, die ein Gespräch suchen „um nur bestimmte Informationen“ zu erhalten, spüren die beruhigende Wirkung der Zuwendung von Menschen, von denen sie verstanden werden. Unter den Rückantworten gibt es auch Berichte von Angehörigen, die schildern, dass das psychisch erkrankte Familienmitglied zwar nicht gesund geworden ist, sich aber eine gewisse Beruhigung in der Familie eingestellt hat. Als mögliche Ursache wird genannt:

- die Bereitschaft des Kranken, die Behandlungsbedürftigkeit zu akzeptieren
- das Bemühen aller Familienmitglieder, sich auf die Situation einzustellen
- Erreichbarkeit des behandelnden Arztes
- Erreichbarkeit therapeutischer Hilfen für den Kranken, wie aufsuchende Pflege, Ergotherapie
- Angehörigengruppe und Angebote der AANB.

Zum Schluss möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass die Mehrzahl der Antworten mit einem sehr persönlichen Bericht über die Situation der betroffenen Familie verbunden ist. Kein Angehöriger schreibt, dass er von seiner moralischen Verantwortung für das kranke Familienmitglied entbunden werden möchte. Aber in den meisten Berichten wird auf den Mangel an aufsuchender Hilfe hingewiesen und der Wunsch nach gemeinsamen Gesprächen im Sinne eines Dialogs geäußert.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

# **Vernetzung, Verantwortung, Verbindlichkeit**

## **Integrierte Versorgung als wirksames Instrument zur Umsetzung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

von Helmut Thiede (*Geschäftsführer GAPSY GmbH*)

Die Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste („GAPSY“) verfügt seit 2004 mit der „IV Rückzugsräume“ über umfangreiche Erfahrungen mit Verträgen und Leistungsvereinbarungen der Integrierten Versorgung.

Die Integrierte Versorgung wurde vom Gesetzgeber mit dem Ziel eingeführt, eine Qualitätsverbesserung und eine Kostenreduzierung durch Förderung des Wettbewerbes unterschiedlicher Versorgungsstrukturen zu erzielen.

Die Integrierte Versorgung umfasst den gesamten Behandlungs- und Versorgungsumfang eines Versicherten bzw. eines Patienten in einem zuvor vereinbarten Leistungsspektrum. Dies geschieht:

- auf einzelvertraglicher Grundlage zwischen Krankenkasse und einem Leistungsanbieter,
- außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 72 SGB,
- und ganz besonders wichtig: fachübergreifend und/oder interdisziplinär!

Vertragspartner für die Krankenkassen als Auftraggeber der Integrierten Versorgung können alle SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf = Gesetzliche Krankenversicherung) zugelassenen Leistungserbringer und durch Vertrag einbezogene Leistungserbringer sein bzw. werden.

Um Verträge der Integrierten Versorgung abschließen zu können, entwickelte der Gesetzgeber eine Anschubfinanzierung. Diese kann man wohl zu Recht als den wirksamsten Reformimpuls des deutschen Gesundheitssystems bezeichnen. In das gesamte System kam dadurch eine deutliche Bewegung.

Die so geförderten Projekte und Modelle sollten nicht nur neue Ideen im bestehenden System fördern. Der Kerngedanke der Integrierten Versorgung ist die Schaffung sektorübergreifender und/oder interdisziplinärer Behandlungs- und Versorgungsangebote. Einerseits sollen Kommunikations- und Koordinierungsprozesse optimiert werden, andererseits sollen wesentliche Leistungen für bestimmte Krankheitsbilder wirtschaftlich optimiert werden. Daraus ergibt sich für die Integrierte Versorgung die Verpflichtung zur Integration. Dies geschieht einerseits in der Zusammenführung mehrerer ähnlicher Organisationen, Institutionen, Personen zu einem System als auch andererseits in der Zusammenführung vor- und nachgelagerter Dienstleistungen des Systems.

### **Organisationsziel der Integrierten Versorgung:**

- Integrierte Behandlungsmodelle vernetzen die Zusammenarbeit von Fachärzten, Hausärzten, Ambulanter Psychiatrischer Pflege, Soziotherapie, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, etc.

Ein positiver Nebeneffekt ist, dass alle beteiligten Leistungserbringer mehr Einsichten in die Abläufe und Wirkungsweisen der eigenen Organisation und denen der Partner erhalten und damit das gegenseitige Verständnis wächst. Dies gilt im Übrigen auch für die ökonomischen Prozesse.



## Wie sieht nun so ein Vertrag der Integrierten Versorgung aus?

Neue, ganzheitliche Entwürfe der Behandlung und Versorgung werden den Krankenkassen vorgestellt und/oder mit ihnen gemeinsam entwickelt.

Dies geschieht im Sinne von komplexen, verbindlichen und qualitativ hohen Behandlungs- und Versorgungsmodellen. Es werden Verträge zwischen Leistungserbringern mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen geschlossen. Dabei sind die Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen frei verhandelbar.

Entscheidend für die Übernahme solcher komplexen Verträge ist die Gewährleistungsmöglichkeit des gesamten Prozessmanagements. Ein Vertragspartner (Dienstleister) muss Sektor- und Disziplinübergreifend das vereinbarte qualitative Ziel in einem gewissen Zeitraum mit maximalem Aufwand erreichen.

Ist das gegeben, bekommt der Vertragspartner die Budgetverantwortung.

In der Regel bedeutet das eine vertraglich festgelegte Pauschalsumme für alle im Vertrag vereinbarten Leistungen.

- Die Vorteile sind:
  - o ein fachlich und ökonomisch abgestimmtes Fallmanagement bietet eine gute betriebswirtschaftliche Steuerung,
  - o ein eigenes Kostenmanagement,
  - o interne Budgetgrößen werden vom Leistungserbringer festgelegt.
  
- Die Nachteile sind:
  - o bei mangelhafter betriebswirtschaftlicher Steuerung besteht ein hohes wirtschaftliches Risiko,
  - o externe und interne Netzwerkstrukturen müssen steuerungsfähig sein und im Gesamtzusammenhang denken und handeln,
  - o es besteht ein hoher Koordinationsaufwand.

Die GAPSY hat zwei Verträge der Integrierten Versorgung „IV Rückzugsräume“ mit den Krankenkassen abgeschlossen. Zum einen die IV Rückzugsräume-West und die IV Rückzugsräume-Nord.

Wir haben gemeinsam mit den dem Vertrag beigetretenen niedergelassenen Nervenärztinnen und Nervenärzten seit 2004 in der IV Rückzugsräume bewiesen, dass es eine Alternative zu stationären Behandlungen im ambulanten Bereich geben kann.

In akuten Krisensituationen benötigen Menschen mit psychischer Erkrankung häufig Unterstützung und Hilfen, die über die ausführbaren und erfüllbaren Behandlungsleistungen des ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgungssystems hinausgehen. In aller Regel nehmen diese Patientinnen und Patienten für einen kurz- oder längerfristigen Zeitraum einen teil- oder vollstationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in Anspruch. Die wenigsten dieser Patientinnen und Patienten benötigen die 24-stündige Behandlungsleistung einer psychiatrischen Klinik. Sie benötigen die Unterstützung durch einen Rückzugs- und Schutzraum, der eine zeitlich begrenzte räumliche Trennung vom gewohnten Umfeld ermöglicht, aber auch eigene Gestaltungsspielräume zulässt. Diesem Personenkreis wird mit der „IV Rückzugsräume“ die Möglichkeit gegeben, ohne stationäre Aufnahme eine wohnortnahe Behandlung zu erfahren, die ihnen Sicherheit und professionelle Behandlung in behandlungsnotwendigen Zeiten garantiert.

Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Patientin, der Patient. Alle Behandlungsleistungen – ärztliche Behandlung, Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie – werden mit dem betroffenen Menschen abgestimmt und immer wieder überprüft.

Freiwillig kann der Betroffene das „Krisenhaus“ also das Rückzugshaus in den Abend- und Nachtstunden nutzen, um sich zeitlich begrenzt aus dem häuslichen Umfeld zurückziehen zu können. Das kann aus vielfältigen Gründen heraus notwendig sein, wie Überforderung der Angehörigen, der Patientin, des Patienten selbst, mit durch die Erkrankung aufgestauten Emotionen oder dem Nichtaushalten-können von Gefühlen der Einsamkeit und Isolation und anderen. Tagsüber wird der betroffene Mensch wieder in der eigenen Häuslichkeit und der sozialen Umgebung begleitet. Die niedergelassenen Nervenärztinnen und Nervenärzte sind in wechselnden Diensten täglich 24 Stunden erreichbar und gewährleisten tägliche ärztliche Kontakte zu den Patientinnen und Patienten. Die Versorgung in der „IV Rückzugsräume“ erfolgt an sieben Tagen der Woche. Die Versorgung im „Rückzugshaus“ erfolgt täglich in der Zeit von 17.00 Uhr bis 09.00 Uhr. In dieser Zeit stehen den Gästen Gesprächspartner und Begleiter zur Verfügung, die in vielen Fällen selbst über Therapie- und Krisenerfahrungen verfügen. Die Begleitung der Gäste ist in erster Linie auf persönliche Entspannung ausgerichtet. Es wird bewusst unterlassen, eine Atmosphäre von „Behandlung“ oder „Betreuung“ zu erzeugen. Die Gäste erfahren vielmehr eine Situation des persönlichen Akzeptiertseins, die ihnen die Zuversicht vermitteln soll, dass sie selbst mit Unterstützung der professionellen und persönlichen Begleiter in der Lage sein werden, die akute Krise zu meistern.

Die Krankenkassen erhalten, entsprechend des Leitsatzes der GAPSY: „**Vierundzwanzigstündige Verantwortung verlässlich vernetzt**“, ein komplexes Verantwortungssystem, das sofort und zu jedem Zeitpunkt auf die individuellen Anforderungen der Patientinnen und Patienten verlässlich reagiert.

Die IV Rückzugsräume sind ein komplexes ambulantes Behandlungssystem, in dem das Rückzugshaus – als außerklinische Versorgungsoption – nur ein Teil aller ambulanten Behandlungsleistungen ist. Entscheidend ist die Vernetzung aller ambulant zur Verfügung stehenden Leistungen, deren Steuerung über die ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte gemeinsam interdisziplinär geschieht.

### **Was bedeutet das?**

Ein gewichtiger Teil der ambulant tätigen niedergelassenen Nervenärztinnen und Nervenärzte ist bereit und gewillt einen qualifizierten Dienst vorzuhalten und zu leisten. Brüche, wie Behandler- und Therapiewechsel, wie sie sonst in der psychiatrischen Behandlung häufig sind, können vermieden werden. Die beständige Begleitung durch ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie schaffen Erkenntnisse über Krisenausbrüche und deren Bewältigung. Das schafft hervorragende Voraussetzungen dafür, neue Krisen erzeugende Konstellationen im Leben der Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Der betroffene Mensch erlebt sich selbst in einer stärkeren Subjektkontrolle bei der Krisenbewältigung. Auch Angehörige und weitere soziale Bezugspersonen können und werden sehr viel direkter in das Geschehen (mit-) einbezogen.

Der Patientin, dem Patienten bietet dies mehr Autonomie, mehr selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit, die sie oder er sonst verlässt. Das soziale Umfeld bleibt bestehen. „Vor Ort“ werden die Probleme bewältigt, die möglicherweise Anlass für die akute psychische Erkrankung darstellen. Und sie sind verstärkt eingebunden in ein mehr Sicherheit ausstrahlendes Zuhause als ein Zwei- oder Dreibettzimmer in einer klinischen Versorgung geben kann.

Die GAPSY bekommt die gesamten Leistungen der „IV Rückzugsräume“ in Form einer Fall-Komplexpauschale vergütet und bezahlt hieraus alle Leistungen der beteiligten Vertragspartner einschließlich der Pharmakosten. Die Kosten der Rückzugsräume liegen ungefähr 20 Prozent unter dem durchschnittlichen Tagessatz der psychiatrischen Kliniken in Bremen. Zudem ergibt sich eine enge Zusammenarbeit der Kostenträger mit dem Träger in Abrechnungsfragen, so dass Transparenz und wechselseitiges Vertrauen geschaffen und aufrecht erhalten werden.

Die Auswertungen der ersten Jahre haben bewiesen, dass das Ziel – die Vermeidung stationärer Aufenthalte – gelingt. Ca. 100 Frauen und Männer pro Jahr profitieren von diesem Angebot. Im Wesentlichen stehen im Fokus der Behandlung Menschen mit Schizophrenieerkrankungen und affektiven Störungen (Depressionen). Frauen nutzen die ambulanten Angebote der GAPSY mehr als Männer (Verhältnis 2/3 zu 1/3). Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 40 und 50 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer liegt derzeit bei 28 Tagen.

Eine Kostensenkung im größeren Rahmen kann perspektivisch stattfinden, wenn das Modell in den Regionen flächendeckend errichtet wird. Als logische Konsequenz müssten dann zusätzlich auch Krankenhausbetten reduziert werden. Zum Mai 2008 wurden die Rückzugsräume – durch Beitritt weiterer Kassen – auf 12 Plätze erhöht.

Im März 2009 hat es eine Ausweitung in der Region Nord, unter Beteiligung von zwei niedergelassenen Nervenärztinnen und einem Nervenarzt und der dortigen psychiatrischen Klinik, um weitere acht Plätze geben. Der Vertrag mit den Krankenkassen wurde mit den benannten Partnern geschlossen.

### **Bewertung:**

Die Rückzugsräume ergänzen die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten ideal. Einerseits wird Sicherheit gewährleistet, ohne andererseits eine Herauslösung der Patientinnen und Patienten aus ihrem sozialen Umfeld zu befördern. Als Alternative zur stationären Versorgung vermeiden die Rückzugsräume zusätzlich eine Stigmatisierung und sind damit ein deutlich niedrighwelligeres Versorgungsangebot, für das sich betroffene Menschen leichter entscheiden können. Die Rückzugsräume zeigen sehr gut, dass positive Effekte der Behandlung für viele Patientinnen und Patienten mit deutlich geringerem Aufwand zu realisieren sind. Ein Projekt, das persönliche Bedürfnisse der betroffenen Menschen ernst nimmt. Dies geschieht überdies mit geringerem Aufwand als Modelle der „klassischen“ klinischen Versorgung.

### **Anschrift des Verfassers:**

Helmut Thiede · Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH · Waller Heerstr. 103 · 28219 Bremen ·  
E-Mail: thiede@gapsy.de

## **Zur Bedeutung der Bereitstellung von Hilfen in psychischen Krisen und Notfällen im Verbund**

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator Region Hannover*)

Nachfolgend wird der Bericht zur Arbeit des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes für das Jahr 2007 abgedruckt. Am Ende des Berichtes wird deutlich daraufhingewiesen, das zum

einen die Vernetzung der bisher im Bereich der Region Hannover angebotenen Krisen- und Notfalldienste für psychisch erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne eines transparenten und effizienten Angebotes für in psychischen Krisen befindlichen Menschen noch nicht optimal geleistet ist, zum anderen, dass es auch dann noch Lücken geben wird, die es zu schließen gilt.

Diese Herausforderung der verbesserten Vernetzung und Transparenz könnte durch einen einheitlichen Krisen- und Notfallflyer in einem ersten Schritt angegangen werden. In einem zweiten Schritt wäre dann eine gemeinsame Anstrengung aller im Sozialpsychiatrischen Verbund vertretenen Institutionen und Personen vonnöten die Lücken mit (kooperativen) Angeboten zu füllen. Hierzu gehört die Vervollständigung der Krisenansprechzeiten im Rahmen eines 24-stündigen Angebotes, als auch zusätzliche Aktivitäten in Richtung Krisenbetten und „geschützten“ Räumen (Weglaufhäuser). In der psychischen Krise braucht der Mensch ein Gegenüber mit offenen Ohren, mitfühlendem Herz, Empathie und Sachverstand, flexiblen Angeboten und vernetztem Denken.

Hierfür gilt es weiter einzutreten und die Bedingungen zu schaffen. Ein dem psychisch kranken Menschen verpflichteter Sozialpsychiatrischer Verbund muss hier, über die schon als sehr positiv zu beurteilenden bisherigen Aktivitäten, im nächsten Jahrzehnt ab 2010 nächste Schritte im o. g. Sinne gehen:

## **9. (Kurz-) Bericht über die Arbeit des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes der Region Hannover Berichtszeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007**

1. Träger des Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienstes ist die Seelhorst-Stiftung, Uferplatz 5, 30890 Barsinghausen. Mit Vertrag vom 15.11.2006 zwischen der Seelhorst-Stiftung und der Region Hannover wurde die Fortsetzung für das Jahr 2007 vereinbart. Hiermit wird der 9. Bericht vorgelegt.

2. Der Krisendienst fand im Berichtszeitraum weiterhin jeweils zwischen 12.00 Uhr und 20.00 Uhr an allen Wochenenden und Feiertagen, sowie freitags von 15.00 Uhr bis 20.00 Uhr statt. Bis Juli 2006 in den Räumen des Krisendienstes im Gebäude der Region Hannover, Hildesheimer Str. 20. Ab 01.08.2006 befindet sich der PPKD in neuen Räumlichkeiten in der Podbielskistraße 168, 30177 Hannover. Telefon 0511/30033470.

Die neuen Räumlichkeiten, die in Kooperation mit der Kontaktstelle „Treffpunkt List“ genutzt werden, sind zum einen sehr gut erreichbar für Betroffene und ihre Angehörigen, zum anderen ist die Beratung durch die bessere Qualität der Ausstattung und Größe nachweislich angenehmer und zuträglicher für die Krisengespräche.

Je drei in der Psychiatrie erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden pro Schicht eingesetzt. 35 Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Institutionen der Region Hannover beteiligen sich an dem Dienst. Dieser Pool von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist im Wesentlichen konstant und über die Jahre auch gut eingearbeitet.

3. Die Umstellung auf EDV-Dokumentation hat auch in 2006 weiterhin noch nicht in dem Maße zu einer fehlerfreien Dokumentation geführt, wie dies erhofft wurde. Durch die Erarbeitung eines entsprechenden Handbuches und zusätzlichen weiteren Schulungen für die Mitarbeiter/innen in 2007 ist dieses Problem im Wesentlichen beseitigt worden. Auch die Überarbeitung des Eingabe- und Auswertungsprogramms ist noch bis Ende 2007 erfolgt. Deshalb erfolgt für das Jahr 2006 keine Auswertung mehr, sondern nach 2005 (8.Bericht) erfolgt jetzt gleich die Auswertung 2007 (9.Bericht).

Nachfolgend werden einige Erläuterungen gegeben, die sich auf wenige Kernaussagen beschränken.

**a.** Im Berichtszeitraum wurden 164 Dienste geleistet. Hierbei gab es weiterhin eine breite Streuung der Inanspruchnahme an den einzelnen Tagen. Gegenüber den Vorjahren ist die durchschnittliche Auslastung stark gestiegen, sie lag in 2007 bei 40% (gegenüber 2005 bei 29,5). Mit Auslastung ist die prozentuale Zeit gemeint, in denen die drei Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter tatsächlich mit der Erledigung von Aufgaben, einschließlich Fahrtzeit, beschäftigt waren. Das ist der höchste Wert seit Beginn der Tätigkeit des PPKD 1997. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass der Krisendienst doch mehr in komplexere Krisenbewältigungsfälle eingebunden ist als in der Vergangenheit.

Da auch die Kontaktzahl, in denen eine latente Suizidalität bzw. akute Suizidalität vorlag, mit 18,68% weiterhin hoch war, ist diese Aussage zusätzlich belegt.

**b.** Bei einer Anzahl von 2.022 Kontakten bei 611 Personen, ist das höchste Kontaktvolumen seit Bestehen des Krisendienstes von 10 Jahren erreicht worden. Auch die Anzahl von 611 Personen ist eine der höchsten.

**c.** Die Inanspruchnahme des Krisendienstes durch die Hilfebedürftigen selbst mit 88,82% (2005 87,4%) zeigt, dass der Bekanntheitsgrad bei den Betroffenen weiterhin sehr hoch ist. Entsprechend ist die Inanspruchnahme des PPKD durch Familienangehörige, Partner, Nachbarn, Freunde/Bekannte und andere Institutionen insgesamt bei 11,182%. Mit leichten Schwankungen ist in den letzten Jahren dieser Wert ähnlich.

**d.** Mit 1865 Kontakten fand die überwiegende Anzahl der Beratungen als telefonische Beratung (90,24%) statt. Die Kontakte in der Beratungsstelle bzw. vor Ort (bei Hausbesuchen). mit 197 Gesprächen (9,76% aller Kontakte) lagen zwar prozentual nicht höher als in vergangenen Jahren, absolut ist die persönliche Kontaktzahl aber eine der höchsten im Rahmen der Arbeit des Krisendienstes.

Der PPKD ist ein Krisendienst, der alle drei Komponenten sachgerecht anzubieten hat und zwar neben der telefonischen Beratung selbstverständlich auch die persönliche Beratung vor Ort durch Hausbesuche oder durch Beratung in den Räumen des PPKD, was sich in der Zahl von 197 persönlichen Gesprächen niederschlägt.

**e.** Bei der Art der Krise, die für die Meldung im Krisendienst ausschlaggebend war, ist die Verteilung gegenüber den Vorjahren ähnlich. Sehr hoch ist weiterhin der Anteil der Kontakte mit Menschen in akuten Angst- bzw. Erregungszuständen oder Depressivität mit 40% aller Kontakte. Diese Zahl korrespondiert mit den Angaben unter Punkt a. über Auslastung und Einschätzung der Suizidalität. Aber auch Anteil von Menschen in psychotischen Krisen mit 17,5% erfordert durchaus intensive Beratungs- und Handlungskompetenzen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass 353 Personen (57,77%) angaben keine Vorkontakte zu psychiatrischen Diensten, Institutionen, Fachärzten, Kliniken etc. gehabt zu haben. Ein sehr wichtiger Wert zur Bemessung, dass der PPKD auch in den Bevölkerungskreisen bekannt ist, die bisher keinen Kontakt zur „Psychiatrieszene“ hatten.



**f.** Die Geschlechtsverteilung bei den Klienten liegt bei 63% Frauen und 37% Männer. Die Verteilung ist ähnlich wie in den vergangenen Jahren mit jeweils leichten Schwankungen. Diese Verteilung ist typisch für Krisendienste mit solchen Beratungsanteilen wie der PPKD. Frauen in Krisen neigen doch vielmehr und eher dazu sich bei einem Krisendienst/Beratungsdienst zu melden als Männer, die häufiger erst in akuten Notfallsituationen kontaktiert werden.

Das Durchschnittsalter aller Klienten liegt bei 43,97 Jahren und hat sich damit in den letzten Jahren leicht erhöht. Unter 18 Jahre alt waren nur 5 Personen, über 60 Jahre immerhin 88 Personen. Dieses bestätigt zwei Tendenzen. Zum einen ist der PPKD weiterhin nur in wenigen Fällen für Minderjährige Ansprechpartner, zum anderen aber immer deutlicher für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger.

**g.** Die Verteilung der Klienten aus dem Gebiet der Landeshauptstadt Hannover im Verhältnis zum Gebiet der restlichen Region liegt in diesem Berichtszeitraum bei 334 zu 172. Weitere 23 kommen aus umliegenden Landkreisen und Städten. Insgesamt bei 88 Personen war eine örtliche Zuordnung nicht möglich (anonyme Beratung oder keine Angabe). Wie in den Vorjahren bleibt es bei einer doch deutlich höheren Inanspruchnahme aus dem Gebiet der LHH.

#### **4. Zusammenfassung:**

Der PPKD ist in seinem zehnten Jahr des Bestehens ein durchaus wichtiger und anerkannter Dienst in der Beratung von Menschen in psychischen Krisen in der Region Hannover. Er ergänzt in sehr fachlicher Art und Weise die vorhandene ärztliche Notfallbereitschaft und arbeitet, wo notwendig und sinnvoll, mit dieser zusammen.

Im Rahmen der Psychiatriewoche 2007 Region Hannover vom 02. bis 06. Juli 2007 wurde auch der 10jährige Geburtstag des PPKD gefeiert. An den Veranstaltungen im Rahmen der Psychiatriewoche nahmen über 1000 Menschen teil und lernten so auch den PPKD kennen.

Es bleibt weiterhin ein Anliegen eine 24-stündige ambulante Krisen- bzw. Notfallbereitschaft in der Region Hannover für Menschen in psychischen Krisen zur Umsetzung zu bringen. Durch die Arbeitszeiten des PPKD, die wochentägliche Erreichbarkeit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover und die Dienste des fachärztlichen Notdienstes in der Stadt Hannover sind bereits große Teile der Tages- bzw. teilweise Nachzeiten abgedeckt, jedoch fehlen insbesondere in den Abendzeiten der Woche bzw. am Wochenende Ansprechpartner/innen für Menschen in Krisen, die nicht den allgemeinen ärztlichen Notdienst konsultieren wollen oder können bzw. dort nicht richtig aufgehoben sind.

Hannover, den 07. August 2008

Rose-Marie Seelhorst  
Seelhorst-Stiftung  
Barsinghausen

Dr. Thorsten Sueße  
Team Gemeindepsychiatrie  
Region Hannover

Lothar Schlieckau  
Psychiatriekoordinator  
Region Hannover

#### **Anschrift des Verfassers:**

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Weinstr. 2 · 30171 Hannover · E-mail: [Lothar.Schlieckau@region-hannover.de](mailto:Lothar.Schlieckau@region-hannover.de)

# Regionale Psychiatrieberichterstattung

## Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2008

von Hermann Elgeti (Mitglied der Fachgruppe Dokumentation)

### Einführende Bemerkungen

Die Region Hannover hat ihr Angebot an Hilfen für psychisch kranke Menschen bereits in den 1970er Jahren nach gemeindepsychiatrischen Grundsätzen Schritt für Schritt aufgebaut und weiterentwickelt. 1974 wurde der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie ins Leben gerufen, der seitdem monatlich zusammentritt und seit 1998 die Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) des Großraums Hannover (ab 2001: Region Hannover) bildet. Der Arbeitskreis, seine Fachgruppen und Sektor-Arbeitsgemeinschaften haben im Konsens aller beteiligten Institutionen und Initiativen immer wieder wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Hilfen in der Region gesetzt.

Eine erste Erhebung zum Umfang des Versorgungsangebots in der Landeshauptstadt und im Landkreis Hannover führte vor über 40 Jahren bereits Heiner Frost durch (Tabelle 1)<sup>1</sup>. Veranlasst wurde diese Untersuchung durch Karl-Peter Kisker, der gerade auf den Psychiatrie-Lehrstuhl der damals neugegründeten Medizinischen Hochschule Hannover berufen worden war. Der SpV hat dann seit seiner Gründung 1998 schrittweise eine regionale Psychiatrieberichterstattung aufgebaut. Sie basiert auf den statistischen Jahresberichten (Datenblätter A, B, C) der Einrichtungsträger, die sich am SpV beteiligen. Konzept und bisherige Ergebnisse dieser Bemühungen sind im erstmals für das Jahr 2000 erstellten und jährlich fortgeschriebenen Sozialpsychiatrischen Plan (SpP) der Region Hannover nachzulesen. Einen Überblick über die Entwicklung der Platzkapazitäten in den wichtigsten Hilfsangeboten in den letzten 40 Jahren gibt die Tabelle 1. Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung seit 1997 mit der Konzeption und den Auswertungsergebnissen für die Jahre 2001, 2004 und 2006 findet sich auch in meinem Beitrag für das Jahrbuch 2008 „Psychiatrie in Niedersachsen“<sup>2</sup>.

**Tabelle 1: Entwicklung von Hilfsangeboten in der Region Hannover 1967 bis 2008**

Anzahl der Einwohner (in Mio.)	0,812	1,140	1,168	1,130
Angebotsform	1967	1998	2004	2008
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	0	9	10	10
Ambulant-aufsuchender Dienst (SpDi / PIA)	3	11	19	21
Plätze im ambulant betreuten Wohnen (SGB XII)	0	291	~700	1098
Tagesklinik-Plätze in Erwachsenenpsychiatrie (SGB V)	0	118	136	131
Tagesklinik-Plätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	5	13	21
Plätze in Tagesstätten (§ 53 SGB XII)	0	109	136	210
beschützte teilst. Arbeitsplätze (bes. in WfbM und RPK)	0	300	346	557*
Klinikbetten Erwachsenenpsychiatrie (SGB V)	2701	1032	882	819
Klinikbetten Kinder-Jugend-Psychiatrie (SGB V)	80	69	86	103
Plätze in Wohnheimen (§ 53 SGB XII)	0	525	611	758
Plätze in Pflegeheimen (SGB XI / § 53 SGB XII)	230	1337	1111	1447
*) Erhöhung durch neue Mitglieder im Verbund mit entsprechenden Angeboten				

<sup>1</sup> Frost H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. Hannover: Medizinische Hochschule (Eigendruck)

<sup>2</sup> Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997 – 2007. In: Elgeti H (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn; Psychiatrie-Verlag

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

Bis zur Klärung datenschutzrechtlicher Bedenken sieht die Region Hannover davon ab, die automatisiert erstellten Auswertungstabellen mit allen berechneten Kennzahlen – wie eigentlich geplant – im Internet allgemein zugänglich zu machen. Ich bin aber gerne bereit, Einrichtungsträger und Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes über die sie jeweils betreffenden Ergebnisse gesondert zu informieren und auf Wunsch zu beraten, wie diese Daten für die Qualitätsentwicklung der Hilfsangebote nützlich sein können.

### **Merkmale der Nutzer einiger ambulanter Angebotsformen**

In der Tabelle 2 ist die Beteiligung der Hilfsangebote in der Region Hannover an der anonymisierten Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C) für die Berichtsjahre 2001 bis 2008 nach Angebotsformen (AF) aufgeführt. Das Datenblatt C wird bisher nur von den Hilfsangeboten der AF 10, 13 und 16 so umfassend genutzt, dass eine vergleichende Auswertung der diesbezüglichen Ergebnisse sinnvoll erscheint. Doch selbst hier sind Einschränkungen zu beachten. Für das Berichtsjahr 2008 waren in der AF 10 zwar alle elf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) beteiligt, von den insgesamt neun Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wie in den Vorjahren aber nur diejenige in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH. Bei den Suchtberatungsstellen (Sucht-BS, AF 16) waren es diesmal nur vier von 15 registrierten Hilfsangeboten (Vorjahr: 5 von 13), beim ambulant betreuten Wohnen (abW; AF 13) sieben von 25 (Vorjahr: 7 von 24).

**Tabelle 2: Anzahl Datenblätter C nach Angebotsform für die Jahre 2001 bis 2008\***

Angebotsform	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
10 Sozialpsych. Dienst / PIA	1085	929	2907	3727	5346	6214	6927	8101
13 amb. betreutes Wohnen	197	447	504	632	645	795	730	757
15 amb. Hilfen zur Arbeit					21	25	27	28
16 Sucht-Beratungsstellen	604	815	879	987	671	784	1024	859
18 amb. gerontopsych. Hilfe					24	28	74	0
19 sonstige amb. Hilfen	80	1		4	42	1		280
20 Tageskliniken								40
23 Tagesstätten	113	98	65	91	65	100	81	36
24 Werkstätten (WfbM)					178			
33 Wohnheime (SGB XII)	92	160	50	88	65	54	22	31
37 Wohnheime (SGB VIII)	48	50	44	53	52	59	67	68
Summe Datenblätter C	2219	2500	4449	5582	7109	8248	8952	10200
*) ohne jeweils drei „Fehlläufer“ in den Berichtsjahren 2002 und 2003								



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

Trotz der genannten Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse zu den betreuten Patientengruppen dieser drei Angebotsformen (Tabelle 3). Der in den letzten Jahren auf über 50% angestiegene Männeranteil in der AF 10 (SpDi / PIA) spricht dafür, dass sich die Arbeit in den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen stärker auf besonders gefährdete Zielgruppen konzentriert. Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten überwiegen dagegen immer deutlich die Frauen, die im Durchschnitt viel besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben und die empfohlenen Therapien durchzuhalten. Unter den in Hilfsangeboten der AF 13 (abW) betreuten Klienten wurde das Übergewicht der Männer mit den Jahren immer stärker. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Anbieter SuPA GmbH mit seinen häufig (auch) suchtkranken Nutzern eine gute Hälfte der ausgewerteten Datenblätter C zum Datenmaterial beigetragen hat. Der hohe Anteil männlicher Patienten (K9) in der AF 16 (Sucht-BS) ist angesichts der vorwiegend männlichen Suchtkranken keine Überraschung.

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

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 18 Jahre (K10)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 Jahre (K12)	gesetzlich betreute Patienten (K13)
SpDi / PIA (AF10)	2001	1085	47,6%	0%	52,4%	13,0%	26,8%
	2004	3727	49,1%	0,3%	47,7%	16,1%	36,8%
	2006	6214	52,6%	0,1%	47,1%	15,9%	38,5%
	2007	6927	52,7%	0,1%	48,5%	15,2%	38,8%
	2008	8101	52,2%	0%	48,0%	14,8%	39,5%
abW (AF 13)	2001	197	55,3%	0%	59,9%	3,6%	46,2%
	2004	632	61,9%	0%	54,6%	4,0%	50,4%
	2006	795	61,6%	0%	56,5%	5,7%	56,5%
	2007	730	64,5%	0%	54,2%	4,8%	52,4%
	2008	757	65,3%	0%	51,3%	4,4%	54,1%
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	59,7%	0,2%	53,0%	3,6%	0,8%
	2004	987	63,6%	0,6%	54,1%	3,3%	1,5%
	2006	784	66,2%	0,5%	51,0%	4,6%	1,0%
	2007	1024	64,3%	0,8%	47,1%	6,8%	0,9%
	2008	859	61,0%	0,7%	50,1%	5,9%	0,8%

Die Ergebnisse zur Altersverteilung (K10-K12) zeigen, dass der Altersdurchschnitt der Patienten in den drei hier betrachteten ambulanten Angebotsformen zuletzt nicht mehr angestiegen ist. Angesichts des allgemeinen demographischen Wandels auch in der Region Hannover werden die Leistungserbringer in Zukunft verstärkt Betreuungsformen entwickeln müssen, die dem Bedarf psychisch kranker alter Menschen angepasst sind.

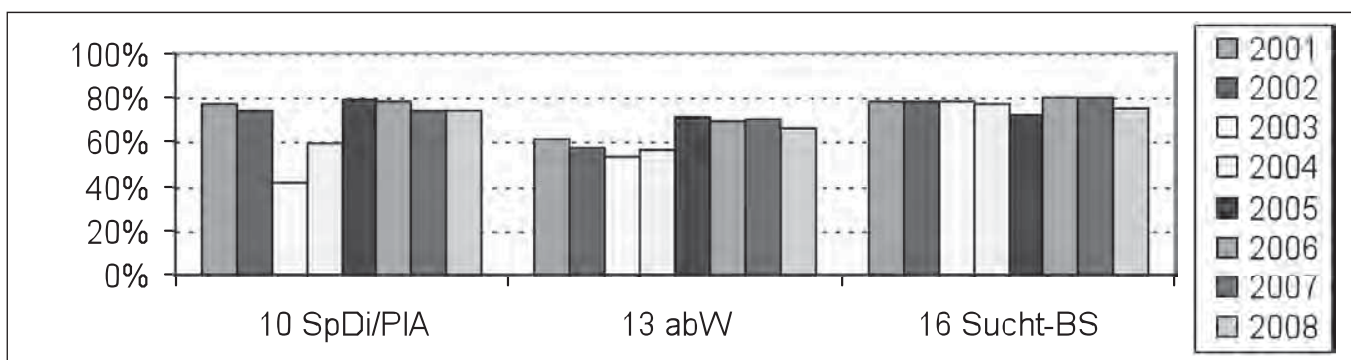
Der Anteil von rechtlich betreuten Personen (K13) liegt im Sozialpsychiatrischen Dienst, der in den letzten Jahren konstant rund  $\frac{3}{4}$  aller Datenblätter C lieferte, inzwischen bei knapp 40%, im ambulant betreuten Wohnen erheblich über 50%. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede

zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer Angebotsform (siehe dazu die Tabellen 5 und 6 weiter unten) lassen vermuten, dass es da und dort Alternativen ohne eine rechtliche Betreuung geben könnte. Bei den Nutzern der Suchtberatungsstellen spielt eine juristische Flankierung unverändert keine nennenswerte Rolle.

### Psychosoziales Risiko (K14)

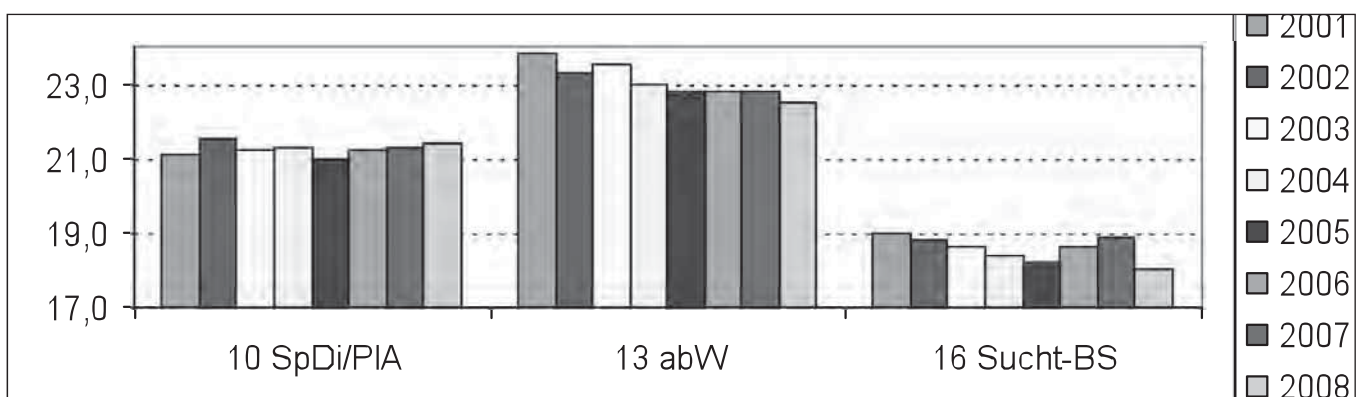
Längst nicht bei allen Datenblättern C konnte bisher das psychosoziale Risiko ermittelt werden (Abbildung 1). Immerhin hat sich der Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore bei den Angebotsformen 10 und 13 seit 2005 dem Standard der Angebotsform 16 angenähert, wo er schon seit 2001 zwischen 70% und 80% liegt.

**Abbildung 1: Anteil Datenblätter C mit berechenbarem psychosozialem Risiko**



Die Durchschnittswerte des psychosozialen Risikoscore in den drei genannten Angebotsformen veranschaulichen die großen Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen. Bei den Suchtberatungsstellen (AF 16) und den Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) kam es von 2001 bis 2005 zu einem Absinken des Durchschnittswertes, der sich nach einem zweijährigen Stopp 2008 weiter fortsetzte (Abbildung 2). Immer noch aber weisen die Klienten ambulanter Eingliederungshilfen ein recht hohes durchschnittliches psychosoziales Risiko auf. Dies spricht dafür, dass diese Angebote im Großen und Ganzen tatsächlich diejenigen Menschen betreuen, für die sie gedacht sind.

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

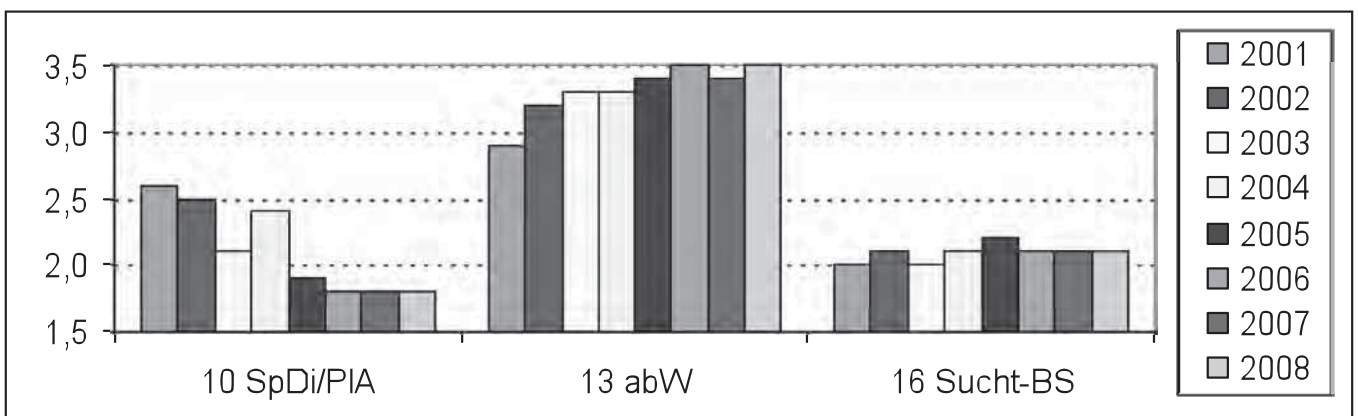


## Betreuungskontinuität (K15)

Die Betreuungskontinuität gibt Auskunft über die Gesamtdauer der Betreuung im Berichtsjahr in dem Hilfsangebot, für das ein entsprechendes Datenblatt C ausgefüllt wurde. Bei den tagesklinischen und vollstationären Hilfsangeboten psychiatrischer oder psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. Kliniken haben sich bisher allerdings nicht an der Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt. Einzig das 2008 neu eingerichtete tagesklinische Behandlungsprogramm in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH hat die dort in diesem Jahr betreuten 40 Patienten in dieser Weise dokumentiert (zu einigen Ergebnissen siehe weiter unten).

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

**Abbildung 3: Betreuungskontinuität bei den Hilfsangeboten (K15)**



## Spezielle Auswertungen

### Daten zur Zielvereinbarung für psychosekranke Männer unter 25 Jahren

Anfang 2007 beschloss der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie eine regionale Zielvereinbarung zur Verbesserung der Betreuungskontinuität bei jungen psychosekranken Männern. Hat ein psychosekranker Mann unter 25 Jahren eine notwendig erscheinende psychiatrische Behandlung oder Betreuung ohne Anschlussperspektive abgebrochen, soll der SpDi gemäß NPsychKG davon informiert werden. Solch ein Mensch hat nämlich in den ersten Krankheitsjahren ein besonders hohes Risiko für Therapieabbrüche und Suizidhandlungen. Im weiteren Verlauf gerät er leicht in

soziale Isolation, wird obdachlos und muss dann oft langfristig in einem Heim betreut werden. Die jeweils zuständige Beratungsstelle des SpDi versucht aufgrund entsprechender Information dann, mit ihm mindestens einmal pro Jahr in Kontakt zu kommen, für ihn und seine Angehörigen auch langfristig ansprechbar zu bleiben. Parallel wird es darauf ankommen, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. Spezielle Auswertungen des Datenblattes C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.

Im Berichtsjahr 2008 stammten 8101 von insgesamt 10200 abgegebenen Datenblättern C (Vorjahr: 6927 von 8942) von Hilfsangeboten der Angebotsform 10 (SpDi/PIA), das ist ein Anteil von 79% (Vorjahr: 77%); bei den psychosekranken Männern unter 25 Jahren waren es 80 von 95 (84%; Vorjahr: 88%). In der Gesamtgruppe psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem Datenblatt C dokumentiert wurde, sind nur 3% Männer unter 25 Jahren (Tabelle 4). Ihr psychosozialer Risikoscore (K14) liegt nach den Auswertungen der letzten Jahre nicht immer über dem der Gesamtgruppe. Wohl aber ist bei ihnen durchgehend die nicht-klinische Betreuungskontinuität (K15; angegeben in Quartalen pro Jahr) relativ geringer und der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr höher. Ziel der regionalen Zielvereinbarung ist es, mehr Personen dieser Zielgruppe zu erreichen und sowohl ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität als auch den Anteil von klinisch behandelten Patienten wenigstens an die Werte der Gesamtgruppe anzugleichen.

**Tabelle 4: einige Merkmale psychosekranker Männer unter 25 Jahren 2002 – 2008**

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychosekranke Männer <25 Jahre					
	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2002	2004	2005	2006	2007	2008
DB C	917	1728	2416	2663	2696	3007	6%	5%	4%	4%	3%	3%
K14	23,3	22,8	22,4	22,5	22,5	22,4	23,6	22,8	22,7	22,6	22,2	22,4
K15	3,1	3,1	2,4	2,3	2,2	2,2	2,6	2,6	2,1	2,0	1,9	2,0
Klinik	38%	35%	32%	26%	22%	20%	75%	59%	49%	37%	33%	28%

#### **Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

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

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

Für die Sektoren 6 und 11 sind die Aufgaben des SpDi gemäß NPsychKG bereits 1980 den beiden Psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übertragen worden. Sie werden dort integriert mit den Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V wahrgenommen. Von den in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List lokalisierten und für den Sektor 6 zuständigen Hilfsangeboten führt die BS MHH-List als SpDi vor allem Kriseninterventionen und Begutachtungen bei neuen Patienten durch. Diese werden bei längerem Behandlungsbedarf dann in die dortige PIA MHH-List übernommen. Die BS MHH-Campus, zuständig für den Sektor 11, hat sich 2006 erstmals an der Berichterstattung beteiligt. Die immer noch kleine Zahl von 55 abgegebenen Datenblättern C für das Berichtsjahr 2008 (2007: 42; 2006: 26) dürfte noch nicht den tatsächlichen Umfang der dort geleisteten Hilfen widerspiegeln. Für beide BS der MHH folgen aus den geschilderten Umständen relativ niedrige Durchschnittswerte bei der Patientenzahl, dem psychosozialen Risiko (K14) und der Betreuungsdauer.

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

**Tabelle 5: Merkmale der Nutzer ambulantaufsuchender Dienste (AF 10) 2007-2008**

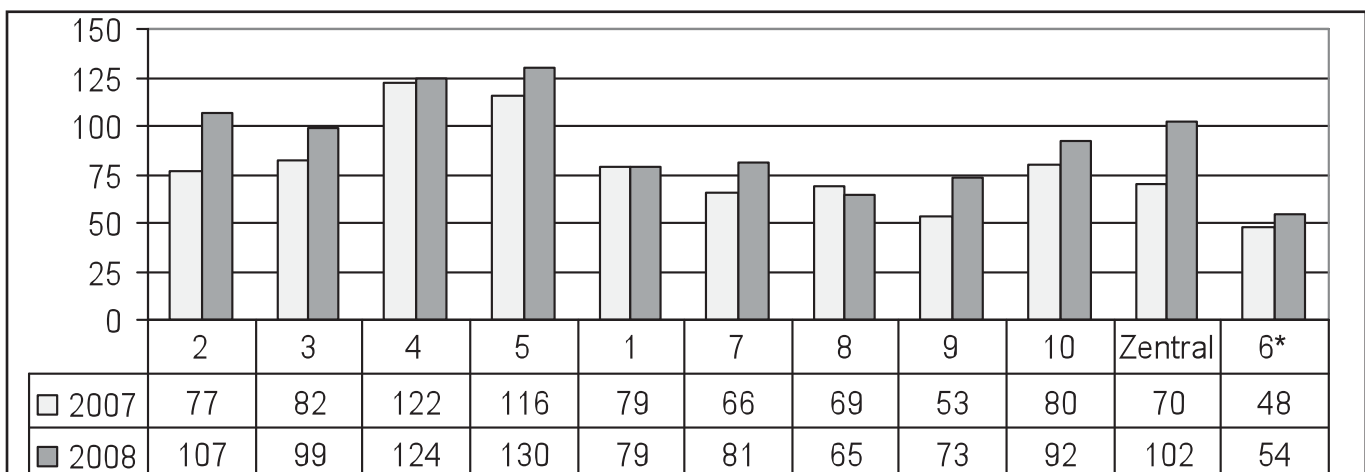
Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
27.05	PIA KfPP I Lgh.		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
27.06	PIA KfPP II Königstr.								
28.08	PIA KW Sehne-Ilten								
28.09	PIA KW Hannover								
31.02	BS 11 MHH-Campus	2007	42	29%	36%	17%	14%	18,6	1,8
		2008	55	53%	42%	11%	9%	19,2	1,1
31.03	PIA MHH-Campus		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
31.10	BS 6 MHH-List	2007	240	44%	55%	11%	30%	19,0	1,3
		2008	269	43%	55%	11%	31%	19,3	1,1
31.11	PIA MHH-List	2007	489	43%	46%	15%	29%	20,9	3,1
		2008	491	44%	46%	16%	29%	21,0	3,1
35.07	PIA NLK Allg. Psy.		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
35.11	PIA NLK Suchtkr.								
35.13	PIA NLK Forensik								
39.00	SpDi Zentrale	2007	650	57%	62%	5%	59%	23,1	1,5
		2008	961	57%	61%	5%	57%	22,9	1,7
39.01	BS 2 Freytagstr.	2007	603	47%	44%	18%	31%	21,6	1,8
		2008	774	48%	48%	15%	35%	21,7	1,8
39.02	BS 3 Plauener Str.	2007	345	52%	42%	19%	36%	21,2	1,9
		2008	418	54%	44%	17%	39%	21,3	1,9
39.03	BS 4 Deisterstr.	2007	814	56%	56%	9%	42%	21,5	1,8
		2008	892	53%	55%	10%	43%	21,6	1,8



Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
39.04	BS 5 Königstr.	2007	776	51%	54%	12%	37%	21,5	1,8
		2008	864	50%	57%	9%	41%	21,8	1,8
39.05	BS 1 Ronnenberg	2007	681	53%	45%	23%	28%	20,0	1,9
		2008	698	50%	46%	21%	29%	20,4	1,9
39.06	BS 7 Burgdorf	2007	575	56%	42%	19%	43%	22,0	1,6
		2008	706	53%	37%	21%	43%	21,7	1,6
39.07	BS 8 Neustadt	2007	725	58%	46%	15%	39%	21,3	1,5
		2008	697	55%	40%	16%	37%	21,0	1,5
39.08	BS 9 Laatzen	2007	398	57%	42%	17%	46%	21,5	1,9
		2008	600	54%	39%	23%	37%	20,9	1,7
39.10	BS 10 Langenhagen	2007	589	54%	39%	21%	41%	20,9	1,9
		2008	675	54%	41%	21%	40%	20,5	1,9

Die Fallzahlbelastung liegt in den innerstädtischen Regions-Beratungsstellen Deisterstraße (4) und Königstraße (5) am höchsten, in den Umland-Beratungsstellen Ronnenberg-Empelde (1), Burgdorf (7), Neustadt (8) und Laatzen (9) relativ am niedrigsten. Doch auch diese Werte liegen noch deutlich über denen der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH (6), dort allerdings unter Einschluss auch der Institutsambulanz-Funktion. Die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2008 zeigen – mit Ausnahme der Beratungsstelle Neustadt (8) – einen durchaus Besorgnis erregenden, mehr oder weniger starken Anstieg der Fallzahlbelastung im Vergleich zum Vorjahr. Im Sozialpsychiatrischen Plan des Vorjahres wurden bereits einige Fragen zur Interpretation dieser Daten in den Raum gestellt. In jedem Fall gilt, dass die hier dargestellten Ergebnisse für sich genommen keinerlei Auskunft darüber geben, wo wie fleißig und gut gearbeitet wird.

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



\*) Im Sektor 6 unter Einschluss von Patienten und Personal der PIA, aber ohne TK und ET



## Hilfsangebote der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH 2005 und 2008

Die für den Sektor 6 der Region zuständige Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH integriert in einem Team nicht nur über die Funktionen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) und einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Patienten in ambulanten Arbeitstherapie (AT) werden seit April 2004 über Ergotherapie-Heilmittelverordnungen behandelt. Im Januar 2008 wurde zusätzlich ein tagesklinisches Behandlungsprogramm (TK) für Patienten der Institutsambulanz eingerichtet. Diese können bei Bedarf vorübergehend intensiv täglich behandelt werden, um kriseninterventorisch Klinikeinweisungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen, ggf. auch weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen vorzubereiten. Zwischen den Nutzern der verschiedenen Angebote gibt es einige markante Unterschiede bei Merkmalen des Datenblattes C, und in den drei Jahren zwischen 2005 und 2008 hat sich auch einiges verändert (Tabelle 6).

**Tabelle 6: Patienten der Hilfsangebote in der Poliklinik List der MHH 2005 und 2008**

	SpDi-Funktion		PIA-Funktion		AT-Funktion		TK-Funktion
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2008
Anzahl DB C	189	269	416	491	21	28	40
Anteil Männer (K9)	37%	43%	46%	44%	52%	64%	40%
Anteil <45 Jahre (K11)	56%	55%	49%	46%	86%	54%	73%
Anteil ≥65 Jahre (K12)	13%	11%	14%	16%	0%	4%	8%
Anteil mit BtG (K13)	24%	31%	35%	29%	24%	39%	18%
Ø Risikoscore (K14)	18,4	19,3	21,0	21,0	20,0	22,1	22,7
Quartale / Jahr (K15)	1,3	1,1	3,2	3,1	2,4	2,0	55 Tage
Anteil Klinik im Ber.-Jahr	25%	19%	28%	25%	57%	39%	68%
Anteil Sektor 6	89%	97%	77%	94%	52%	86%	95%

Die Zahl der jährlich betreuten Patienten nahm in der SpDi-Funktion von 189 auf 269 (+42%) zu, in der PIA-Funktion von 416 auf 491 (+18%), in der AT-Funktion von 21 auf 28 (+33%). Gleichzeitig verminderte sich die Betreuungskontinuität, am wenigsten in der PIA-Funktion (von 3,2 auf 3,1 Quartale im Jahr), am stärksten in der AT-Funktion (von 2,4 auf 2,0 Quartale). Der Durchschnittscore des psychosozialen Risikos der Patienten nahm eher zu als ab, am stärksten in der ambulanten Arbeitstherapie. Die Konzentration der Hilfsangebote auf Patienten aus dem Einzugsgebiet (Sektor 6 der Region Hannover) hat von 2005 auf 2008 deutlich zugenommen. Nur die AT-Funktion steht auch Patienten aus anderen Sektoren offen. Das tagesklinische Behandlungsprogramm wurde vor allem von jüngeren Patienten mit relativ hohem psychosozialen Risiko in Anspruch genommen, die Aufenthaltsdauer betrug im gesamten Berichtsjahr durchschnittlich 55 Tage.

### Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

23 Einrichtungsträger hielten im Jahre 2008 insgesamt 25 Angebote im ambulant betreuten Wohnen vor (2007: 22 Träger / 24 Angebote). Wie im Vorjahr beteiligten sich sieben von ihnen an der Datenerhebung mit dem Datenblatt C (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Hilfsangebote und ihre Nutzer im Ambulant betreuten Wohnen 2007**

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	<45 J	≥65 J	BtG	psR	Kont
04.04	AWO	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
07.02	beta 89	2007	185	49%	65%	3%	49%	22,7	3,4
		2008	185	50%	58%	2%	50%	22,5	3,5
13.03	Wedemark	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
15.03	Ex&Job								
16.01	FIPS	2007	46	59%	50%	2%	41%	23,8	3,8
		2008	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>						
17.00	Pro Casa	2007	40	63%	53%	3%	68%	21,7	3,7
		2008	46	54%	59%	2%	70%	22,1	3,6
69.01	SPZ Am Seelberg	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
20.02	Hann. Werkstätten								
21.00	Wohnnetzassistenz	2007	9	44%	89%	0%	67%	23,0	3,8
		2008	11	55%	91%	0%	46%	22,7	3,5
28.20	Klinikum Warendorff	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
30.00	Landwehrpark								
36.04	PfH Wilkening								
43.02	Verein z. F. s. Beh.								
44.00	Verein z. F. soz. Bez.								
50.00	SuPA GmbH								
50.00	SuPA GmbH	2007	390	74%	51%	6%	52%	22,7	3,5
		2008	402	75%	48%	6%	53%	22,6	3,6
51.00	Perspektiven GbR	2007	44	61%	30%	11%	81%	?	2,8
		2008	61	69%	38%	7%	75%	?	2,9
52.01	Heuberg GmbH	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
53.00	autark Ambulant betreutes Wohnen	2007	16	63%	63%	0%	31%	22,7	2,8
		2008	27	63%	48%	4%	26%	22,6	3,5
56.00	Werte e.V.	2008	25	44%	60%	0%	56%	21,0	2,2
55.00	Kompass	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
59.00	AHMB								
61.01	Balance Garbsen								
61.02	Balance Springe								
61.03	Balance Hannover								
66.03	Lebenshilfe Seelze								

Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung ihrer Nutzer. Bemerkenswert sind die Unterschiede beim Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13), die sich nicht gleichsinnig zur Höhe des durchschnittlichen psychosozialen Risikos (K14) verhalten. Zur Klärung dieser Differenzen wäre ein Austausch unter den Mitarbeitern der Angebote in der Fachgruppe „soziale Eingliederung“ hilfreich. Von den 61 Patienten des Anbieters Perspektiven GmbH ließ sich der psychosoziale Risikoscore nur in einem einzigen Fall berechnen (2007: bei 44 Patienten in keinem Fall).

In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im ambulant betreuten Wohnen verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen gemäß dem im Hilfeplanverfahren individuell festgestellten Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung, so dass andernorts übliche lange Wartezeiten vermieden werden. Seit dem Berichtsjahr 2001 hat sich bei ständig steigenden Fallzahlen der Anteil von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (Scorewerte von 26-32) insgesamt deutlich vermindert (Tabelle 8). Dieser Trend schien in den Jahren 2006 und 2007 gestoppt, setzte sich aber jetzt im Berichtsjahr 2008 fort. Die Betreuungskontinuität nahm im Jahr 2007 erstmals mit steigendem psychosozialen Risiko ab; wünschenswert wäre umgekehrt eine größere Kontinuität bei Patienten mit höherem Risikoscore, wie es die Auswertung für das Berichtsjahr 2004 ergab.

**Tabelle 8: Betreuungskontinuität im abW nach psychosozialem Risiko 2001 – 2008**

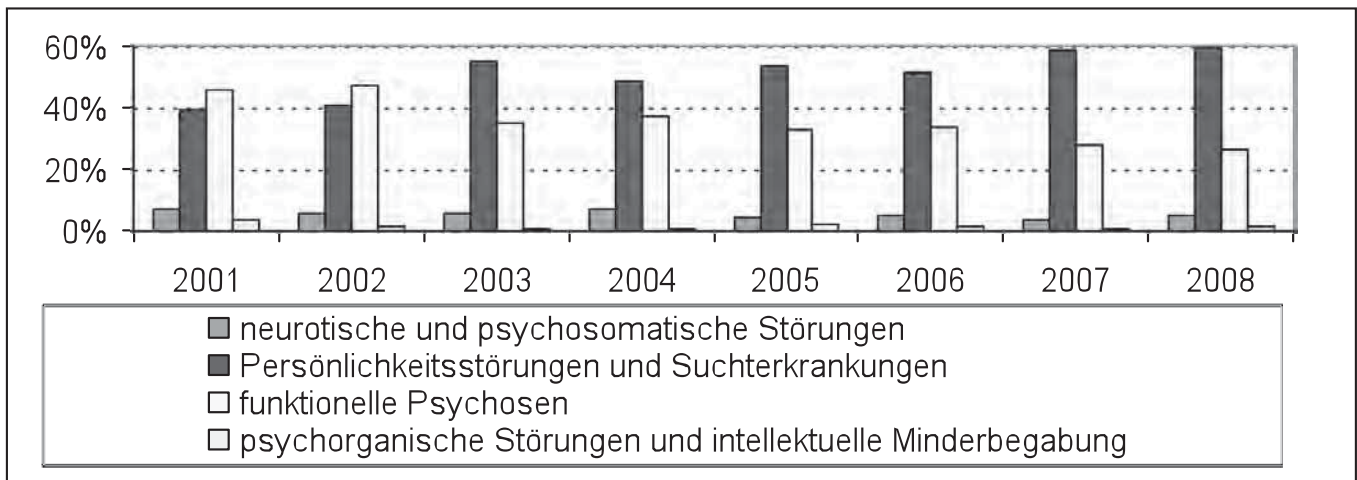
Risikoscore	Anzahl	Verteilung psychosoziales Risiko				Betreuungskontinuität (Quartale)			
		7-13	14-19	20-25	26-32	7-13	14-19	20-25	26-32
2001	197		6%	67%	28%		2,4	3,2	2,8
2002	415		10%	69%	22%		3,3	3,4	3,4
2003	504		9%	69%	22%		2,8	3,4	3,4
2004	632		10%	73%	18%		3,1	3,4	3,5
2005	645		14%	73%	13%		3,3	3,5	3,3
2006	795		14%	69%	17%		3,4	3,5	3,5
2007	728		8%	75%	14%		3,7	3,5	3,4
2008	757		14%	74%	12%		3,6	3,6	3,4

Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW hat sich auch im Jahr 2008 weiter zugunsten der Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen verschoben (Abbildung 5). Ursache ist der Diagnosespezifische Schwerpunkt des Anbieters SuPA GmbH, der das EDV-gestützte Eingabeprogramm nutzt und von dem für das Berichtsjahr 2008 53% (2007: 54%) aller Datenblätter C dieser Angebotsform stammen. Erstdiagnosen aus dem Bereich der neurotischen und psychosomatischen Störungen spielen traditionell in der Region Hannover eine geringe Rolle, psychoorganische Störungen und intellektuelle Minderbegabungen werden als Erstdiagnose kaum einmal angegeben.

Für das Berichtsjahr 2008 gibt es für den Umfang ambulant betreuten Wohnens erstmals Vergleichsmöglichkeiten mit anderen niedersächsischen Kommunen<sup>3</sup>. Dabei zeigt sich, dass – bezogen auf die Bevölkerung – in der Region Hannover keineswegs besonders viele Menschen auf diese Weise betreut werden. Bei einem Landesdurchschnitt von 91 belegten Plätzen pro 100.000 Einwohner sind es in den gering besiedelten Landkreisen (unter 1,0 Einwohner pro Hektar) 71, in den kreisfreien Städten (über 3,0 Einwohner pro Hektar) dagegen 143 Plätze. Für die Region Hannover wurde ein Wert von 97 Plätzen pro 100.000 Einwohner berechnet.

<sup>3</sup> Elgeti H (2009): Der Sozialpsychiatrische Dienst im Brennpunkt – Landespsychiatrieberichterstattung 2008. In: Elgeti H (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2010. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 154-161

**Abbildung 5: Erstdiagnosen (K16) bei Patienten des abW 2001 – 2008**



Diese hier ausgewählten Beispiele zu vergleichenden Analysen mit Hilfe der erhobenen Daten sollen zeigen, welche Perspektiven eine regionale Psychiatrieberichterstatterung für die Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke eröffnet. Wichtig dafür ist, dass die Einrichtungsträger einigermaßen vollständig die Patienten dokumentieren, die ihre Hilfe in Anspruch genommen haben. Hier sind weitere Anstrengungen in den nächsten Jahren nötig. Politik und Kostenträger sind aufgerufen, wirksame Anreizsysteme für die Leistungserbringer zu schaffen, damit diese sich an der Erhebung der Daten beteiligen. Andererseits braucht es auf allen Seiten auch ein Interesse, die Auswertungsergebnisse vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität vor Ort regelmäßig und kritisch miteinander zu diskutieren mit dem Ziel, sie für eine Qualitätsentwicklung der Hilfen nutzbar zu machen.

**Anschrift des Verfassers:**

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

**Zielvereinbarungen**

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

Bericht über die Umsetzung der Zielvereinbarungen aus dem Sozialpsychiatrischen Plan 2005 und folgende

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

Nach nunmehr vierjähriger Diskussion und Umsetzungsversuchen kann unter dieses Thema ein endgültiger Schlussstrich gezogen werden.

Es ist leider nicht gelungen diese Zielvereinbarung mit Leben zu erfüllen. Die entsprechenden Erläuterungen in den jeweiligen Berichten der vergangenen Jahre haben diesen Prozess

beschrieben. Hier zeigen sich doch klar die Grenzen eines auf freiwilliger Kooperation angelegten Modells des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Die Eigeninteressen der Beteiligten sind dann doch zu stark. Eventuell ginge solch ein Vorhaben eher wenn, wie anderorts, ein Gemeindepsychiatrischer Verbund als Anbietervereinigung auf vertraglicher Regelung zusammenarbeitet.

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

Hier hat es nach sehr langer Verlaufszeit in 2009 endlich einen wesentlichen Entwicklungsschritt gegeben. In zwei Workshops im Februar 2009 und August 2009 wurde dieses Thema intensiv bearbeitet.

Im Folgenden sind der derzeitige Diskussionstand und die getroffenen Vereinbarungen aus dem Protokoll der letzten Sitzung dokumentiert:

- *Die Notwendigkeit möglichst früher Rehabilitation dieser Klientel wurde unterstrichen, ebenso die außerordentliche Wichtigkeit der Vernetzung des Helfersystems.*
- *An die Zentrale des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Weinstraße zu „melden“ und mit in unser Modellprojekt aufzunehmen sind nicht nur die entsprechenden Patienten mit klar gesicherter Diagnose, sondern auch die mit Verdachtsdiagnose (z. B. aufgrund von aussagekräftigen fremdanamnestischen Angaben).*
- *Die Jobcenter der Region Hannover sind offen für innovative Ideen, psychisch Kranke wieder (oder überhaupt erst) in Arbeit zu bringen (andererseits sind [Teil-]Finanzierungsvorschläge für die geplanten Maßnahmen notwendig, da die Jobcenter die Projekte nicht zu 100 % finanzieren, sondern sich lediglich beteiligen).*
- *Es wurden einerseits Probleme gesehen, junge Erwachsene bis 21 Jahre mit Bedarf an jugendpsychiatrischer Behandlung in einem angemessenen stationären Setting behandeln zu können, weil eine entsprechende Finanzierung dieser Leistung im Sinne einer übergreifenden Kostenträgerschaft für diese Klientel fehlt (derzeit nur Einzelfallentscheidungen für Kostenübernahme bei jungen Erwachsenen in einem stationären KJP-Setting).*
- *Die bisherigen Anlaufstellen für die Klientel schlecht integrierbarer männlicher Psychotiker unter 25 wurden als nicht ausreichend angesehen, da zahlreiche Betroffene (aber auch ihre Angehörigen) eine Behandlung durch psychiatrische Institutionen ablehnen. Alternativ wurde an Anlaufstellen wie z. B. „Weglaufhäuser“ oder eine vermehrte Einbeziehung der Angebote des VPE in der Rückertstraße gedacht (Kontaktstelle für Betroffene von Betroffenen).*
- *Es wurden **sechs Arbeitsgruppen** gebildet, die sich damit beschäftigen, wie die jeweilige Zusammenarbeit an den Schnittstellen noch verändert und ausgebaut werden kann, um die Hilfsmöglichkeiten für die Klientel der schlecht erreichbaren männlichen Psychotiker unter 25 zu verbessern:*
  - o *Vier Arbeitsgruppen bestehen aus jeweils einer der vier psychiatrischen Versorgungskliniken mit den für sie zuständigen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen.*
  - o *Eine Arbeitsgruppe besteht aus Mitgliedern der Adoleszenten-Stationen der psychiatrischen Kliniken und der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche.*
  - o *Eine zentrale Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern von MDK, stationärem Gesundheits-*



*management der AOK, Jobcenter sowie Psychiatriekoordination, Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst und Sprecher Fachgruppe Dokumentation des Sozialpsychiatrischen Verbundes, evtl. noch Vertreter VPE (+ Angehörigenverein?).*

Im Januar 2010 werden die Ergebnisse ausgewertet und nächste Schritte vereinbart.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Bericht der Fachsteuerung Hilfekonferenzen**

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

„Fortschreibung“ der Thesen (aus 2008) zur Tendenzentwicklung beim Hilfekonferenzverfahren aus **Sicht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe**,

### **Entwicklung 2009:**

- „Klassische“ psychiatrische Diagnosen (schizophrene und affektive Psychosen) bleiben von der Anzahl her zwar gleich, nehmen aber durch die weiter steigende Zahl der Antragstellungen einen prozentual kleiner werdenden Anteil ein.
- Es gibt weiter eine deutliche Zunahme von Antragstellungen mit den Diagnosen „Sucht“, sowie sog. „weicher“ Diagnosen („Persönlichkeitsstörungen“, „Anpassungsstörungen“, etc.).
- In diesen Fällen sind aus fachlichen Gründen häufig kürzere Empfehlungszeiträume sinnvoll. Eine weitere Zunahme der Hilfekonferenzvorgänge ist die logische Folge, da die Hilfeplanfortschreibung sinnvollerweise ebenfalls durch die **Steuerungsstelle** (Kontinuität) erfolgt, was Kapazitäten bindet und im Steuerungskonzept eigentlich nicht vorgesehen ist.
- Die Zahl der Anbieter, insbesondere beim amb. betr. Wohnen, steigt weiter, was ebenfalls die Anzahl der Erst- und Ausweitungsanträge erhöht und den „Marktcharakter“ der Versorgungsstruktur deutlich werden lässt, mit u. E. fatalen Folgen für das konzeptionelle Grundverständnis des amb. betreuten Wohnens (Konflikt zwischen Verselbstständigungskonzept einerseits und betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit andererseits?).
- Verschärfung dieser Dynamik, wenn außerdem methodische Schwächen einzelner Mitarbeiter (Nähe-Distanzregulierung? „Viel hilft viel“?) durch fehlende oder mangelnde interne Rückmeldesysteme übersehen werden.
- U. E. müsste ein Eigeninteresse der Anbieter bestehen, die kontraproduktiven Auswirkungen dieser strukturellen „Schieflage“ zu begrenzen, z. B. durch eine Qualitätsdiskussion auf Verbundebene, („fachliche Mindestkriterien“? „freiwillige Selbstkontrolle“? „Gütesiegel“?)



- Neben der „Marktorientierung“ wirken sich u. E. auch andere Strukturbedingungen (z.B. Betreuungsrechtsangleichungsgesetz, Aufgabenbeschneidung beim KSD, Abschaffung des PPS) auf die Zahl der Anträge aus und führen zu einer Verlagerung der Bedarfe in die Eingliederungshilfe.
- Das Primat einer bedarfsgerechten Hilfeplanung („Normalität“) beinhaltet außerdem zunehmend die **Notwendigkeit einer Vernetzung der Hilfestaltung** mit anderen Leistungsarten („Komplexleistung“, SGB II und III, SGB VIII, SGB X, SGB V). Dadurch weitere Intensivierung des Aufwandes (zeitlich längere einzelne Hilfekonferenzen bei höherer Teilnehmerzahl) und Beanspruchung der Kapazitäten der Fachsteuerung.

### **Folgende Thesen aus 2008 gelten u. E. weiter in 2009:**

- Abnahme der Inanspruchnahme von Tagesstätten für seelisch Behinderte (insbesondere bei jüngerem Klientel), als Ausdruck des Wunsches der Klienten nach Versorgung in „normalen“ Bezügen, statt in institutionalisierten Psychatriekontexten.
- Trendwende beim Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung durch prozentuale Zunahme der ambulanten und Abnahme der stationären Maßnahmen
- Die Anforderung an die Anbieter wird somit u. E., neben der o. g. Qualitätssicherung, zukünftig darin bestehen, neue, diesem Bedarf entsprechende, differenzierte Angebotskonzepte im ambulanten Raum zu entwickeln.

### **Fazit zur Lage der Steuerungsstelle:**

#### **Der zeitliche „Flaschenhals“:**

Die beschriebene Struktursituation führt zu einem „Antragsstau“ beim Hilfekonferenzverfahren, hauptsächlich bei der Fachsteuerungsstelle (Erstkonzferenzen), tendenziell aber auch in den Beratungsstellen (Hilfeplanfortschreibungen). Damit sind (strukturell bedingte) Wartezeiten bzgl. des Zugangs zu Unterstützungsmaßnahmen unvermeidbar.

Die quantitative Entlastung, die durch die 2009 erfolgte Personalverdoppelung in der Fachsteuerung erfolgte, ist durch die Zahlen bereits absorbiert.

#### **Der inhaltliche „Flaschenhals“:**

Zunehmend sind inhaltlich/fachliche Probleme (insbesondere im Bereich „Nähe-Distanzregulation“ beim amb. betr. Wohnen, „viel hilft viel“? s. o.) zu verzeichnen, die als Folge der o. g. genannten Strukturprobleme wirksam werden. Da dies auf der Einzelfallebene, d. h. bei den Hilfeplanungen auffällt und dort kompensiert werden muss, entsteht eine Art „inhaltlicher“ Flaschenhals, der zu weiteren zeitlichen Verzögerungen in der Einzelfallbearbeitung, wg. hohem Absprachebedarf mit Einzelakteuren, führt.

## **Quintessenz und Ausblick**

Aus Sicht der Fachsteuerungsstelle sind in der Region Hannover mittelfristig folgenden „Strukturbaustellen“ bzgl. der psychiatrischen Versorgung ins Visier zu nehmen:

- Einführung von einheitlichen Qualitätsstandards auf Anbieterseite („freiwilliges Prüfsiegel“), insbesondere beim amb. betr. Wohnen.
- Gleichzeitig Aufnahme von einheitlichen, fachlich prüfbaren Qualitätsanforderungen in zukünftige Leistungsvereinbarungen für neue Anbieter durch den Kostenträger,
- Vorbereitung der Einführung verbindlicher Strukturen im Sozialpsychiatrischen Verbund (s. Modellprojekte im Bundesgebiet), zwecks Milderung des „Marktcharakters“ des Versorgungssystems) und damit „Steigerung von Struktureffizienz“, bzw. Eingrenzung von Partikularinteressen und deren Folgen im Versorgungsgebiet.

### **Anschrift der Verfasserinnen:**

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

# Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

## Berichte von 11 Fachgruppen

### Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Martin Mahlau (*Sprecher der Fachgruppe*)

#### Themen der Fachgruppe im Oktober 2008 bis Oktober 2010

- 1) reha-scout
- 2) Mitgliederbefragung
- 3) Fachtagung „Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit“

#### 1)

Der bereits im letzten Tätigkeitsbericht angekündigte Rehabilitationsleitfaden „reha-scout“, der eine Übersicht über die Angebote in der Region Hannover gibt, wird zum Ende dieses Jahres als Druckversion vorliegen. Erarbeitet wurde der „reha-scout“ von einer Arbeitsgruppe der Fachgruppe nach dem Vorbild des Kölner Kompasses und des Führers des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hildesheim.

Mit der Veröffentlichung der Druckversion wird es auch eine Onlineversion geben, die über die Homepage des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover abgerufen werden kann. Neue und noch nicht im „reha-scout“ erfasste Angebote werden in diese Onlineversion regelmäßig eingepflegt und in die Druckversion mit der nächsten Auflage aufgenommen.

#### 2)

Mit dem Wechsel des Sprechergremiums der Fachgruppe wurde eine Befragung der Fachgruppenmitglieder durchgeführt. Ziel war es, dem Gremium eine Rückmeldung zu den Themen „Organisation der Fachgruppe“, „Inhalte der Fachgruppe“ und „Leistung der Sprecher“ zu geben.

Die Anzahl der beantworteten Fragebögen ist in etwa mit der Anzahl der regelmäßig an den Gruppentreffen teilnehmenden Einrichtungen zu vergleichen.

Als Ergebnis konnte festgehalten werden:

#### Organisation der Fachgruppe:

Der jeweils veranschlagte Zeitrahmen wie die rotierenden Veranstaltungsorte für die Treffen wurden überwiegend als gut bewertet, die Vernetzung mit anderen Einrichtungen durch die Fachgruppenteilnahme ist weiter voranzutreiben.

Die regelmäßige und seit bestehen der Fachgruppe praktizierte Versendung von Protokollen zur Information aller Fachgruppenmitglieder wurde positiv hervorgehoben.

Gewünscht wurde eine Adressliste aller im Verteiler aufgeführten Einrichtungen zur vereinfachten Kontaktaufnahme.

#### Inhalte der Fachgruppen:

Die inhaltliche Ausgestaltung der Fachgruppentreffen wurde grundsätzlich positiv bewertet. Themen, die nicht direkt für die eigenen Arbeit genutzt werden können seien trotzdem wichtig, da sie einen Überblick über die Szene ermöglichen.

Gewünscht wurden externe Referenten, auch aus anderen Regionen sowie als konkretes Thema der Bereich der Arbeitsdiagnostik mit entsprechenden Testverfahren und die Erfahrung mit Praktika für die zu behandelnden Personen.

#### Leistung der Sprecher:

In Bezug auf Erreichbarkeit und entsprechender Rückmeldung bei Fragen sowie die regelmäßige Rückmeldung aus dem AKG wurde eine positive Bewertung abgegeben.

Auch hier wurde die Suche nach externen Referenten zur Impulsgebung als Aufgabe der Sprecher hervorgehoben. Die Schaffung neuer Strukturen in der Zusammenarbeit wurde bspw. als zeitlich zu Aufwendig bewertet.

Eine ausführliche Auswertung der Fragebögen kann beim Sprechergremium jederzeit angefordert werden.

### 3)

Im Berichtszeitraum wurde von einigen Mitgliedern der Fachgruppe zusammen mit dem Psychiatriekoordinator des Teams Gemeindepsychiatrie Herrn Schlieckau eine Fachtagung zum Thema „Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit“ vorbereitet.

Veranstaltet wird die Tagung am 26. + 27.11.2009 im Haus der Region in Hannover.

Zielgruppe dieser Fachtagung sind betriebliche Führungskräfte, Personalverantwortliche, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte, Betriebssozialarbeiter, Psychiatrieerfahrene mit und ohne Arbeit, Beschäftigte in psychiatrischen Institutionen und Einrichtungen.

Die Tagung möchte am ersten Tag eine Brücke vom Thema Umgang mit seelisch erkrankten Mitarbeitern zur Prävention seelischer Erkrankungen am Arbeitsplatz schlagen.

Dies geschieht über den Vortrag einer psychiatriee erfahrenen Führungskraft, mehrerer Fallvorstellungen zu unterschiedlichen Rehavertläufen bei Institutionen der Region sowie verschiedener Workshops.

Der zweite Tag möchte einen Beitrag zur konkreten Entwicklung von Zuverdienstarbeit für seelisch erkrankte Menschen in der Region Hannover leisten indem betrachtet wird, wie es in anderen Regionen zu Versorgungsvereinbarungen gekommen ist um neue Wege für die Region Hannover zu erörtern.

Hierzu wird ein Vortrag über Studien, Empfehlungen und Handlungsoptionen zum Thema Zuverdienst gehalten. Mehrere Impulsvorträge zeigen die Möglichkeiten der Schaffung von Arbeitsgelegenheiten für psychisch Kranke auf. Und eine Gesprächsrunde über Sinn und Möglichkeiten niederschwelliger Arbeitsgelegenheiten im Rahmen regionaler Vereinbarungen beendet die Veranstaltung.

#### **Anschrift des Verfassers:**

Martin Mahlau · Pestalozzi-Werkstatt · Pestalozzistr. 22 · 30938 Burgwedel · E-Mail: mmahlau@pestalozzi-stiftung.de

## **Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ für den Zeitraum Juli 2008 bis Juni 2009**

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe*)

An der Arbeit der Fachgruppe im Berichtszeitraum beteiligten sich regelmäßig Herr Dr. Sueße und Herr Schlieckau, Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Herr Preis (Pro Casa gGmbH), Herr Dr. Elgeti (MHH, Sprecher der Fachgruppe) und Frau Koch (Pflegeheime Dr. Wilkening). Die Fachgruppe ist offen für neue Mitglieder, so weit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen. Im Berichtszeitraum fanden zehn Sitzungen statt. Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 – 10.30 Uhr in den Diensträumen des Teams Gemeindepsychiatrie in der Weinstraße 2 statt.

Schwerpunkt der Arbeit waren wieder vielfältige Fragestellungen rund um die Erstellung des jährlich erscheinenden Sozialpsychiatrischen Plans für die Region Hannover. Ein Schwerpunktthema muss in Absprache mit dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie ausgewählt, Autoren gewonnen und an die Abgabe der Beiträge erinnert werden. Die regionale Psychiatrieberichterstattung erfordert eine kontinuierliche Aufmerksamkeit im Hinblick auf eine breitere Beteiligung der Einrichtungsträger und die rechtzeitige Abgabe der Datenblätter A-C. Hilfreich sind die Diskussionen in der Fachgruppe auch in Bezug auf die Interpretation der Ergebnisse und die Auswahl wichtiger Aspekte für den zusammenfassenden Jahresbericht. Die regionalen Zielvereinbarungen und der Fortgang der Planung und Evaluation von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen benötigen eine dauerhafte fördernde Begleitung. Darüber hinaus waren der Umfang der Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG und die dabei geübten Verfahrensregelungen häufiger Thema in der Fachgruppe.

Die Fachgruppe ist stolz auf ihr Produkt „Sozialpsychiatrischer Plan“ und dankt allen, die sie bei seiner Gestaltung, Herstellung und Verbreitung im Berichtszeitraum unterstützt haben. Für die nähere Zukunft wünschen wir uns eine engere Zusammenarbeit mit den in der Region beschäftigten Fachleuten für Epidemiologie und für Sozialplanung, zu denen wir auch bereits Kontakt aufgenommen haben.

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## **Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“**

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die 2003 gegründete Fachgruppe führt konsequent das Projekt einer besseren Erkennung und Behandlung von Fremdgefährdungs- und Gewaltrisiken psychisch Kranker fort. Neben dieser forensischen Präventionsaufgabe steht regelmäßig die Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten in das allgemeine Versorgungssystem auf der Tagesordnung.

Regelmäßig zweimonatlich treffen sich unter Beteiligung des Psychiatriekoordinators Vertreter der regionalen forensischen Kliniken (Wunstorf, Bad Rehburg und Moringen/Offener Maßregelvollzug Hannover), der allgemeinen psychiatrischen Versorgungskliniken (Wahrendorff, MHH, Langenhagen und Wunstorf), der Versorgungsanbieter im Verbund (insbesondere der psychiatrischen Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten, Rehabilitationsträger, Anbieter des betreuten Wohnens), rechtliche Betreuer, ein Psychiatrieerfahrener des VPE, eine Vormundschaftsrichterin und die Führungsaufsicht und Bewährungshilfe.

Auch 2009 haben wir das multiprofessionell besetzte Forum genutzt, um Kasuistiken von Patienten aus dem allgemeinen Versorgungssystem vorzustellen, bei denen Fremdgefährdungsrisiken erkennbar geworden sind. In einer offenen und respektvollen Atmosphäre versuchen wir Handlungsstrategien zu entwickeln, aber auch Raum für die Äußerung von Ängsten und Unsicherheiten zu lassen.

Angesichts einer Zunahme von Psychosekranken im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB wird der Entwicklung von Präventionsstrategien immer größere Bedeutung zugemessen. Unsere Fachgruppenarbeit findet in diesem Zusammenhang inzwischen bundesweite Beachtung.

Schwerpunkt unserer Tätigkeit war in diesem Jahr die Entwicklung einer stationär, ambulant und komplementär anwendbaren Arbeitshilfe zur Erkennung von Fremdgefährlichkeit. Kernstück sind Fragen an Patienten oder Personen aus ihrem Umfeld, die der Informationsgewinnung dienen und helfen sollen, Fremdgefährdungsrisiken besser abzuschätzen. Sie wurden in einem Gegenstromverfahren unter Beteiligung aller regionalen Fachkliniken entwickelt und wollen die Behandler sensibilisieren und dazu beitragen, die Thematik zu enttabuisieren. Sie schließen daher auch Fragen ein, die aus Scham- oder Schuldgefühlen oft vermieden werden. Kriminologische Basisbefunde schizophrener gestörter Patienten sind als Merkpasten auf einem Extrablatt dokumentiert. Die Arbeitshilfe wurde allen Verbundmitgliedern zur Verfügung gestellt und ist im Internetauftritt des Verbundes abrufbar.

Weitere aktuelle Themen sind u.a. die Möglichkeiten des NPsychKG, ambulante Behandlungsaufgaben zu etablieren, die Situation von psychisch Kranken im Strafvollzug sowie die Gestaltung des Übergangs aus der forensischen Nachsorge in das allgemeine Versorgungssystem für ehemalige forensische Patienten.

Auch 2009 haben wir unsere Fachgruppenarbeit im AKG vorgestellt.

Das aktuelle Fazit lautet:

- Die Akzeptanz, dass Aggressivität, Zwang und Kontrolle Bestandteil der Arbeit in der Psychiatrie sind, steigt wieder
- Die Kenntnisse der Professionellen über die Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und Gewalt nehmen zu
- Die Kommunikation zwischen allgemeiner und forensischer Psychiatrie wird intensiver, Know how wird mehr abgefragt
- Die Vernetzung in der Nachsorge gemäß § 63 und § 64 StGB nimmt zu, Entlassungsmöglichkeiten aus der Forensik vielfältiger
- es gelingt besser, über unterschiedliche klinische und ambulante Behandlungsstile ins Gespräch zu kommen



Wir gewinnen den Eindruck, dass der Ruf nach der Forensik als Ausweg bei „schwierigen Patienten“ leiser wird. Zweifellos kann der Maßregelvollzug für eine kleinere Gruppe von mit Gewaltdelikten belasteten Patienten ein geeigneter (und manchmal letzter) Ausweg sein, eine komplexe Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Um so mehr ist zu begrüßen, wenn das allgemeine Versorgungssystem seiner Verpflichtung, für die Mehrzahl der schwer und chronisch psychisch Kranken auch bei im Vordergrund stehender Fremdaggressivität tragfähige therapeutische Lösungen zu finden, besser gerecht werden kann.

Für die nähere Zukunft ist allerdings zu befürchten, dass neue Entgeltsysteme in der stationären Psychiatrie die Ressourcen und damit die Behandlungsoptionen für die krankesten (Risiko-)Patienten weiter einschränken werden.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“**

von Susanne Batram (*Sprecherin der Fachgruppe*)

### **Entstehung der Fachgruppe**

Ausgelöst durch einen Impulsvortrag zum Thema „geistige Behinderung und psychische Störungen“ im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie im März 2007 entstand eine kleine Arbeitsgruppe, die sich mit psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit einer geistigen Behinderung auseinandersetzt. Zugeordnet wurde sie der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“. Dort wurde das Thema hineingetragen und als übergreifend, bzw. nicht in dieser Fachgruppe zu bearbeitend, eingeschätzt.

Eine erneute Vorstellung der Problematik, auch durch Henning Michels (Leitender Psychologin der evangelischen Stiftung Neuerkerode) im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie im Oktober 2008, führte zur Gründung einer eigenständigen Fachgruppe. Seither sind die Mitgliedszahlen stetig angestiegen, verschiedene ambulante und stationäre Anbieter für diesen Personenkreis beteiligen sich. Die Fachgruppe tagt alle 2 Monate am jeweils letzten Mittwoch des Monats von 9-11 Uhr.

### **Inhalte und Arbeit**

In einem ersten Schritt wurden Fragestellungen und Ziele herausgearbeitet. Das Fehlen von geeigneten psychiatrischen Angeboten erschien anhand verschiedener Praxisbeispiele als das dringendste Problem. Hierbei stellte sich heraus, dass die Versorgungslage unklar ist. Gibt es keine Angebote oder sind sie uns nur nicht bekannt?

Eine Befragung aller Kliniken von Stadt und Region Hannover ergab, dass es keinerlei spezialisierte Angebote für diesen Personenkreis gibt. Aus der Sicht der Kliniken kommt die Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung sehr selten im Klinikalltag vor. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass ein beträchtlicher Versorgungsbedarf besteht und auch, dass es auf Grund der fehlenden spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten immer wieder zu sehr ungünstigen Verläufen kommt. Häufig bleibt nur eine wohnortferne

vollstationäre Unterbringung übrig – was gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung meist zum Verlust aller sozialer Kontakte führt und in einem besonderen Maße als belastend – oder sogar traumatisierend – erlebt wird.

Ein Besuch der Evangelischen Stiftung Neuerkerode und des Beratungszentrums Alsterdorf, einer speziellen Institutsambulanz für Menschen mit Behinderungen in Hamburg, brachten neue Impulse, welche Angebote anderorts vorhanden sind. Als positives Signal wurde die Möglichkeit gesehen, einen Vortrag zu dieser Problematik beim Symposium der Institutsambulanz der MHH zu halten. Aktuell laufen die Vorbereitungen für eine Internetseite, auf der Informationen zum Thema „Geistige Behinderung und psychische Störungen“, verschiedene Anbieter, Kooperationspartner u.v.m. zu finden sein werden.

Die Fachgruppe hat sich einstimmig für die Umsetzung der „Potsdamer Forderungen“ ausgesprochen. Diese entstanden auf einem Kongress von der Lebenshilfe und der BAG „Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfach Behinderung“ im Mai 2005 und werden im Anschluss aufgeführt.

#### Ziele der Fachgruppe

- Sensibilisierung für die Besonderheiten dieses Klientel
- Verbesserung von Informationsmöglichkeiten
- Verbesserung von Fortbildungsmöglichkeiten
- Einrichtung einer Kontaktstelle für Beratung und Information für Betroffene und Angehörige
- Schaffung einer psychiatrischen Fachambulanz für den Personenkreis
- Schaffung einer angemessenen stationären psychiatrischen Versorgung

#### **Anschrift der Verfasserin:**

Susanne Batram · Hannoversche Werkstätten gem. GmbH · Lathusenstraße 20 · 30625 Hannover ·  
E-Mail: susanne.batram@hw-hannover.de

#### **Potsdamer Forderungen**

*der Fachtagung "Gesundheit für's Leben" – einer Veranstaltung der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der BAG Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind Teil unserer Gesellschaft. Sie haben verschiedene Fähigkeiten und Begabungen, aber auch besondere Bedürfnisse. Wenn Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung krank werden, finden sie nur schwer ausreichende Hilfe. Es fehlen gut vorbereitete Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Angehörige der Gesundheitsfachberufe. Die betroffenen Patientinnen und Patienten und ihre Familien sind damit sehr unzufrieden und allein gelassen. **Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sichert dagegen einen freien Zugang zu Gesundheitsleistungen und ein selbstverständliches Recht auf Gesundheit für alle Menschen mit Behinderung zu.** Seit der Unterzeichnung dieses internationalen Vertrages gelten die Rechte auch in Deutschland. Die Teilnehmer der Potsdamer Fachtagung „Gesundheit für's Leben“ fordern daher:*

- *Eine gute Regelversorgung, die den ganzen Menschen sieht, muss ausgebaut werden und barrierefrei zugänglich sein für alle Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung.*

- *In der Gesundheitsversorgung müssen der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter und die Bedarfe älterer Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung besonders berücksichtigt werden.*
- *Spezielle Zentren in der ambulanten Versorgung erwachsener Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und spezialisierte Krankenhäuser sind für die Unterstützung der Regelversorgung und für besondere Krankheitsbilder zwingend notwendig. Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Therapeuten und andere Gesundheitsfachberufe sollen dort zusammenarbeiten.*
- *Eine Assistenz und Begleitung durch pädagogische Fachleute oder andere Unterstützer muss bei der ambulanten wie stationären Gesundheitsversorgung gewährleistet sein.*
- *Bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung müssen Besonderheiten für den Umfang der Verordnungsfähigkeit von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln berücksichtigt werden.*
- *Alle im Gesundheitsbereich Tätigen sollen die notwendige Zeit für ihre Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung haben und leichte Sprache verwenden.*
- *Gute medizinische Versorgung für Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung stellt eine besondere Herausforderung dar. Hier braucht es neue Wege, Rahmenbedingungen und flexible Lösungen, die sich am einzelnen Menschen orientieren.*
- *Angebote der Vorsorge und Rehabilitation für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung müssen ausgebaut werden.*
- *Für einen erhöhten Aufwand und Zeitbedarf bei Diagnostik und Therapie müssen Ärzte und Krankenhäuser eine ausreichende Bezahlung erhalten.*
- *Die besonderen Erkrankungsrisiken, Krankheitsbilder und therapeutischen Möglichkeiten von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung müssen in der medizinischen Forschung verstärkt berücksichtigt werden.*
- *Wissen über die Besonderheiten der gesundheitlichen Situation von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und ihre gesundheitliche Versorgung ist wichtig. Daher muss es Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, Therapeuten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sein, umgesetzt in anerkannten Weiterbildungsprogrammen. Dies gilt auch für Mitarbeiter in der Behindertenhilfe.*
- *Lehrstühle für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung müssen sowohl für die wissenschaftliche Forschung als auch für Ausbildung und Lehre eingerichtet werden.*
- *Es ist Aufgabe der Politik wie anderer Verantwortungsträger im Gesundheitssystem, verlässliche Regelungen für die medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu entwickeln. Diese müssen der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entsprechen.*

Potsdam, 16. Mai 2009

## **Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“**

von Brigitte Harnau (*Sprecherin der Fachgruppe*)

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

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

Problemstellungen werden lösungszentriert in Arbeitsgruppen bearbeitet.

### Schwerpunktthemen:

Bündnis gegen Depression in der Region Hannover, Auftaktveranstaltung am 1.10.08:

- Arbeitsgruppen mit den Schwerpunkten: Depressive Syndrome in der Kindheit und Jugend, Depression im mittleren Alter (besondere Berücksichtigung von Suchtmittelkonsum und Arbeitswelt), Depression im Alter
- Aktivitäten der AG „Depression im Alter“: Veranstaltung vom CARITAS FORUM DEMENZ mit dem „Thema Leben mit extremen Emotionen, Manie und Depression bei älteren Menschen“

Auswirkungen der Pflegereform in der Praxis, Bericht der Entwicklung des „Pflegestützpunktes am Markt“ in der Region Hannover

Qualitätssicherung in ambulant betreuten Demenz-Wohngemeinschaften unter Einbezug des „Niedersachbüros Neues Wohnen im Alter“ im Haus der Region.

Versorgung von Menschen über 60 Jahre mit der Problematik „Messiesyndrom“. Klärungsbedarf in Bezug auf das Hilfenetz und Zuständigkeiten sowie Schnittstellenbeschreibung in der Betreuung und Versorgung im pflegerischen, psychosozialen und medizinischen Bereich

Entwicklungen der Ambulanten Gerontopsychiatrischen Pflege in der Region Hannover

Planung der Neuwahl Fachgruppensprecher/In Gerontopsychiatrie

### **Anschrift der Verfasserin:**

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

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

### **Zeitraum September 2008 bis September 2009**

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

#### **Mitglieder**

An der Arbeit der Fachgruppe für Kinder und Jugendliche beteiligen sich Vertreter ambulanter, stationärer und niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiatrien/ Psychotherapien, der Sozialpädiatrie und Behindertenhilfe, die Jugendämter mit ihren verschiedenen Fachbereichen, Anbieter (teil-) stationärer und ambulanter Jugendhilfeeinrichtungen und Erziehungsberatungsstellen. Gegenwärtig zählt die Fachgruppe 40 Mitglieder. An den 5 Treffen während des Berichtszeitraumes nahmen regelmäßig 20 bis 32 Mitglieder teil.

#### **Themen**

Ein Schwerpunkt der Arbeit war die Situation von Kindern und Jugendlichen mit einer autistischen Störung. Die Frage nach einer angemessenen (integrativen) Beschulung wurde fokussiert. Möglichkeiten und Grenzen einer Schulbegleitung bei seelischen Behinderungen konnten dargestellt werden.

Die Frage nach Zuständigkeiten, Diagnostik (-Engpässen) und angemessenen Hilfen bei Teilleistungsstörungen beschäftigten die Mitglieder.

Mit großer Sorge wurde die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit expansiven Störungen hinterfragt. Die Problematik konnte sowohl aus kinder- und jugendpsychiatrischer als auch sozialpädagogisch/therapeutischer Sicht dargestellt werden. Notaufnahmen, Clearingstellen, der Kriseninterventionsdienst aus Bad

Salzuflen, Kliniken und zuständige Fachbereiche der Jugendämter informierten über die aktuelle Praxis im Umgang mit dieser Personengruppe. Die Notwendigkeit einer geschützten pädagogischen Unterbringung wurde kontrovers diskutiert. Einigkeit bestand darüber, dass Spezialisierung und Differenzierung von Professionen und Einrichtungen zu einer verstärkten Abgrenzung der Aufgabenbereiche führen und damit eine angemessene sozialpsychiatrisch/pädagogische Maßnahme in vielen Fällen erschweren. Aus der Fachgruppe heraus entstand der Wunsch in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe neue Hilfsstrategien zu entwickeln, die einer Endlos-Odyssee betroffener Jugendlicher mit einer Störung des Sozialverhaltens ein Ende machen könnten. Die Arbeitsgruppe: „Kooperation im Bereich der KJP“ wurde gebildet. In 6 bis 8-wöchentlichen Abständen werden Konzepte und Erfahrungen mit (therapeutischen) Einrichtungen gesammelt und ausgetauscht. Durch die konkrete Besprechung einzelner Problemfälle in der Arbeitsgruppe wird (durch Bündelung verschiedener Professionen und Know hows) versucht zu verhindern, dass es zu einem „Einrichtungshopping“ kommt. Gegenwärtig sind Jugendämter, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Jugendhilfeeinrichtungen, Sozialpädiatrie und Schulmedizin in der Arbeitsgruppe vertreten. Beabsichtigt ist Justiz und Schulpsychologie für diesen Kreis zu gewinnen.

Die Fachgruppe unterstützte die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater als seitens der Krankenkassen eine Fortsetzung der Sozialpsychiatrievereinbarung in Frage gestellt wurde.

Mit großem Bedauern nahm die Fachgruppe zur Kenntnis, dass der therapeutische Bildungsladen des Stephanstiftes, eine Säule in der Versorgung beeinträchtigter und schutzbedürftiger Jugendlicher, seine Arbeit einstellen musste.



Die (Weiter-)Entwicklung von Kooperationsmodellen in Stadt und Region wurde aufmerksam verfolgt, die Frage nach angemessenen Hilfen insbesondere in Krisensituationen als sehr drängend und noch unzureichend geklärt erlebt.

Hilfen für Kinder und Jugendliche psychisch belasteter Eltern (gerade auch auf dem Hintergrund des § 8 a KICK) wurden aus verschiedenen Einrichtungen wiederholt eingefordert. Neben der Intervisionsgruppe, die aus der AG Kinder psychisch kranker Eltern entstanden ist und sich als Unterstützung für die professionellen Helfer einen Namen gemacht hat, wird ab November 2009 eine angeleitete Selbsthilfegruppe für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern starten. Durch die kritische Auseinandersetzung mit der Zunahme von Störungen des Sozialverhaltens und die Suche nach einem neuen angemessenen und lösungsorientierten Prozedere im Umgang damit, konnte nicht nur Interesse geweckt sondern auch ein Engagement zur aktiven Mitarbeit ausgelöst werden.

## **Ausblick**

Die besondere Problematik von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund konnte während des Berichtszeitraumes nicht weiter vertieft werden. Deutlich wurde jedoch, dass diese Personengruppe überdurchschnittlich häufig in ambulanten und stationären Einrichtungen gesehen wird. Die Fachgruppe wird sich im nächsten Berichtszeitraum verstärkt der Frage stellen, welche Möglichkeiten es gibt, gezielt Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zu stärken. Die Suche nach Auffangmöglichkeiten für Kinder psychisch belasteter Eltern wird fortgesetzt werden.

Die Umsetzung der Kooperationsmodelle in Stadt und Region zwischen Sozialpädagogik, Sozialpädiatrie und Sozialpsychiatrie wird verfolgt werden.

Im Rahmen der Arbeitsgruppe Kooperation in der KJP werden die Bemühungen weitere fach- und institutsübergreifende Ressourcen zu erkennen und nutzen zu lernen verstärkt werden und ihren Rücklauf in die Fachgruppe finden. Es soll versucht werden, einen Leitfaden herauszuarbeiten, der frühzeitige und angemessene Hilfen für sehr schwierige Kinder und Jugendliche darstellt. Von der aktiven Intervention erwartet die Fachgruppe wichtige Hinweise für die tägliche Arbeit.

Die Gruppe psychisch kranker entwicklungsverzögerter Heranwachsender wird uns in den nächsten Sitzungen beschäftigen. Hier zeigt sich ein dringender Klärungsbedarf der Zuständigkeiten und der real benötigten und möglichen Hilfen.

Auch die Frage nach einem gesellschaftlichen Wandel als Mitauslöser für häufig auftretende Störungsbilder und mögliche Konsequenzen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen werden uns in Zukunft beschäftigen.

## **Anschrift der Verfasserin**

Ingeborg Noort-Rabens · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & Familien · Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover · E-Mail: [Ingeborg.Noort-Rabens@region-hannover.de](mailto:Ingeborg.Noort-Rabens@region-hannover.de)



## **Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“**

von Thorsten Sueße (*Sprecher der Fachgruppe*)

### **Rahmen der Fachgruppe**

- Termine nach Bedarf jeweils mittwochs am 24.09.2008 und 04.03.2009.
- Veranstaltungsort in Hannover, Hildesheimer Straße 20 (Haus der Region).
- Teilnehmerkreis: Team Gemeindepsychiatrie (Leitung, Psychiatriekoordination), Sprecher niedergelassener Nervenärzte, Kassenärztliche Vereinigung, Feuerwehr Hannover, Polizeidirektion Hannover, Amtsgericht Hannover, Telefonseelsorge, psychiatrische Kliniken, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, Seelhorst-Stiftung (als Träger des Krisendienstes).  
(Ausmaß der Teilnahme unterschiedlich.)

### **Themen**

- Vorgehenshilfe für Unterbringungen und vorläufige Einweisungen von psychisch Kranken in der Region Hannover (letzte Fassung für die Stadt Hannover vom Juli 1999) auf einen aktuellen Stand bringen.  
Ein mit allen Beteiligten abgestimmtes (und im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie diskutiertes) Schaubild für die Unterbringung psychisch kranker Erwachsener wurde entwickelt und im Internet ([www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de)) zur Verfügung gestellt.
- Neufassung der bestehenden Behandlungsvereinbarungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und den Kliniken.  
Wurde im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie vorgestellt und kann inzwischen im Internet als „Arbeitshilfe“ auf der Seite [www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de) abgerufen werden.
- Einführung eines Krisenpasses.  
Nach Vorstellung im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie wurde der neu erstellte Krisenpass gedruckt und kann unter anderem in der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes (Weinstr. 2, 30171 Hannover) kostenfrei abgeholt werden.
- Verlängerung der vorläufigen Unterbringung gemäß § 18 NPsychKG bei Ablauf und Nichterreichung des Gerichtes.  
Eine mit Verwaltungsbehörde und Amtsgericht abgestimmte Vorgehensweise wurde in den Erläuterungen der o.g. Vorgehenshilfe für Unterbringungen veröffentlicht.
- Aktuelle Fallbesprechungen zu Notfallsituationen aus dem Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen.

### **Ausblick**

Derzeit steht noch die Fertigstellung der „Vorgehenshilfe für Unterbringungen und vorläufige Einweisungen von psychisch Kranken unter 18 Jahren in der Region Hannover“ aus.

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Weinstr. 2 · 30171 Hannover ·  
E-Mail: [Thorsten.Suess@region-hannover.de](mailto:Thorsten.Suess@region-hannover.de)

## **Fachgruppe „Legale Suchtmittel“**

von Reinhold Hemmesmann (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ setzt sich aus VertreterInnen ambulanter und stationärer Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenversorgung der Region Hannover zusammen. Zusätzlich verstärkt wird die Fachgruppe seit 2008 durch zwei Vertreterinnen der Suchtberatung und des Psychologischen Dienstes der Justizvollzugsanstalt Hannover. Außerdem sind Vertreter der Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker beteiligt. Die Angebote dieser Institutionen richten sich vorrangig an Menschen, die von legalen Suchtmitteln abhängig sind. Die Fachgruppe ist offen für VertreterInnen von Einrichtungen und Angeboten des (legalen) Suchtkrankenversorgungssystems, wobei die Mitgliedschaft im Sozialpsychiatrischen Verbund und die regelmäßige Mitarbeit in der Fachgruppe Voraussetzung sind. Die Fachgruppe trifft sich weiterhin im Abstand von zwei Monaten jeweils am letzten Mittwoch von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr. Der Sitzungsort wechselt zwischen den Einrichtungen und wird in der vorherigen Sitzung festgelegt. Über die inhaltlichen Auseinandersetzungen zu verschiedenen Themenschwerpunkten aus den Arbeitsfeldern der TeilnehmerInnen hinaus wird durch die Zusammenarbeit in der Fachgruppe eine Vernetzung und Kooperation der Anbieter befördert. Das vereinfacht Angebote zur personenzentrierten Hilfe. Regelmäßige Kurzinformationen über Aktuelles aus den Einrichtungen geben einen Einblick in die verschieden sich wandelnden Angebote der vertretenen Institutionen.

Themenschwerpunkte des letzten Jahres waren u.a.:

- Die Situation suchtmittelabhängiger Menschen in der JVA
- Suchtprävention bei Jugendlichen – das Interventionskonzept der Region Hannover „HaLT Projekt“
- Medikamentenabhängigkeit

Thematische Schwerpunkte für das Jahr 2010 sind derzeit angedacht:

- Vorbereitung und Teilnahme an der Suchtwoche der DHS 2011
- die Zusammenarbeit mit weiteren Selbsthilfeangeboten des Versorgungssystems
- Nikotinabhängigkeit

### **Anschrift des Verfassers:**

Reinhold Hemmesmann · Dipl Sozialarbeiter/-pädagogin · Geschäftsführer der SuPA GmbH ·  
Königstr.6 · 30175 Hannover, E-Mail: [mail@supa-gmbh.de](mailto:mail@supa-gmbh.de) [www.supa-gmbh.de](http://www.supa-gmbh.de)

## **Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“**

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

Im Jahr 2009 fanden insgesamt 4 Fachgruppensitzungen statt. Es haben insgesamt 21 Teilnehmer, aus 14 verschiedenen Einrichtungen regelmäßig an den Fachgruppensitzungen teilgenommen. Die 2007 begonnene Studie „Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover“ wurde im Jahr 2008 abgeschlossen. In der Studie wurden Empfehlungen ausgearbeitet, die sich an die Akteure im psychiatrischen Bereich richten (Region Hannover und Sozialpsychiatrischer Verbund, Niedersächsische Landesgremien, Sozialpsychiatrische Einrichtungen und Institutionen, Fachkräfte) und direkt an die Migranten. Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2009 schwerpunktmäßig mit der Umsetzung der Ergebnisse und Empfehlungen der Studie befasst. Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen und Ergebnisse in einer kurzen Zusammenfassung wiedergegeben.

### **1. Prävention von Seelischer Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover**

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

Die erste Informationsveranstaltung richtet sich an russischsprechende Migranten. Diese wurde von der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt a. Rbge. am 23.11.2009 in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitslotsen in der Aula des Johannes Kepler Gymnasiums in Garbsen durchgeführt.

Die zweite Veranstaltung mit derselben Zielsetzung für türkischsprechende Migranten ist in Zusammenarbeit mit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Deisterstr. 85a Anfang des Jahres 2010 geplant. Nach Auswertung dieser Vorhaben sollen dazu 2010 weitere Schritte folgen.

### **2. Fortbildung zur interkulturellen Sensibilisierung für Mitarbeiter des Teams Gemeindepsychiatrie**

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

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

Unter dem Titel „Anders und doch gleich – Ambulante Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover“ wird am 02.12.2009 eine ganztägige Fortbildung für MitarbeiterInnen des Teams Gemeindepsychiatrie angeboten.

### **3. Interkulturelle Psychiatriewoche 2010**

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

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

### **4. Fortführung der Studie**

Um die fortlaufenden Veränderungen im sozialpsychiatrischen Verbund begleiten, dokumentieren und analysieren zu können (Monitoring) wurde in der Fachgruppe im Jahr 2009 auch die Fortführung der Studie diskutiert. Dieses könnte – falls sich alle Beteiligten einigen – 2011 erfolgen. In den Empfehlungen der veröffentlichten Fachgruppenstudie wurde bereits auch eine Erweiterung der Studie diskutiert. Es könnten neben den Einrichtungen in Zukunft auch unmittelbar die Migranten (Patienten, Angehörige und nichterkrankte Migranten) befragt werden. Ein entsprechendes Konzept muss von der Fachgruppe noch vorbereitet werden. Die Finanzierung dieses Vorhabens ist allerdings bisher nicht geklärt.

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

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

#### **Anschrift des Verfassers:**

Ahmet Kimil · Ethno-Medizinisches Zentrum · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-Mail: [ethno@onlinehome.de](mailto:ethno@onlinehome.de)

## **Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“**

Uwe Reichertz-Boers und Kathrin Krätzner (*Sprecherteam*)

Die seit 15 Jahren bestehende Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ setzt sich aus Vertretern und Vertreterinnen ambulanter und stationärer Einrichtungen der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe, der psychiatrischen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe zusammen. Die Treffen finden jeweils am 2. Mittwoch im Monat um 14.00 Uhr in der Regel im Werkheim e. V. Hannover statt. Die Fachgruppe gewährleistet durch Kooperation und Vernetzung einen guten fachlichen Austausch. Dies trägt zur Qualitätssteigerung der adäquaten Versorgung für Menschen mit Mehrfachproblematiken wie Wohnungslosigkeit, psychiatrischen Erkrankungen und Suchtproblemen bei.

Im Mai fand die Frühjahrstagung 2009 veranstaltet von der Deutschen Fachgesellschaft Psychose und Sucht e. V. in Bremen zu dem Thema „Psychiatrie und Obdachlosigkeit – eine häufige Erscheinung bei Doppeldiagnose-Patienten“ statt. Unsere Fachgruppe hat dort einen Workshop angeboten. Unter der Überschrift „15 Jahre Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover“ erarbeiteten die Teilnehmer notwendige „Werkzeuge“, die für die Arbeit mit Obdachlosen mit psychiatrischen Auffälligkeiten hilfreich sind. Darüber hinaus berichteten wir über unser „Werkzeug“ der Fachgruppe und über unsere gute Zusammenarbeit, damit Versorgungslücken erkannt werden und Ideen umgesetzt werden können.

Themenschwerpunkt im Jahr 2009 war die Auseinandersetzung mit aktuellen Ansätzen in der Arbeit mit Suchtkranken. Konzepte wie das Gruppenprogramm „Kontrolliertes Trinken“ der Institutsambulanz Königstrasse und SuPA GmbH und das Programm „fremdkontrollierter Alkoholkonsum“ von dem Haus Braunschweig wurden von den Anbietern vorgestellt und anschließend mit den Teilnehmern diskutiert. Darüber hinaus setzten wir uns mit dem Thema der heroingestützten Behandlung opiatabhängiger Menschen auseinander. Nach Vorstellung der Ergebnisse der Studie besichtigten wir die Drogen/-Heroinambulanz.

Die genannten Konzepte wurden stets unter dem Aspekt diskutiert, wie sie unser Klientel erreichen, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit vor Ort in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Zusammenfassend können wir feststellen, dass die Angebote die Versorgung sehr bereichern.

Weitere Themen waren u. a. der Entzug der Behandlungsermächtigung für die Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Austausch zum aktuellen Stand Sozialticket und der Artikel „Ein Mann erforscht die Kälte“ von Günter Wallraff.

Wir freuen uns sehr, die Dr. med. E. A. Wilkening Pflegeheime GmbH und den Hilfeanbieter Ex und Job Arbeit und Freizeit GmbH in unsere Fachgruppe aufnehmen zu dürfen. Die Kolleginnen und Kollegen werden herzlich begrüßt.

Geplante Themenschwerpunkte für das Jahr 2010 sind:

- Aufbau einer Kooperation mit dem Krankenmobil für kranke und obdachlose Menschen aus Hamburg.
- Schnittstelle Jugendhilfe und weiterführende Hilfen wie Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe.
- Suizidprophylaxe bei komorbiden Patienten.

Darüber hinaus ist geplant, die STEP-Einrichtungen Sonnenhof Völkxen und Fachklinik am Hils zu besichtigen.

Wie auch schon im letzten Jahr hält es die Fachgruppe für sehr wünschenswert, wenn sich InteressentInnen finden würden, die weitere Einrichtungen außerhalb des Stadtgebietes vertreten würden. Information, Kooperation, Vernetzung und interne Fortbildung ist auch im Jahr 2010 eine sinnvolle Aufgabenstellung.

**Anschrift des Verfassers:**

Uwe Reichertz-Boers · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-Mail: umreich@web.de  
Kathrin Krätzner · Jugendwerksiedlung e.V. · Bollnäser Str. 18 · 30629 Hannover ·  
E-Mail: kathrin.kraetzner@jugendwerksiedlung.de

## **Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“**

von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

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

### **Die Themenschwerpunkte für den Berichtszeitraum 09/08 – 08/09:**

#### **1. Entwicklung von Qualitätskriterien beim Ambulant Betreuten Wohnen**

Schwerpunktmäßig wurde in der Fachgruppe im Berichtsjahr die Entwicklung von Qualitätskriterien beim Ambulant Betreuten Wohnen diskutiert. Ein Kernproblem war, ob die Leistungsvereinbarung nicht schon genügend Qualität beschreibt und verlangt und ob es sinnvoll ist, weitere, ggf. höhere Standards zu beschreiben, ohne dass sie sich im Entgelt niederschlagen.

Als Ergebnis wurde ein Katalog von Qualitätskriterien verabschiedet, der sich zwar sehr nah an die Leistungsvereinbarung anlehnt, insgesamt aber ergänzende Details enthält und vor allem die Kostenträgerseite mit einbezieht.

Der Vorteil dieser Kriterien besteht vor allem darin, dass sie gemeinsam in der Fachgruppe erarbeitet und nicht einzeln mit dem Kostenträger verhandelt wurden.

Der Entwurf, auf den sich die Fachgruppe letztlich geeinigt hat, soll nun mit einer Arbeitsgruppe des Kostenträgers abgestimmt werden. Danach können die einzelnen Anbieter freiwillig diesen Kriterien zustimmen.



Darüber hinaus ist es von Vorteil, neuen Anbietern diese Kriterien vorzulegen, um insgesamt mehr Transparenz unter den Anbietern zu gewinnen.

## **2. Hilfekonferenz: Kriterien für eine Nichtteilnahme von KlientInnen**

Von der Fachgruppe wird festgestellt, dass für einige Betroffene die Teilnahme an der Hilfekonferenz aus unterschiedlichen Gründen emotional eine sehr starke Belastung sein kann. Z. B. gibt es Ängste, dass nicht weiter bewilligt wird, dass die Klienten nicht wissen, was sie sagen sollen oder bezüglich der Weiterentwicklung Rechtfertigungsdruck erleben. In dem Zusammenhang erscheinen bei stark chronifizierten Klienten die Bewilligungszeiträume oft zu kurz.

Deshalb wird daran erinnert, dass im Ausnahmefall eine Hilfekonferenz oder eine Hilfeplanfortschreibung auch ohne Anwesenheit des Betroffenen möglich ist. Der Klient kann eine Vollmacht erstellen, z. B. über den rechtlichen Betreuer oder eine andere Vertrauensperson. Die Wahrnehmung der Bedarfsfeststellung ist das Recht der Betroffenen, allerdings ist die Mitwirkungspflicht gesetzlich geregelt. Unter Umständen muss dann ein Gutachterverfahren eingeleitet werden.

## **3. Vereinheitlichung von Entwicklungsberichten**

Es besteht ein Konsens in der Fachgruppe sich bei den Entwicklungsberichten an den fünf Bereichen aus dem Formblatt II zu orientieren: Selbstversorgung/Wohnen; Arbeit/Tagesstruktur; Soziale Kontakte/Freizeit; Krankheitsbewältigung und Sucht. Allerdings wird auch eingewandt, dass es bei dieser Berichterstattung zu Wiederholungen kommt und dass u. U. der Gesamtzusammenhang der Entwicklung nicht gut genug erkennbar ist.

Vom Team Gemeindepsychiatrie wird hervorgehoben, dass Entwicklungsberichte nicht zu lang sein sollen.

## **4. Stellenwert der Arbeit für psychisch Behinderte**

In einer ausführlichen Diskussion wird festgestellt, dass das Angebot an beschützten Arbeitsplätzen in sehr vielen Fällen am Bedarf der Betroffenen vorbei geht, weil es fast keine Teilzeitangebote gibt. Ursache dafür sind gesetzliche Vorlagen und entsprechende Leistungsvereinbarungen, die eine Arbeitszeit von 36 Stunden vorsehen.

Eine Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation ist geplant.

## **5. Schlichthorster Modell**

Von den Anbietern stationärer Einrichtungen, die mit dem Schlichthorster Modell arbeiten müssen, wird bemängelt, dass teilweise nach Beginn einer Aufnahme ein erheblicher Aufwand u. a. wegen der Erstellung von Entwicklungsberichten binnen 90 Tagen nötig ist, um die Bewohner einzustufen.

In dem Schlichthorster Verfahren werden die Betroffenen drei Hilfebedarfsgruppen (leicht, mittel, schwer) zugeordnet. Es enthält 29 Kategorien, die den Grad der Hilfeleistung bestimmen sollen.

Die meisten Zuordnungen erfolgen allerdings in Hilfebedarfsgruppe II. Der erhöhte Aufwand geht mitunter soweit, dass alle 29 Items in den Entwicklungsberichten erläutert werden sollen! Es wird darüber hinaus bemängelt, dass der Schriftverkehr, bis es zu einem Einvernehmen mit den Kostenträgern kommt, meist zuviel Zeit benötigt.

Eine Eingruppierung durch die Hilfekonferenz, die ja vor der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung erfolgen könnte, wird von den Trägern nicht für praktikabel gehalten.

## **6. Psychiatrische Pflege, Integrierte Versorgung und Ambulant Betreutes Wohnen**

Es wird festgestellt, dass das Team Gemeindepsychiatrie unter Umständen im Rahmen der Bedarfsermittlung empfiehlt, die Inanspruchnahme psychiatrischer Pflege dem Ambulant Betreuten Wohnen vorzuschalten. Dies geschieht u. U. auch nach Aktenlage.

Obwohl sich die Hilfemaßnahmen sicher zum Teil überschneiden, sind einige Unterschiede auch gravierend: Psychiatrische Pflege ist auf vier Monate begrenzt (außer im Rahmen der Integrierten Versorgung), in der Woche wesentlich umfangreicher (täglich Kontakt ist möglich) und wird von Krankenpflegekräften ausgeübt. (SGB V-Leistung, bei entsprechender ärztlicher Verschreibung ist vorrangige Leistung).

Ambulant Betreutes Wohnen wird von Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen geleistet, der Hilfeanspruch bedingt das Vorliegen einer mindestens sechs Monate andauernden seelischen Erkrankung/Behinderung (SGB XII-Leistung).

### **Zukünftige Schwerpunkte werden 2009/2010 sein:**

- Persönliches Budget
- Etablierung der Qualitätskriterien
- Bedarfsentwicklung im ambulanten und stationären Bereich
- Handhabung des Schlichthorster Modells

### **Anschrift des Verfassers:**

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

# Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße

von Doris Rolfes-Neumann (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft fanden wie in den früheren Jahren auch, in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle Deisterstraße und zwar ¼-jährlich jeweils am 1. Mittwoch des 1. Monats eines neuen Quartals in der Zeit von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr statt.

Im Durchschnitt kamen 10 – 16 Teilnehmer verschiedenster Anbieter psychiatrischer Hilfen aus dem Sektor Hannover-Süd-West zu den Treffen:

- Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes
- sowie verschiedenster Anbieter des Betreuten Wohnens,
- Vertreter der Polizei
- Mitarbeiter verschiedenster Pflegedienste
- Und des Klinikums Hannover Psychiatrie Wunstorf GmbH
- Mitarbeiter verschiedenster Senioreneinrichtungen u.a. des Godehardstifts sowie des Roten Telefons und
- Mitarbeiter des Karl-Lemmermann-Hauses

### Schwerpunkthemen der Sektor-AG-Treffen in diesem Jahr waren:

Ein reger kontinuierlicher Austausch der Teilnehmer über deren Aktivitäten und Pläne. Vorstellung des Projektes Tagewerk e.V., Bündnis gegen Depression sowie der drohende Entzug der Behandlungsermächtigung der Sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt Hannover.

- Die Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft waren wie auch in den vergangenen Jahren gekennzeichnet durch rege Teilnahme der Anwesenden und deren Interesse an einem Austausch zu verschiedensten psychiatrischen sowie sozialen Fragestellungen im Hinblick auf den Sektor Hannover Süd-West, sowie auf die hier vorgestellten Themen.

Geplante Themen für die nächsten Sektor-AG-Treffen sind:

Überschneidungspunkte zwischen dem Job-Center Hannover und den verschiedensten Angeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch wollen wir wieder über derzeitige gerontopsychiatrische Angebote im Sektor sprechen und hierbei insbesondere auch Veränderungen durch eine zunehmende Anzahl von Wohngemeinschaften für demenzerkrankte Menschen beleuchten.

Für weitere Themen, die sich auch aus dem Kreis der anwesenden Teilnehmer entwickeln, sind wir gern offen.

### **Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße**

von Hildegard Georgiadis (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Sektorarbeitsgemeinschaft fand an jedem ersten Mittwoch im Quartal in den Räumen der Beratungsstelle Freytagstr. 12 A statt. Der Teilnehmerkreis setzte sich wie bisher aus Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen der ambulanten, stationären bzw. teilstationären psychiatrischen Versorgung sowie aus Vertretern von Ämtern, Behörden und Institutionen zusammen. Themenschwerpunkte waren die Vorstellungen verschiedener Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und die Diskussion aktueller Problemstellungen:

- Vorstellung der Ergo- und Kunsttherapiepraxis von Frau Liesenberg
- Fallbesprechungen zum Thema Obdachlosigkeit und anderen Themenbereichen
- Vorstellung der Tagesklinik des Klinikum Wahrenndorff in der Borgentrickstr.
- inkl. der dort ansässigen Institutsambulanzen
- Vorstellung des Vereins BasisDialog e.V.
- Austausch und Diskussionen zum Thema Hilfefunktionen
- Diskussion um Informationsdefizite ehrenamtlicher Betreuer
- Vorstellung von IGsgMAR (Interessengemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit oder Rehabilitation)
- Erläuterung und aktueller Stand der Angebote in der Kontaktstelle Düwelstr.
- Erlöschen der Behandlungsermächtigung der KV (Berechtigung zur kassenärztlichen Versorgung der Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste) zum 1.10.09
- Angebot durch „Das Pflorgeteam“ – Neue WG für Demenzzranke Am Schiffgraben
- Aktuelle Informationen der Anbieter über freie Plätze in WG`s und Versorgungseinrichtungen
- Angebote und aktueller Stand in der gerontopsychiatrischen Versorgung

Die SAG Treffen bieten ein Forum, um Entwicklungen und Veränderungen im Sektor direkt, zeitsparend und informativ zu erörtern. Ambulante und stationäre Hilfsangebote werden für alle transparenter, aktuelle Problemstellungen können angesprochen werden. In den Fallbesprechungen können Lösungsmöglichkeiten multiprofessionell diskutiert werden.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Hildegard Georgiadis · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Freytagstr. 12A · 30169 Hannover · E-Mail: sozialpsychiatrie02@region-hannover.de

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße 6**

von Andreas Roempler (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Einzugsbereich:

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

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Königstraße 6, fanden die Treffen der SAG regel-

mäßig alle zwei Monate statt, jeweils am ersten Mittwoch des entsprechenden Monats in der Zeit ab 13:30 Uhr – < 15:00 Uhr.

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erschienen in der Regel zahlreich und arbeiten aktiv mit.

Viele der eingereichten oder vorgeschlagenen Themen wurden so erfolgreich bearbeitet.

Interessierte Gäste sind nach wie vor in der SAG stets willkommen. So wurden diesjährig aufschlussreiche Fachvorträge gehalten und neue Einrichtungen vorgestellt.

Der Vorschlag der Teilnehmer die SAG´s an wechselnden Standorten stattfinden zu lassen, wurde angenommen und im Berichtszeitraum mehrfach umgesetzt.

### **Schwerpunkte, Akzente und behandelte Themen:**

- Information zum Thema „ Bündnis gegen Depressionen in der Region Hannover“/Arbeitskreis Depression
- Information und Hinweise auf Fortbildungen, Referate und Vorträgen zu interessanten Themen der psychiatrischen Arbeit.
- Das voraussichtliche Auslaufen ärztliche Behandlungsermächtigung für die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und mögliche Konsequenzen.
- Thema: Menschen, die Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen von Formularen haben. Wo kann Hilfestellung gegeben werden?
- Thema: Ein-Euro-Job für Klienten, Kooperationsprojekt von beta89 – ErA Angebote der MHH, Zukunftsaussicht für Ein-Euro-Jobs im Pflegeheim Dr. med. E.A. Wilkening

### **Vorstellungen:**

- Vorstellung des neuen Pflegeheimes der Dr. med. E.A. Wilkening GmbH in der Mellendorfer Straße 3./4 durch Frau Ulrike Schneider: Weitere Informationen gibt: [ulrike.schneider@dr-wilkening.de](mailto:ulrike.schneider@dr-wilkening.de)
- Vorstellung des „Zentrumsprojekts“ (Kooperationsprojekt von beta89 – ErA) durch Frau Dieckmann von der Ergotherapeutischen Ambulanz (ErA), zugehörig zum Klinikum Langenhagen. Dieses Projekt existiert
- Das Pflorgeteam stellt eine neue WG am Schiffgraben für ältere Klienten mit einer Demenzerkrankung vor.
- Thema: Job-Center bessere Zusammenarbeit und ggf. Vernetzung zwischen den verschiedenen Anbietern, SpDi und Job-Center.
- Hannoversche Wohnassistenz gibt die Eröffnung einer weiteren Niederlassung der Hildesheimerstrasse 29 bekannt.

**Tagungsorte:**

- Ergotherapeutischen Ambulanz Rothermundstr. 27
- Pflegeheimes der Dr. med. E.A. Wilkening GmbH in der Mellendorfer Straße 4
- Wohnassistenz in der Hildesheimerstrasse 29.

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

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

Der Auftrag heißt folgend, bestehende Kooperationen weiter zu festigen und im Rahmen der Qualitätssicherung die Versorgung der Betroffenen künftig gezielt und effektiv zu gestalten.

**Anschrift des Verfassers**

Andreas Roempler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Königstr. 6 · 30175 Hannover ·  
E-Mail: [Andreas.Roempler@Region-Hannover.de](mailto:Andreas.Roempler@Region-Hannover.de)

**Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen**

von Horst-Peter Michel (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Jahresbericht für den Sozialpsychiatrischen Plan 2010

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

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

Die Treffen wurden alternierend zu bereits bestehenden Arbeitskreisen geplant.

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

Springe/Pattensen: Die Sitzungen fanden weiterhin in den Räumlichkeiten des DRK in Springe statt, wofür wir uns auch an dieser Stelle noch einmal bedanken möchten.

Frau Wiese-Cordes, die Springer Fachbereichsleiterin für Jugend, Schule und Soziales, erläuterte in einem informativen Vortrag das Hilfeplanverfahren und die Maßnahmen der Jugendhilfe bei Jugendlichen, wobei in einer regen Diskussion auch Ablaufplanungen und Zuständigkeitsfragen bei Heranwachsenden besprochen wurden.



In einer weiteren Sitzung wurde von uns schwerpunktmäßig das Bündnis gegen Depressionen anhand des Multiplikatorenmodells zur Erkennung und Behandlung von Depressionen vorgestellt.

Im November ist die Arbeitsgemeinschaft im Krankenhaus der Region Hannover Wunstorf zur Vorstellung des dortigen Behandlungsangebotes eingeladen.

Laatzen/Hemmingen: Herr Bogena stellte vor Ort die Schuldnerberatung des Diakonischen Werkes für die Bezirke Hemmingen, Laatzen und Pattensen mit Sitz in der Alten Rathausstraße 41 in Laatzen vor und es ergab sich eine rege Diskussion im Anschluss an den Vortrag. Herr Bogena erläuterte die Arbeit mit Schuldnern anhand von beispielhaften Fällen und erklärte auch das Verbraucherinsolvenzverfahren. Mehr als die Hälfte der Klienten sind arbeitslos und ein nicht geringer Anteil in Zeitarbeitsfirmen beschäftigt.

Während der letzten Sitzung informierte Herr Gniesmer von der Betreuungsstelle der Region Hannover im Rahmen eines Vortrags über das Betreuungsverfahren, die Vorsorgevollmacht und die gesetzliche Neuregelung zur Patientenverfügung.

Wir können in Laatzen auch nach der Privatisierung den Besprechungsraum des Seniorenpflegeheimes Leinetal zur Durchführung der SAG nutzen, dafür möchten wir uns herzlich bei der Heimleiterin Frau Berning bedanken.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen**

von Eliane Augsburg (Team Gemeindepneumatologie)

Für den Einzugsbereich der Beratungsstelle Langenhagen fanden im Jahr 2008 drei Treffen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft, jeweils mittwochs von 15:00 bis 17:00 Uhr, statt.

Mit durchschnittlich 27 Teilnehmern waren die Treffen, die im Gruppenraum der Beratungsstelle stattfanden, sehr gut besucht.

Die Themenschwerpunkte wurden bei den vorigen Treffen besprochen und in den Einladungen angekündigt.

Am 23. Januar stellen Frau Baumann und Herr Schoppa die Lebensberatungsstelle Langenhagen und Herr Herrmann die Lebensberatungsstelle für Isernhagen, Burgwedel und Wedemark vor.

Am 4. Juni gaben Herr Dr. Riebe, Herr Itzen und Frau Wille einen Einblick in die Arbeit der Instituts- und die Ergotherapieambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie von Langenhagen.

Im Anschluss konnten jeweils Fragen gestellt werden und es folgte ein allgemeiner Informationsaustausch. In den Pausen haben sich informelle Kleingruppen gebildet, Kooperationsnetzwerke konnten entstehen.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft bestand 2008 drei Jahre lang und das Interesse der Teilnehmer an einer kooperativen Zusammenarbeit ist in diesem Zeitraum noch gewachsen. Das Treffen am 5. November nutzten wir um vorläufige Bilanz zu ziehen und die weitere Entwicklung zu planen. Strukturelle und inhaltliche Veränderungen für das Jahr 2009 sind vorgeschlagen worden. Unter anderem ist geplant, sich auch in anderen Einrichtungen des Sektors zu treffen, Arbeitskreise für bestimmte Themen zu bilden und die Netzwerkarbeit zu entwickeln.

Die Aufgaben der Sektor-Arbeitsgemeinschaft beinhalten weiterhin, die bestehende Kooperation zu festigen und die Qualität des Betreuungsangebotes in den verschiedenen Lebensbereichen der Menschen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind, zu optimieren,

**Anschrift der Verfasserin:**

Eliane Augsburger · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen  
Ostpassage 7a · 30853 Langenhagen · E-Mail: Eliane.Augsburger@region-hannover.de

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft List**

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

Die Sektor-AG wurde im Berichtsjahr 2008 genutzt von Vertretern aus folgenden Bereichen: Amtsgericht, Krankenhaussozialdienst, Altenpflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Beratungsstelle, Kommunalen Senioren Service, Betreuungsvereine, stationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche des Krankenhauses (MHH), niedergelassene Fachärzte, Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen (Therapeutisches Wohnheim, Ambulant Betreutes Wohnen, Ambulante Psychiatrische Pflege, Tagespflege, Wohnprojekt „FaBeL“).

Vertreter des Kommunalen Sozialdienstes nahmen durchgehend nicht teil. Neben der Möglichkeit eines kasuistischen Austauschs, der Vorstellung neuer Angebote und der gegenseitigen Information über aktuelle Anliegen und Änderungen wurden die Treffen zur Erörterung u. a. folgender Themen genutzt:

- die unzureichende psychiatrische Facharztversorgung trotz hoher Praxiszahlen,
- Möglichkeiten im Vorfeld von Zwangsunterbringungen,
- die gegenwärtige Praxis der Ambulanten Psychiatrischen Pflege,
- Verfahrensfragen der Zwangsunterbringung.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Poliklinik I der Medizinischen Hochschule Hannover**

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

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

In der Sektor-Arbeitsgemeinschaft stellten sich verschiedene Institutionen vor: Tagewerk e.V. für den Bereich Beschäftigung und Tagesstruktur für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen, das ambulante Kompetenzzentrum Demenz im Heinemannhof, das Bündnis gegen Depressionen. Inhaltliche Auseinandersetzungen fanden mit statt zu den Themen: Umgang mit KlientInnen mit dissoziativen Störungen und jungen Männern mit schizophrenen Erkrankungen. Krisenpass und Behandlungsvereinbarung wurden als Instrumente der patientenorientierten Behandlung und der stärkeren Eigenverantwortung diskutiert. Die tatsächliche Verwendung scheint jedoch noch sehr gering zu sein.

Insgesamt herrschte eine anregende Atmosphäre und konstruktive Zusammenarbeit wurde gefördert. Das Team der Poliklinik bedankt sich bei allen TeilnehmerInnen.

### **Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße**

von Sabine Tomaske (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Regelung bestand weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle zwei Monate, jeweils am zweiten Dienstag des Monats, von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr traf. Insgesamt fanden bis einschließlich September 2009 fünf Sitzungen statt.

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

Birkenhof. Als neue regelmäßige Teilnehmer konnten wir die Einrichtung DIADEM und Carepool (Pflegedienst), eine Mitarbeiterin der Johanniter Wohnbegleitung Sahlkamp und eine Mitarbeiterin der Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle Plauener Straße begrüßen.

Es fanden folgenden Veranstaltungen statt:

Eine Mitarbeiterin der ergotherapeutischen Ambulanz des KRH Langenhagen stellt das neue Zentrum für Arbeit und Zuverdienst in der Rotermundstraße vor.

Frau Fabri stellt die Einrichtung Tagewerk vor.

Herr Schlieckau stellt das Bündnis gegen Depression vor.

Besichtigung der Klinik am Kronsberg, mit Führung und Besprechung des Klinikkonzeptes.

Bericht aus den Einrichtungen:

In der letzten Sitzung im September wurde hauptsächlich über die drohende Nichtverlängerung der Behandlungsermächtigung der städtischen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen gesprochen. Mitarbeiter des Werkheim e. V. sehen dann eine schlechtere Versorgung ihrer Bewohner, da hier vermutlich bei ca. 80 % der Bewohner eine behandlungsbedürftige psychiatrische Diagnose besteht, die zum Teil einer schnellen Krisenintervention bedarf.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Sektorarbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde**

von Martin Fochler (*Team Gemeindepsychiatrie*)

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

Es wurde quartalsweise ein Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft durchgeführt. Im Berichtszeitraum Oktober 2008 bis September 2009 fanden folgende Veranstaltungen statt:

### **Sektorarbeitsgemeinschaft 15.10.2008**

Schwerpunktthema: Psychiatrische Versorgungsangebote innerhalb des Sektors der Beratungsstelle Empelde; Referat Martin Fochler mit anschließender Diskussion. Außerdem Themen ambulanter Dienste Lebenshilfe Seelze (Frau Rohe-Kettwig berichtete über ein neues Angebot in Wunstorf). Niedrigschwelliges Beratungsangebot Gruppen und Einzelbetreuung für ältere Familien, in denen ein geistig- oder mehrfach behinderter Mensch lebt.

Einkommen mit dem Auskommen: Herr Frenz berichtete über einen Kursus für Familien mit niedrigem Einkommen in Barsinghausen. Herr Näth vom Verein Werte e.V. berichtete über ein neues Betreuungsprojekt des Vereines Werte e. V. in Zusammenarbeit mit der IKK in Niedersachsen.

### **Sektorarbeitsgemeinschaft 21.01.2009**

Thema: Medizinische und berufliche Rehabilitation psychisch kranke Menschen; Referentin Frau Wiehe von Ex & Job und Herr Vajhoy von Beta Reha.

### **Sektorarbeitsgemeinschaft 22.04.2009**

Thema: Ergotherapie in der Praxis. Die Praxis Reha Konzept wurde durch die Fachleitung, Frau Strohmeier (Reha Konzept Hannover), und Frau Evers, Fachleitung Reha Konzept Ronnenberg, vorgestellt. In Reha Konzept (Praxen für Ergo,- Physio,- und Logopädie. Therapeutische, medizinische und pädagogische Fortbildung) arbeiten Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logotherapeuten in Praxen in Hannover- Linden, Hannover-Döhren und Ronnenberg. Im Anschluss an die Vorstellung fand eine ausführliche Diskussion, sowie eine Fragerunde statt.

### **Sektorarbeitsgemeinschaft 12.08.2009**

Thema: Die Arbeit der Behindertenberatung in der Region Hannover; Referentin Frau Iris Bredericke sowie Frau Verena Kuhn vom Team Sozialmedizin und Behindertenberatung (50.09). Im Anschluss stellte Dr. Bauer einen von der Beratungsstelle entwickelten Fragebogen zur Akzeptanz der Sektor-AG vor.

Die nächste Sektorarbeitsgemeinschaft wird am 09.12.09 stattfinden und als Thema die Kinder- und Jugendpsychiatrie behandeln.

An den Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft nahmen zwischen 15 und 25 Personen teil. Der Einladungskreis umfasst ca. 80 Personen aus Institutionen, Behörden bzw. Verwaltung.

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

#### **Anschrift des Verfassers:**

Martin Fochler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde · Hansastr. 38 · 30952 Ronnenberg · E-Mail: [Martin.Fochler@region-hannover.de](mailto:Martin.Fochler@region-hannover.de)

# **Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) 2008/2009**

von Uwe Blanke (*Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie*)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie tagt jeweils am ersten Donnerstag im Monat und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition und der höchsten Kontinuität. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 93 stimmberechtigte Mitglieder, 17 nichtstimmberechtigte Mitglieder und 27 Gäste mit beratender Stimme an. In bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Behandlung, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 78 Anbieter mit 28 Angebotsformen und ca. 213 Angeboten für Psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten. Damit wird die kontinuierliche Weiterentwicklung fortgesetzt.

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

Durchschnittlich haben an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Berichtszeitraum 40 - 70 Personen (davon ca. 25 – 30 stimmberechtigte Mitglieder) teilgenommen. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches verstanden werden. Die kontinuierlich steigende Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder machte eine Überarbeitung der Geschäftsordnung notwendig, um die Handlungsfähigkeit des AKG auch für die Zukunft zu sichern.

## **Folgende Themen wurden bearbeitet:**

### **07.08.08**

- Budgetierung und Absenkung der Heil- und Hilfsmittelverordnungsansätze durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die konkreten Auswirkungen auf die Versorgung psychisch Kranker insbesondere im Bereich der Leistungsverschreibung Ergo-Therapie

### **04.09.08**

- Fortsetzung: Budgetierung und Absenkung der Heil- und Hilfsmittelverordnungsansätze durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die konkreten Auswirkungen auf die Versorgung psychisch Kranker insbesondere im Bereich der Leistungsverschreibung Ergo-Therapie

### **02.10.08**

- Betreuung und Behandlung von Personen mit der Doppeldiagnose geistige und seelische Behinderung
- Einrichtung der Fachgruppe: „Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen“

### **06.11.08**

- Vorstellung der Endfassung der Studie „Zur Sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten und Migrantinnen in der Region Hannover“



#### **04.12.08**

- Diskussion und Änderung der Geschäftsordnung des AKG – Anpassung an die Anforderungen durch die kontinuierlich steigende Zahl der stimmberechtigten Mitglieder

#### **05.02.09**

- Vorstellung des Entwurfs einer neuen Behandlungsvereinbarung für die psychiatrischen Kliniken in der Region Hannover
- Vorstellung des Entwurfs eines Krisenpasses für Betroffene in der Region Hannover

#### **05.03.09**

- Übersicht über die Vorgehensweise bei Unterbringungen nach NPsychKG bzw. dem BGB (Betreuungsrecht) für volljährige Betroffene

#### **02.04.09**

- Aussprache zum Schwerpunktthema Arbeit für psychisch Kranke des Sozialpsychiatrischen Plans (SPP) 2009
- Vorstellung und Aussprache zum Jahresbericht 2007/2008 der Beschwerde- und Vermittlungsstelle/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

#### **07.05.09**

- Fortsetzung: Aussprache zum Schwerpunktthema Arbeit für psychisch Kranke des Sozialpsychiatrischen Plans (SPP) 2009
- Vorstellung: Bündnis gegen Depression in der Region Hannover

#### **04.06.09**

- Vorstellung der Arbeitshilfe zur Einschätzung von Fremdgefährdung durch die Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

#### **02.07.09**

- Sachstand und Diskussion: Entzug der Behandlungsermächtigung für die Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Übersicht der Themen läßt erkennen, daß der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie weiterhin regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt und neue Themen der psychiatrischen Arbeit aufnimmt und vertieft (z.B. Doppeldiagnose seelische und geistige Behinderung, Forensik und Migration). Gleichzeitig hat das Gremium eine wichtige Funktion der gegenseitigen Weiterqualifikation, die von hohem Nutzen für Betroffene, Angehörige und Professionelle ist (z.B. im ersten Halbjahr 2009: Behandlungsvereinbarung, Krisenpass, Vorgehenshilfen bei PsychKG- und BGB-Unterbringungen).

#### **Anschrift des Verfassers:**

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

# **Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)**

## **Mitte 2008 bis Mitte 2009**

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

Der RFP tagte in der Zeit von September 2008 bis September 2009 siebenmal zu folgenden Arbeitsfeldern.

### **Erstes Arbeitsfeld:**

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

In dem genannten Zeitraum beschäftigte sich der RFP mit vier Neuanträgen im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen bei neuen Trägern, die im Rahmen der Entwicklung des Quartierbezogenen Wohnens (Bielefelder Modell) in der LHH sowie in Burgdorf neue Angebote in diesem Segment beantragt hatten. Eine entsprechende fachliche Stellungnahme an den Sozialhilfeträger Region Hannover wurde abgegeben.

Weiterhin wurde das Konzept eines Sozialpsychiatrischen Zentrums (Wohnheim/Tagesstätte/ ambulant betreutes Wohnen/psychiatrische Pflege/Ergotherapie) in Barsinghausen anhand einer Konzeption des Trägers Diakonie Hannover Land mehrfach diskutiert und schließlich, nach Überarbeitung durch den Antragsteller, befürwortet mit entsprechender Stellungnahme an den örtlichen sowie überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie den Kostenträgern nach SGB V und XI.

### **Zweites Arbeitsfeld:**

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

Hier wurden, unter Einbeziehung von Vertretern der MHH, die die Anregung gegenüber dem Sozialdezernenten gegeben hatten, Vorschläge erarbeitet für die Initiative des Sozialdezernenten gegenüber dem Sozialministerium auf Änderung der §§ 14/15 NPsychKG. In diesen wird die Frage der offenen bzw. geschlossenen Unterbringung und deren Bedingungen geregelt. Ziel war es, Formulierungen zu finden, die den Kliniken bei Unterbringungen nach dem NPsychKG mehr Spielraum in der Frage geschlossene/bzw. offene Stationen zu geben.

Diese Initiative ist vom Ministerium aufgegriffen worden in der jetzt zur Anhörung und Verabschiedung vorgesehenen Novellierung des NPsychKG.

Weiterhin wurde ausführlich über das Konzept zum Aufbau einer „Beratungsstelle für erwachsenen Menschen mit Asperger-Syndrom und High-Functioning-Autismus“ mit den Vertretern einer entsprechenden Initiative diskutiert und beraten. Dieser Prozess dauert noch an. Hier sollen Lösungsmöglichkeiten in Zusammenhang bzw. Verbindung eines entsprechenden Angebotes an der MHH gesucht werden.

Außerdem wurde in September 2009 eine ganztägige Konzeptdiskussion des RFP durchgeführt, dessen Ergebnisse in der ersten Jahreshälfte 2010 mit dem Sozialdezernenten rückgekoppelt werden. Entsprechend hierzu Bericht dann 2011.

### **Drittes Arbeitsfeld:**

Die im letzten Bericht angemerkte Problematik der Nichtbeachtung/Berücksichtigung der fachlichen Empfehlungen des Fachbeirates durch den örtlichen bzw. überörtlichen Sozialhilfeträger besteht weiterhin. Falls die zu beratenden Stellen ihre Rechtsposition aufrechterhalten und danach sieht es aus, stellt sich die Frage, ob der Fachbeirat überhaupt noch das sehr aufwändige Anhörungsverfahren aufrecht erhalten sollte. Eine formale Antwort einer entsprechenden Anfrage kann auch nach Aktenlage durch das zuständige Team Gemeindepsychiatrie des FB Gesundheit der Region abgegeben werden. Dieses ist in 2010 mit dem Sozialdezernenten abschließend zu klären.

### **Anschrift des Verfassers:**

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Weinstr. 2 · 30171 Hannover · E-mail: [Lothar.Schlieckau@region-hannover.de](mailto:Lothar.Schlieckau@region-hannover.de)

## Sonderteil:

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

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

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

Den folgenden Text haben alle Adressaten von uns zugesandt bekommen:

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

- 1. Zur Versorgungssituation in meiner Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich (Belegung, Wartezeiten, Statistik, Personalstand, ...):*
- 2. In meiner/unserer Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich hat sich im Jahr 2008 folgendes verändert (konzeptionelle Veränderungen, neue Abteilungen, veränderte Klientel, ...):*
- 3. Es wird bei uns folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet:“*

#### **Anschrift der Verfasser:**

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

#### **Inhalt:**

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

# Ambulante Versorgung

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

von Stefan Pohl (*Team Gemeindepsychiatrie*)

### 1. Zur Versorgungssituation in der Beratungsstelle:

Die Anzahl der Familien, die wir 2008 betreut haben, war genauso hoch wie 2007. Es hat auch in personeller Hinsicht keine Veränderung stattgefunden. Wir haben im Zusammenhang mit den betreffenden Jugendlichen sehr viele Telefonate mit unterschiedlichen Bezugspersonen und Helfersystemen geführt, es fanden häufig persönliche Gespräche in Form von Einzel-, Familien- oder Helfergesprächen entweder in unserer Beratungsstelle oder in Form eines Hausbesuches bzw. einer Hospitation statt.

Beratungsanlass waren meistens akute Krisen mit multiplen Problemen von Kindern und Jugendlichen in mehreren sozialen Bereichen wie Familie, Schule und Freizeit.

### 2. Veränderungen in der Beratungsstelle

Wir entwickeln uns zunehmend zu einer Jugendberatungsstelle und betreuen weniger junge Kinder unter zehn Jahren als in den ersten Jahren unserer Existenz. Nach unserer Erfahrung werden die unter 10-Jährigen oftmals zunächst bei niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder – psychotherapeutInnen bzw. beim SPZ vorgestellt.

Die Jugendlichen, die beim Sozialpsychiatrischen Dienst „landen“, haben im Vorfeld bereits häufig mehrere Helfersysteme genutzt. Dementsprechend spielt bei diesen Jugendlichen die Motivationsarbeit eine besondere Rolle. Meistens nimmt zunächst das Umfeld wie Eltern, Lehrer oder Mitschüler Schwierigkeiten, Symptome oder Auffälligkeiten bei den betreffenden „Problemträgern“ wahr.

Zentrale Themen für typisches Problemverhalten waren 2008:

- Schulabstinenz
- Depressive Entwicklungen
- Gewalterfahrungen oder Gewaltausübung
- Autoaggressives Verhalten und Suizidalität
- Emotionale Störungen

### 3. Entwicklungen und Trends im KJP Bereich

Beim Lesen des Sozialpsychiatrischen Planes 2009 ist eine Feststellung vieler Fachleute wiederholt aufgefallen. Im Zusammenhang mit der Zunahme von kinder- und jugendtypischen Problemen und Störungen wurde oftmals eine Abnahme von „Erziehungskompetenzen“ bei den Eltern wahrgenommen. Wir beobachten diese Entwicklung in unserer Beratungsstelle ebenfalls. Folgende Fragen drängen sich jedoch auf: Unterstellen wir den Eltern nicht zu Unrecht „Inkompetenz“. Wodurch entsteht dieser Eindruck überhaupt? Sind es nicht eher die gesellschaftlichen Entwicklungen, die Eltern mit der Erziehung ihres Nachwuchses belasten und manchmal überfordern? Im Folgenden werde ich Argumente aufführen, die diese Hypothese bestätigen:

- Fast die Hälfte der Familien in unserer Beratungsstelle setzt sich aus alleinerziehenden Müttern mit ihren Kindern oder Jugendlichen zusammen. Dass alleinverantwortliche Elternteile

besonders beansprucht sind und manche sich zeitweise überfordert fühlen, ist gut nachvollziehbar und bedeutet nicht, dass diese Mütter inkompetenter in der Erziehung sind als andere Eltern. Dass den Kindern und Jugendlichen der Vater bzw. manchmal auch die Mutter im Alltag fehlt, hat zudem weitergehende psychodynamische Konsequenzen, die an dieser Stelle nicht vertieft werden können.

- Die Bereitschaft professionelle psychologische oder psychiatrische Hilfsangebote zu nutzen ist in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen. Dementsprechend werden häufiger kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen gestellt, Hilfebedarfe festgestellt und Erziehungsprobleme thematisiert.
- Viele Familien, die unsere Beratungsstelle aufsuchen, haben relativ wenig Unterstützung durch die Verwandtschaft (Großeltern, Geschwister). Es gibt für die Kinder dementsprechend wenig erwachsene Bezugspersonen und Vorbilder.
- Wir beobachten einen zunehmenden schulischen Druck, dem insbesondere labile und sozial weniger gesicherte Kinder und Jugendliche manchmal nicht mehr gewachsen sind. Psychosomatische Beschwerden, Aggressionen unter den Kindern sowie mehrmonatige oder jährliche Schulabstinenz entwickeln sich zu einem ernsthaften Problem in den Schulen und Familien. Zudem belegen Studien, dass es in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Staaten Kinder aus sozial benachteiligten Familien (Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund) besonders schwer haben, sich schulisch ihrer kognitiven Begabung entsprechend zu entwickeln.
- Jugendliche und deren Familien müssen in unserer modernen und komplexen Gesellschaft sehr viele Aufgaben in der Schule und im gesellschaftlichen Leben bewältigen. Nach unserer Beobachtung sind beispielsweise durch das Medium „Internet“ viele Möglichkeiten geschaffen, die vermutlich die meisten Jugendlichen konstruktiv und mit Freude nutzen können. Es gibt jedoch erstaunlich viele junge Menschen auch in der Region Hannover, denen das nicht gelingt, die im Internet regelrecht abtauchen und sich vor dem realen gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Eine komplexe und hochtechnisierte Gesellschaft braucht besonders starke Kinder und Eltern, die den Herausforderungen der schnelllebigen Zeit gewachsen sind.
- Die gesellschaftliche Wertschätzung der „Erziehungskompetenz“ liegt im „Ranking“ nicht besonders weit oben. Hier sind eher Werte wie Selbstverwirklichung, beruflicher Erfolg und ein durch Hobbys ausgefülltes und auch hier möglichst erfolgreiches Freizeitleben zu finden. Erziehung braucht Zeit und Beschäftigung mit den Kindern. Viele Elternteile sind jedoch stark beansprucht durch die Mehrfachbelastung Arbeit, Haushalt und Erziehung.
- Die Familie als gesellschaftliche Lebensform ist keine Selbstverständlichkeit mehr, sondern lediglich eine von verschiedenen Lebensformen. Familien haben im Vergleich zu kinderlosen Paaren und Singles oftmals beruflich und finanziell weniger Spielraum.

Es ließen sich sicher noch weitere Thesen formulieren. Zudem sei hier nochmals betont, dass sich in der Regel Familien mit erheblichen Problemen an kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen wie unsere Beratungsstelle wenden. Auf der anderen Seite gibt es gerade auch in der heutigen Zeit viele engagierte, „moderne“ Mütter und Väter, die sich durch eine hohe Erziehungskompetenz und eine ausgesprochen positive Bindung zu ihren Kindern auszeichnen. Die „soziale Schere“ geht auch hier weit auseinander.

**Anschrift des Verfassers:**

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



## **Winnicott-Institut**

von Kurt Brylla (*Leiter der Ambulanz im Winnicott-Institut*)

Zu 1:

Auf dem Hintergrund der anhaltend starken Nachfrage ergeben sich trotz zusätzlicher Behandlungsverfahren und personeller Aufstockung in unserer Ausbildungsambulanz in der Regel lange Wartezeiten für Erstambulanzgespräche (Warteliste immer um 100 Kinder- und Jugendliche). Daneben bemühen wir uns punktuell um schnelle Krisenintervention in Kooperation mit anderen psychosozialen Beratungsstellen.

Im Jahr 2008 fanden 260 Erstgespräche statt mit deutlich ansteigender Tendenz in 2009.

Im Blick auf die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind dringend weitere Niederlassungen nötig.

Zu 2:

Die Eltern-Säuglings-Kleinkindambulanz ist in den letzten Jahren gut frequentiert. Neben Diagnostik – Entwicklungsberatung und praktischen Hilfestellungen finden regelmäßig Eltern-, Kind- und Kurzpsychotherapien statt.

Psychoanalytische Gruppentherapien für Kinder und Jugendliche werden vom Winnicott-Institut im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung von Psychotherapeuten in jüngster Zeit vermehrt angeboten.

Zu 3:

Neben der offensichtlichen Zunahme von seelischen Störungen im Kinder- und Jugendlichenalter zeigen sich viele Kinder mit strukturellen Störungen und entsprechenden Verhaltensauffälligkeiten in unserer Praxis. Die Erziehungsunsicherheit bei vielen Eltern ist deutlich spürbar. Auffällig scheint darüber hinaus die mangelnde Medienkompetenz bei Erziehungsberechtigten.

Den obengenannten Trends versuchen wir präventiv durch Familienbildung, Eltern- und Beratungsarbeit sowie Öffentlichkeitsarbeit entgegen zu wirken.

### **Anschrift des Verfassers:**

Kurt Brylla · Winnicott-Institut · Geibelstraße 104 · 30173 Hannover · E-Mail: [info@winnicott-institut.de](mailto:info@winnicott-institut.de)

## **Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten**

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

Gegenüber der letzten Einschätzung zum sozialpsychiatrischen Plan 2009 haben sich, hinsichtlich der Niederlassungs- und Versorgungssituation, keine wesentlichen Änderungen ergeben.

Auch die im letzten Jahr beschriebenen Tendenzen sind weiter vorhanden.

Für die Versorgungsbedingungen hat sich aber zur Mitte des Jahres, nicht zuletzt auf Grund des überaus deutlichen Protests von verschiedenen Seiten, eine wesentliche Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben.

Die durch die Einführung des Gesundheitsfonds gefährdete sozialpsychiatrische Versorgung wurde mittlerweile ein Teil des Bundesmanteltarifs für Ärzte und von daher ist sie bundesweit gültig. Diese Vereinbarung ist im Großen und Ganzen eine Fortschreibung der bisher in den meisten Bundesländern gültigen Sozialpsychiatrievereinbarungen und ermöglicht den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern im multiprofessionellen Team mit nichtärztlichem Personal (Pädagogen, Therapeuten, etc.) zusammenzuarbeiten zum Wohle der von ihnen betreuten Kinder. Eine Evaluation dieser Vereinbarung ist, obwohl schon mehrfach nachgewiesen, erneut von den Krankenkassen mit eingebracht worden und wird in den nächsten Jahren erfolgen. Insgesamt ist aber durch die bundesweite Vereinbarung nun eine Planungssicherheit für die Praxen aber auch für die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft gegeben.

**Adresse des Verfassers:**

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

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

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

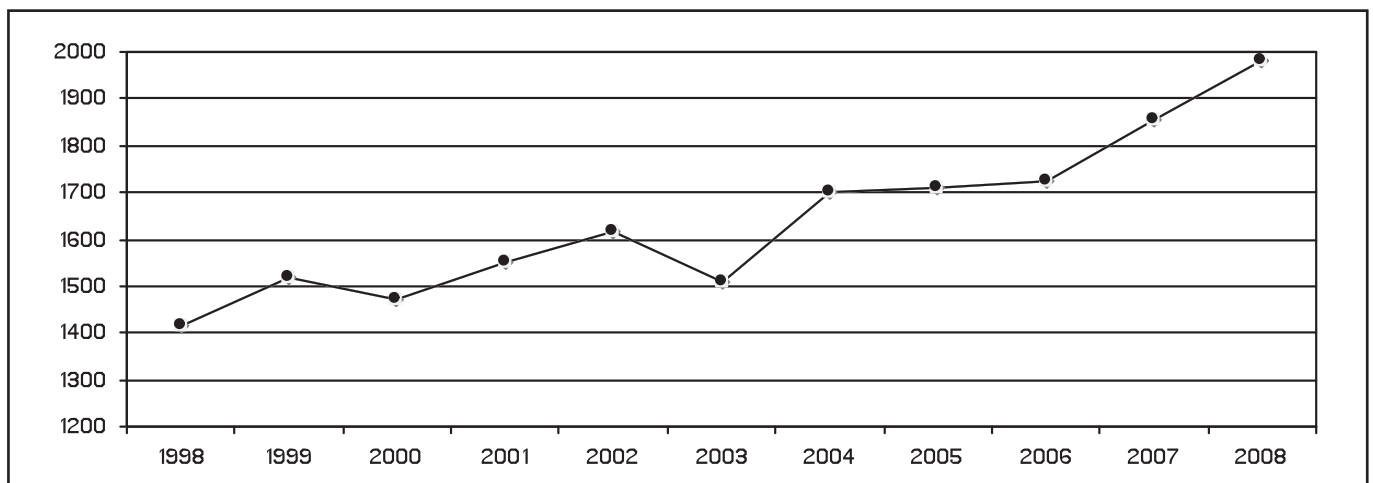
von Petra von Stosch (Fachbereich Jugend der Region Hannover)

### Versorgungssituation

Im Berichtsjahr 2008 sind die Anmeldezahlen gegenüber 2007 um 13% erhöht. Die Anzahl der insgesamt bearbeiteten Fälle ( 1980 ) liegt ebenfalls deutlich höher als im Vorjahr ( 1854 ). 80% aller Beratungen konnten innerhalb von 10 Sitzungen abgeschlossen werden. Die Fachkraftstellen wurden in den letzten Jahren von 15 auf 13,5 reduziert.

In Uetze (FEB Burgdorf) und Seelze (FEB Barsinghausen) sind zwei weitere Außenstellen eröffnet worden, die von der Bevölkerung von Anfang an sehr gut angenommen wurden.

### Bearbeitete Fälle im 10-Jahres-Vergleich



### Trend/Entwicklung:

Trendthemen waren weiterhin die Beratung von Familien mit Migrationshintergrund und die Arbeit mit getrennten Familien. (Angeboten wurden unter anderem eine Trennungs/Scheidungskindergruppe und Informationsabende für „frisch“ getrennte Paare, die noch keine KlientInnen der Beratungsstelle waren).

Anfragen von Kindertagesstätten zum Thema „frühe Hilfen/Prävention“ haben zugenommen. In einem für das Jahr 2009 zu diesem Thema geplanten Projekt werden gezielt Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren angesprochen.

### Anschrift der Verfasserin:

Petra von Stosch · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Familien- und Erziehungsberatungsstelle · Neustadt · Schillerstr. 2 · 31535 Neustadt · E-Mail: [petra.vonstosch@region-hannover.de](mailto:petra.vonstosch@region-hannover.de)

## **Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie**

von Michael Wachtendorf (*Leitender Psychologe*)

Zu 1): Der Personalbestand wurde den verlängerten Wartezeiten angepasst.

Zu 2)

- Der neuropsychologische Bereich in Verbindung mit neuropädiatrischer Rehabilitation wurde erweitert. Dieser Schwerpunkt wird weiter ausgebaut.
- Spezifische Teilleistungsstörungen werden mit neuropsychologischen Therapieverfahren evaluiert.
- Die Autismusdiagnostik ist aufgrund gestiegener Anmeldezahlen auch personell erweitert worden.
- Gesteigertes Angebot für Elterngruppen (Elterntrainingsverfahren) in den Bereichen Autismus, Sprachentwicklungsstörung und ADHS.
- Im Rahmen des Qualitätsmanagements Einsatz neuer Instrumente wie Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität sowie der Elternzufriedenheit mit dem Therapieerfolg.

Zu 3)

- Weiterhin hohe Anmeldezahlen für V.a. ADS/ADHS und Autismus.
- Deutliche Zunahme von emotionalen Störungen
- Zunahme von sozialen Störungen und Verhaltensstörungen
- Abnahme von Elternkompetenzen

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## Stationäre Versorgung

### **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf**

von Anette Redslob (*Chefärztin*)

Das ehemalige LKH Wunstorf hat seit dem 03.01.2008 einen neuen Träger, das Klinikum Region Hannover GmbH und einen seit Sommer 2008 nochmals geänderten Namen: Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf.

In der Versorgungssituation der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat es in 2008 keine wesentlichen Veränderungen gegeben.

Versorgungssektoren und Zahl der stationären (30) und teilstationären (8) Plätze sind unverändert. Der Trend zu einer seit 2006 beschriebenen anhaltend hohen Zahl an Notaufnahmen war 2008 weiterhin stabil. Die Stationen waren voll ausgelastet, die durchschnittlichen Wartezeiten für eine reguläre Aufnahme lagen bei etwa 3-4 Monaten.

In 2008 war eine Zunahme von Aufnahmen Jugendlicher zu verzeichnen, die wegen Ankündigung im Internet von Suizid oder Äußerungen, die einen möglichen Amoklauf befürchten ließen, notfallmäßig eingewiesen wurden, ebenso von solchen mit computersüchtigem Verhalten.

Für die Institutsambulanz gab es auch in 2008 wieder eine anhaltend hohe Nachfrage für Termine. Für akut psychiatrisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche wurde (sofern nicht eine notfallmäßige Vorstellung sofort erforderlich war) durch das Angebot von mehreren Notfallterminen wöchentlich eine zeitnahe Versorgung sichergestellt. Leider waren die Wartezeiten auf einen Erstkontakt für die übrigen Kinder und Jugendlichen und ihre Familien weiter lang (oft 3 – 4 Monate). Hier hat sich auch die Schließung der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiaterin Frau Dr. Niemann-Henseler, Bad Nenndorf, bemerkbar gemacht. Im gesamten Einzugsgebiet der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie gab es in 2008 nur noch eine niedergelassene Kollegin.

#### **Anschrift der Verfasserin:**

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

### **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses auf der Bult**

von Christian Schnetzer (*Chefarzt*)

Zu 1:

Trotz Zunahme ambulanter Angebote steigt die Zahl von Notfällen und Kriseninterventionen oft auch mit hochproblematischen sozialen Krisen. Wir sehen auch eine Zunahme sozialer Phobien und Vermeidungsverhalten auf intensiver Flucht und Süchtigenrückzug in die virtuelle Welt der Medien.

Zu 2:

Konkretisiert und aktualisiert wurden insbesondere die Konzepte für die Behandlung traumatisierter Patienten und von Essstörungen. Die Bandbreite unterschiedlicher Gruppenangebote wurde erweitert. Die Nachfragen kommen aus ganz Niedersachsen.

Zu 3:

Wir sehen vermehrt Jugendliche mit zum Teil schweren Alkoholintoxikationen und teilweise hoher Aggressivität, wo eine enge Zusammenarbeit mit der Polizei und dem KSD erforderlich ist. Die Polizei interveniert heute auch gründlicher. Vernetzungsarbeit mit dem KSD wurde auch wegen Zunahme an sozialer Not erforderlich.

Ein Problem bietet auch die Kürzung von Lehrerstellen, die die Integration schwieriger Schüler erschwert.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim**

von Hans-Jörg Bethge (*Leitender Psychologe*)

Zu 1:

Die Anlage liegt reizvoll in einem Grüngürtel am Stadtrand von Hildesheim und verfügt über ein großes Park-, Spiel- und Sportgelände sowie über ein Schwimmbad. Im vollstationären Bereich bietet die Klinik 72 Behandlungsplätze, verteilt auf 7 Stationen. Die Tagesklinik arbeitet mit 14 Behandlungsplätzen verteilt auf 2 Stationen. Ein weiterer Bestandteil ist die Institutsambulanz.

Unsere Aufgaben umfassen die Prävention, Diagnostik und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Wir helfen in psychischen Krisensituationen, bei Beeinträchtigungen der seelischen und körperlichen Entwicklung, bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Verhaltensstörungen und bei Suchtproblematiken leistet die Klinik eine Akutentgiftung.

Die Klinik hat einen Versorgungsauftrag für folgenden Einzugsbereich:

Stadt und Landkreis Hildesheim  
Landkreis Hameln-Pyrmont  
Südliche Bezirke der Region Hannover  
Landkreis Goslar  
Stadt Salzgitter  
Stadt und Landkreis Northeim



Spektrum des Behandlungsangebotes:

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 Behandlungsplan vom Team erstellt. Unser Team bestand 2008 einschließlich der Mitarbeiter aus der Institutsambulanz aus 3 Fachärzten, 11 Assistenzärzten, 11 Psychologen, 6 Sozialpädagogen, 9 Fachtherapeuten, 2 Technisch-Psychologische-Assistentinnen sowie ca. 100 Mitarbeitern im Pflege- und Erziehungsdienst.

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

Zu 2:

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

In der Institutsambulanz wurden feste Elterngruppen für Triple-P und für Eltern von ADHS-betroffenen Kindern sowie Kindergruppen zur Förderung sozialer Kompetenzen installiert. Im Freizeitbereich wurde das therapeutische Reiten sowie Klettern weiter etabliert.

Zu 3:

Es wird eine Zunahme von Schulabsentismus und Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis, speziell Asperger-Syndrom, beobachtet.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Eingliederungshilfen**

### **Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH – THZ**

von Christiane Voigt (*Leitende Dipl. Pädagogin*)

#### 1. Zur Versorgungssituation

Das Therapiezentrum für autistische Kinder in der Bemeroder Str. teilt sich in die Angebotsbereiche „Sonderkindergarten“, „anerkannte Tagesbildungsstätte mit integrierten Internatsplätzen“ und

in eine „Ambulanz und Beratungsstelle“ auf.

Im Sonderkindergarten wurden 5 Kinder und in der Tagesbildungsstätte 30 Kinder und Jugendliche gefördert. Insgesamt differenziert sich dieser Bereich in 6 Gruppen. Im angegliederten Internat können wöchentlich 4-5 Kinder/Jugendliche aus unserem Kindergarten und der Schule betreut werden. Auch diese Plätze waren durchgehend belegt.

Durch die Ambulanz wurden durchschnittlich 60 Kinder und Jugendliche mit durchschnittlich 2 Fachleistungssunden pro Woche gefördert.

In den Wohngruppen für Kinder und Jugendliche mit Autismus in Giesen bei Hildesheim konnte 2008 keine durchgehende Vollbelegung (12 Plätze) erreicht werden.

## 2. Trends

Wir beobachten, dass sich vermehrt Kinder und Familien für unser Angebot interessieren, die zu Hause nicht Deutsch sprechen. Für das Jahr 2008 konnten wir einen leichten Anstieg der Diagnosen „atypischer Autismus“ feststellen. Der Trend aus dem Jahr 2007, dass zunehmend Kinder und Jugendliche mit Asperger-Autismus eine ambulante Fördermaßnahme beantragen, setzte sich auch im Jahr 2008 fort.

Um dem erhöhten Bedarf der autistischen Kinder in anderen pädagogischen Einrichtungen gerecht zu werden, haben wir uns entschlossen, unserer umfangreiches fachliches Wissen zum Thema „Autismus“ als Langzeitfortbildung für pädagogische und therapeutische Fachkräfte anzubieten. In 6 Seminarteilen gehen wir auf das breite Spektrum Autismus ein und stellen die Besonderheiten der einzelnen Formen heraus. Bisher konnten 20 TeilnehmerInnen dieses Angebot wahrnehmen.

### **Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfen gemäß §35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- Und Rechtsschreibstörungen bzw. Rechenstörungen**

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

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

2008 standen der Arbeitsgruppe 13 Fachkräfte mit 134 Arbeitsstunden pro Woche (3,4 Personalstellen) und 2 Schreibkräfte mit insgesamt 58,5 Std. pro Woche (1,5 Personalstellen) zur Verfügung.

Bearbeitet wurden 2008 insgesamt 576 Anträge, davon ca. 65,5% im Zusammenhang mit vorliegenden Lese- und Rechtschreibstörungen, ca. 29,5% im Zusammenhang mit einer vorliegenden Rechenstörung und ca. 5% im Zusammenhang mit kombinierten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

In ca. 79,4% der gestellten Anträge kam die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis, dass eine Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII erforderlich ist, in ca. 10,4% zu dem Ergebnis, dass die Leistungsvoraussetzungen des § 35a SGB VIII nicht vorliegen, in ca. 10,2% der Fälle haben Eltern den Antrag auf Eingliederungshilfe zurückgenommen.

Im Durchschnitt mussten die Eltern mit ihren betroffenen Kindern ca. 5-6 Mon. ab Antragstellung auf einen Diagnostiktermin und einen anschließenden Bescheid über ihren Antrag warten.

Die gestellten Antragszahlen sind im Jahre 2008 (589) im Vergleich zum Jahre 2007 (697) um ca. 15% zurückgegangen.

Ab 01.07.2009 bearbeiten die Städte Burgdorf, Laatzen und Springe die Anträge auf Eingliederungshilfe selbständig incl. der erforderlichen Diagnostik.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Arbeitsgruppe 51.10 der Region Hannover, Fachdienst für Jugendhilfe / Eingliederungshilfe gem. §35a SGB VIII**

von Sipra Morri (*Fachbereich Jugend*)

### 1. Versorgungssituation

Im Team 51.10/ Fachdienste für Jugendhilfe/ Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII waren im Jahr 2008 insg. 3 Kolleginnen/ 1x Vollzeit, 2x Teilzeit mit 50 % tätig.

Es wurden insg. 184 Fälle/ Neufälle und laufende Hilfen gem. § 35a SGB VIII bearbeitet und gem. § 36 SGB VIII begleitet.

Die Wartezeit betrug in der Regel ca. 8 Wochen. In Krisensituationen konnte schneller reagiert werden.

### 2. Veränderungen

Jeweils eine Kollegin steht den in der Region Hannover befindlichen Jugendhilfestationen als Ansprechpartnerin zu Fragen, die die Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII betreffen, zur Verfügung. Die Verteilung der Neufälle richtet sich dementsprechend nach den zugeordneten Bezirken der jeweiligen Jugendhilfestation.

Zu beobachten ist eine stete Zunahme von Kindern mit der Diagnose „Asperger Autismus“.

### 3. Trend/ Entwicklung :

Eine Zunahme von Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, die eine erfolgreiche Beschulung erschweren bzw. unmöglich machen, ist zu beobachten.

Schule verweist in diesem Zusammenhang immer öfter an den Jugendhilfeträger. So haben Anträge auf Kostenübernahme für Schulbegleitungen beim Krankheitsbild des „Asperger Autismus“ erheblich zugenommen.

**Anschrift der Verfasserin:**

Sipra Morri · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Hildesheimer Str. 18 · 30169 Hannover ·  
E-Mail: Sipra.Morri@region-hannover.de

## **Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen des Stephansstiftes**

von Petra Dehmlow (*Leiterin der therapeutischen Wohngruppen im Stephansstift*)

Das Stephansstift ist eine hoch differenzierte flexible Jugendhilfeeinrichtung, die nicht zuletzt durch ihre Größe in der Lage ist, flexibel auf die Hilfebedarfe der Adressaten zu reagieren. In Niedersachsen ist das Stephansstift mit den drei Standorten Hannover, Clausthal-Zellerfeld und Borstel die größte Jugendhilfeeinrichtung.

Sowohl in den ambulanten und teilstationären Maßnahmen, aber insbesondere auch in den stationären Maßnahmen werden Kinder und ihre Familien betreut, die die unterschiedlichsten psychischen Probleme haben.

Im Arbeitsbereich „Therapeutische Wohngruppen“ werden alle im Kinder- und Jugendlichenalter bekannten Krankheitsformen behandelt. Die Besonderheit hier liegt darin, dass die Psychoeinzelterapie in die Grundleistung integriert wurde. Das heißt, jedem Bewohner, jeder Bewohnerin steht eine Therapie zur Verfügung. Die Teams arbeiten interdisziplinär mit approbierten Psychologen, Dipl.-Heilpädagogen, Sozialarbeitern, Erziehern und Lehrern. Des Weiteren steht jeder Therapeutischen Wohngruppe ein Konsiliararzt zur Verfügung, sowohl beratend als auch zur Versorgung mit Medikamenten.

Im Bereich sozialpädagogische stationäre Hilfen haben wir unsere Angebote in den vergangenen Jahren ebenfalls differenziert. Hier gibt es neben den „normalen“ Regelgruppen auch spezielle Angebote für delinquente Jugendliche und Schulverweigerer.

Die Wartezeit zur Aufnahme in einer Therapeutischen Wohngruppe betrug im Jahr 2008 ca. 6 bis 8 Wochen, in den stationären Sozialpädagogischen Wohngruppen 2 bis 3 Wochen.

Auch im vergangenen Jahr haben wir wieder subjektiv festgestellt, dass es eine „Verschiebung“ der Klientel gegeben hat. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden immer später der stationären Jugendhilfe zugeführt. Es wird versucht im Vorfeld über ambulante Maßnahmen stärkend und stützend einzugreifen. Erst wenn sich ein definiertes und nicht mehr im familiären Rahmen zu händelndes Problem teilweise mit Krankheitswert ergeben hat, kommt es zu einer stationären Unterbringung.

Es hat aber somit keine Abnahme der Fallzahlen stattgefunden.

Insbesondere die Therapeutischen Wohngruppen werden aus dem gesamten Bundesgebiet belegt. Selbstverständlich versuchen wir in erster Linie die Bedarfe aus Hannover und aus der Region Hannover zu decken. Dies ergibt sich schon allein daraus, dass unsere Bewohner und Bewohnerinnen häufig in krisenhafte Zustände kommen, die einen Klinikaufenthalt zur Krisenin-

tervention erforderlich machen und es für die in Niedersachsen ansässigen KJPs schwierig ist, Patienten aus anderen Bundesländern zu behandeln. Trotzdem lässt es sich nicht immer vermeiden, denn viele Jugendämter finden in ihren Einzugsgebieten kein vergleichbares Angebot und müssen so auf uns zurückgreifen. Im vergangenen Jahr haben wir vermehrt versucht, in solchen Fällen im Vorfeld Kontakt über die Ambulanz der KJP herzustellen, damit in einer Krise die Kollegen in der Klinik besser handeln können.

Die Jugendhilfe des Stephansstiftes wird ab dem 01.01.2010 eine eigene gGmbH werden und eine enge Kooperation mit den Diakonischen Heimen Käs Dorf eingehen. Auch bei den diakonischen Heimen Käs Dorf gibt es Therapeutische Wohngruppen.

Es ist ein Trend dahingehend zu beobachten, dass nach wie vor dissoziale Jugendliche in Jugendhilfeeinrichtungen nicht adäquat betreut werden können. Es gibt nicht genug niedrigschwellige Angebote. Hier versucht das Stephansstift und versuchen auch andere diakonische Einrichtungen besondere Hilfeformen zu entwickeln, die aber berücksichtigen, dass es sich hier um Jugendliche handelt, die im Grunde genommen nicht mehr auf Erwachsene reagieren.

Des Weiteren werden wir ab November eine zertifizierte Weiterbildung zum Trauma-Pädagogen anbieten. Wir haben uns zu diesem Schritt entschlossen, da wir ja als eine der ersten Jugendhilfeeinrichtungen die Trauma-Behandlung in unsere Konzeptionen/Leistungsbeschreibungen im stationären Setting mit aufgenommen haben. Im Pool unserer therapeutischen Mitarbeitenden haben wir u. a. Kollegen, die auch eine Ausbildungsberechtigung besitzen und seit Jahren Erfahrungen mit traumatherapeutischer Behandlung einschl. EMDR haben. In den Therapeutischen Wohngruppen sind in jeder Gruppe mindestens 2 Kolleginnen oder Kollegen mit den Grundlagen der Psychotraumatologie vertraut. Dieses möchten wir gerne auch ausweiten auf die Sozialpädagogischen Wohngruppen sowie die ambulante und teilstationäre Betreuung. Die Weiterbildung ist auch offen für Mitarbeitende aus anderen Einrichtungen. Die Mindestqualifikation für Teilnehmende wird die Ausbildung zum Erzieher/zur Erzieherin mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung und einem aktuellen Arbeitsplatz in den benannten Bereichen sein.

In den vergangenen Jahren hat es immer wieder Schwierigkeiten bei der Beschulung und Berufsausbildung gegeben. Förderschulen sind u. E. immer weniger in der Lage die Ballung von Dissozialität auch in kleinen Klassen aufzufangen und suspendieren zunehmend mehr Schüler und Schülerinnen. Hier haben wir schon vor zwei Jahren begonnen, in Kooperation mit der Förderschule unserer Stiftung schulintegrative Tagesgruppen zu installieren. Diese Betreuungsform hat sich insbesondere für Erstklässler sehr bewährt.

Schwieriger ist es da schon mit älteren Schülern. Teilweise gibt es Situationen, in denen Wohngruppenbewohner (es sind mehrheitlich männliche) in keiner Schule mehr aufgenommen werden, obwohl sie ihre Schulpflicht noch nicht erfüllt haben. Hier versuchen wir individuelle Lösungen zu finden (z. B. unsere Gruppe „Catch up“ für Bewohner aus sozialpädagogischen Wohngruppen), wenngleich wir von einem gesellschaftlich zu lösendem Problem ausgehen.

Das Gleiche gilt für die Berufsausbildung. Insbesondere die psychisch erkrankten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bekommen über die Agentur für Arbeit nur sehr zögerlich Rehabilitationsmaßnahmen wie BVB Kurse bewilligt. In einigen Fällen erscheint die „Nicht-Erreichbarkeit“ der Agentur, sowie die Terminvergabe so gestaltet zu sein, dass der genannte Personenkreis keine Berücksichtigung findet. Aus diesem Grund musste auch eine Abteilung unseres Berufsbildungszentrums, nämlich der therapeutische Bildungsladen Ende des Schuljahres 2009/2010 geschlossen werden.

Ausgesprochen positiv ist aus unserer Sicht das Zusammenwirken mit den Kostenträgern der

Jugendhilfe hervorzuheben. Hier hat sich insbesondere fachlich bewährt, dass es in der Region Hannover einen Fachdienst gibt der sich mit den sogenannten 35a-Fällen befasst. Sozialarbeit bedarf einer Spezialisierung. Die eierlegende Wollmilchsau sollte der Vergangenheit angehören.

**Anschrift der Verfasserin:**

Petra Dehmlow · Stephansstift · Therapeutische Wohngruppen · Kirchröder Str. 44 · 30625 Hannover ·  
E-Mail: dehmlow@stephansstift.de

## **Teilstationäre und Stationäre Eingliederungshilfen der Pestalozzistiftung**

von Michael Theidel (*Pestalozzi Stiftung*)

### Stationäre Jugendhilfe

Unsere zehn Wohngruppen mit 81 Plätzen waren im Jahr 2008 kontinuierlich gut ausgelastet. Für die drei 5-Tage-Gruppen mit 27 Plätzen erreichten wir 2008 eine Rückführungsquote von rund 70%. Die 5-Tage-Gruppen wurden in 2008 vermehrt für Aufgaben des Clearings eingesetzt. Die gute Belegungssituation aus 2007 hat sich 2008 in der stationären Jugendhilfe fortgesetzt. Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im stationären Bereich. In 2008 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden konstant.

### Teilstationäre Jugendhilfe

Die fünf Tagesgruppen mit 43 Plätzen waren im Jahr 2008 voll belegt. Die durchschnittliche Belegungsdauer der Tagesgruppen lag bei zwei Jahren. Bei zwei Kindern zeigte sich im Verlauf der Hilfe, dass eine teilstationäre Maßnahme nicht ausreichend war. Mit einer internen Verlegung in eine stationäre Gruppe wurden wir dem veränderten Hilfebedarf der Eltern und ihrer Kinder gerecht. Bei vier Familien schloss sich nach Beendigung der Tagesgruppe eine flexible Erziehungshilfe an. Es gab keine Wartezeiten bei den Aufnahmeanfragen im teilstationären Bereich. In 2008 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden konstant.

## 2. Erweiterte und neue Angebote

### Elterntraining „Aktive Eltern“

Das Elterntraining „Aktive Eltern“ ist ein Präventionsprojekt in der Region Hannover. 2008 wurde es an acht Standorten der Region Hannover durchgeführt.

#### Zielsetzungen:

„Aktive Eltern“ wendet sich an Eltern oder Elternteile (auch während der Schwangerschaft) mit Erziehungsfragen oder in familiären Krisen.

Durch „Aktive Eltern“ wird die Familie unterstützt, die eigenen Fähigkeiten zu entdecken, wahrzunehmen und zu erweitern.

„Aktive Eltern“ ist geeignet für Mütter und Väter, die ihre erzieherische Kompetenz stärken wollen, die mehr Freude und weniger Stress mit ihren Kindern haben wollen.



Die Eltern lernen pädagogische Vorgehensweisen kennen, die sie im Aufbau einer positiven und entwicklungsfördernden Beziehung zu ihrem Kind unterstützen.

Bewährte und im Alltag leicht umsetzbare Erziehungsmethoden werden vermittelt, die die Familien im Umgang mit ihren Kindern stärken und ihr Selbstvertrauen verbessern.

(> bei Fragen zum Inhalt des Angebotes wenden Sie sich bitte an Herrn Theidel)

Durchführung:

„Aktive Eltern“ umfasst 20 Stunden, die in einer Zeit von drei Monaten durchgeführt werden. Über Beginn, Ort und Zeit der Durchführung sowie über das Anmeldeverfahren erfolgt eine konkrete Abstimmung mit unseren verantwortlichen Mitarbeiter/innen und dem jeweiligen Vertragspartner. Das Elterntaining wird von den Mitarbeitern unseres Beratungsdienstes durchgeführt. Sie haben langjährige Erfahrungen in der Jugendhilfe und verfügen über eine Ausbildung in systemischer Familientherapie.

### 3. Beobachtete Trends, geplante Projekte

Wie im Vorjahr werden viele stationäre Plätze für Kinder und Jugendliche nach längeren Psychiatrieaufenthalten angefragt. Sie zeigen oft Symptome von Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS). Die Erziehungsprobleme werden von den Eltern als sehr massiv geschildert – es gibt kaum Regeln und Grenzen, die von den Kindern eingehalten werden.

Im teilstationären Bereich wurden in 2008 vermehrt Kinder und Jugendliche angefragt, deren kognitives Leistungsvermögen im Grenzbereich zwischen Lernbehinderung und geistiger Behinderung liegt. Dieser Trend ist leicht rückläufig.

Weiterhin gibt es einen hohen Anteil an jungen Menschen, die bereits durch einen Psychiatrieaufenthalt und/oder eine andere Jugendhilfemaßnahme, meistens eine flexible Erziehungshilfe, unterstützt wurden.

Unsere Mitarbeitenden in der Jugendhilfe sehen insbesondere eine stetig steigende Zahl von Eltern mit psychischen Störungen.

Wir planen für eine 5-Tage-Gruppe einen Standort in der Landeshauptstadt Hannover.

#### **Anschrift des Verfassers:**

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

## **Clearingsstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover** von Rene Seiser und Ulla Lerch-Fricke (*Fachbereich Jugend Landeshauptstadt Hannover*)

### Zu 1. Versorgungsstruktur

Es gibt keine Wartezeiten, weil es sich um Kriseninterventionen handelt und Inobhutnahmeplätze sofort vorzuhalten sind.

Der Personalstand hat sich verändert, weil der Leitungsanteil von 50% auf 100% erhöht wurde. Die Clearingstelle hat 2008 305 Kinder und Jugendliche in Obhut genommen und 126 Plätze für die KSD-Bezirke vermittelt.

Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 431 Inobhutnahmen im Jahr 2008.

## Zu 2. Veränderungen

- Der OE Prozess ist fortgesetzt worden. Die Stelle zur Vermittlung von Bereitschaftspflegeplätzen ist organisatorisch an die Clearingstelle angebunden worden.
- Die Implementierung und Umsetzung des § 8a SGB VIII hat zu einer Zunahme von Kriseninterventionen bei überforderten und häufig psychisch erkrankten und allein erziehenden Eltern teile geführt. Besonders betroffen ist die Altersgruppe 0 bis 3 Jahre.
- Anzeigeverhalten und Aufmerksamkeit haben sich durch den § 8a SGB VIII deutlich erhöht.
- Krisen konnten aber auch – durch umgehende und kompetente Beratungen – abgeschwächt und Herausnahmen verhindert werden.

## Zu 3. Trends

- Die Klientel verändert sich: eine Zunahme der Eltern, die ihre Kinder und folglich das Sorgerecht ablehnen oder sich von ihren Kindern bedroht fühlen. Sozial isolierte Jugendliche – ohne Halt mit häufigen Beziehungsabbrüchen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten sind die Regel. Ebenso steigt die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die nicht jugendhilfefähig sind und sich in Cliques organisieren.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erweitert sich kontinuierlich. Neben dem psychiatrischen Bereich kommt, durch den Alkoholmissbrauch, dem medizinischen Bereich eine neue Bedeutung zu.
- Der Intensivpädagogische Bedarf steigt durch die Multiproblemlagen der Klientel an den Schnittstellen Jugendhilfe, Polizei, Psychiatrie und Justiz.
- Jugendliche mit seelischer Behinderung – in der Grauzone zur geistigen Behinderung – müssen häufiger in Obhut genommen werden und können nur begrenzt zielführend von der Jugendhilfe betreut werden.

### **Anschrift der Verfasser:**

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

### **Zusammenstellung des Gesamtbeitrages:**

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

# Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes

## Zielperspektiven des Sozialpsychiatrischen Verbundes:

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

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

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

## Zusammensetzung, Mitgliedschaft und Gremien:

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

Die Region Hannover lädt alle in der Region aktiven Einrichtungsträger von Hilfen nach § 6 NPsychyKG zur Beteiligung am Sozialpsychiatrischen Verbund ein.

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

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

## **Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie**

### **Aufgaben:**

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

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

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

### **Zusammensetzung:**

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

Stimmberechtigt sollen sein:

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

Beratende Mitglieder sollen sein:

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

Ständige Gäste mit beratender Stimme sollen sein:

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

## **Regionaler Fachbeirat Psychiatrie**

### **Zusammensetzung:**

Es obliegt der Region Hannover einen regionalen Fachbeirat einzurichten.

### **Aufgaben:**

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

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaften**

### **Aufgaben:**

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

Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf,

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

### **Zusammensetzung:**

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

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

## **Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes**

### **Aufgaben allgemein:**

Mitwirkung bei der Erarbeitung von Konzeptionen und Unterstützung der unter Ziffer 2.3 genannten Gremien in der organisatorischen Umsetzung,

Erstellung von Vorgaben zur Abfassung der statistischen Jahresberichte, Sammlung, Auswertung

und Weitergabe der statistischen Jahresberichte, Teilnahme an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Erstellung der Sitzungsprotokolle und Versendung der Sitzungsprotokolle an die Mitglieder des AKG spätestens eine Woche vor der nächsten Sitzung unter Angabe der Tagesordnung.

### **Aufgaben im Zusammenhang mit der Erstellung des Sozialpsychiatrischen Planes:**

Die Einrichtungsträger im Sozialpsychiatrischen Verbund stellen ihre statistischen Jahresberichte bis zum 31.03. des Folgejahres der Geschäftsstelle zur Verfügung.

Die Geschäftsstelle wertet die Ergebnisse bis zum 30.06. des laufenden Jahres aus und leitet diese an die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes weiter.

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

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



## Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

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

**Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) besteht aus folgenden Gremien:**

### Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

### Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

### Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

### Fachgruppen (FG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

## Codierungsliste

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

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

**A) Datenblatt für Einrichtungsträger**

**Berichtsjahr:**

**1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers**

	(Code-Nr.)

**2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung**

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

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

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

**Code vorrangiger Kostenträger**

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

**Code Leistungsart**

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

**Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)**

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

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

**Berichtsjahr:**

**1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



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

**Berichtsjahr:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Fortsetzung auf der Rückseite)



- 3.1. psychiatrische Erstdiagnose**  
0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhaftige Störung (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8= keine psychische Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar
- 3.2. Alter bei Ersterkrankung**  
0= trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1= 65 und mehr Jahre; 2= 45 bis unter 65 Jahre; 3= 25 bis unter 45 Jahre; 4= unter 25 Jahre; 9= Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar
- 3.3. Dauer seit Ersterkrankung**  
0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**  
0= trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1= 10 und mehr Jahre; 2= 5 bis unter 10 J.; 3= 1 bis unter 5 J.; 4= unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9= Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**  
0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**  
0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation (z.B. RPK), Sonderschule o.ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9= Arbeitssituation unbekannt/unklar
- 3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte**  
*Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.*  
0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar
- 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt**  
0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld (ALG) 1; 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/ALG 2/Sozialhilfe zum lauf. Lebensunterhalt, im Rahmen stat. Jugend-/ Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

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

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

## Autorenverzeichnis

<b>Augsburger, Eliane</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen, Ostpassage 7a, 30853 Langenhagen
<b>Batram, Susanne</b>	Dipl.- Psychologin, Hannoversche Werkstätten gem. GmbH, Lathusenstraße 20, 30625 Hannover
<b>Bartusch, Stefan, Dr.</b>	Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
<b>Bethge, Hans-Jörg</b>	Leitender Psychologe, AMEOS Klinikum Hildesheim, Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Goslarsche Landstraße 60, 31135 Hildesheim
<b>Blanke, Uwe</b>	Dipl.-Sozialarbeiter /-pädagogin, Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str.1, 30623 Hannover
<b>Brylla, Kurt</b>	Leiter der Ambulanz und Leiter der Fortbildung, Winnicott-Institut, Geibelstraße 104, 30173 Hannover
<b>Bunde, Wolfgang</b>	Dipl.-Pädagoge, Sprecher der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Arbeiterwohlfahrt, Deisterstr. 85 a, 30449 Hannover
<b>Dehmlow, Petra</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin, Stephansstift, Leiterin der therapeutischen Wohngruppen, Kirchröder Str. 44, 30625 Hannover
<b>Elgeti, Hermann, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Oberarzt, Sprecher der Fachgruppe Dokumentation, Medizinische Hochschule Hannover, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
<b>Eller, Matthias</b>	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

<b>Fochler, Martin</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Hansastr. 38, 30952 Ronnenberg
<b>Georgiadis, Hildegard</b>	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12A, 30169 Hannover,
<b>Harig, Christian</b>	Dipl.-Sozialwirt, Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE), Rückertstr. 17, 30169 Hannover
<b>Güster, Franz</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie -psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Harnau, Brigitte</b>	Leitung Caritas Forum Demenz, Sozialpsychiatrische Fachpflegekraft, Sprecherin der Fachgruppe Gerontopsychiatrie, Bohlendamm 4, 30159 Hannover
<b>Hemmesmann, Reinhold</b>	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Sprecher der Fachgruppe Legale Sucht Geschäftsführer der SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Janitzek, Rainer F.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Pädagoge, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover
<b>Kimil, Ahmet</b>	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Krätzner, Kathrin</b>	Im Sprecherteam der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit, Jugendwerksiedlung e.V., Bollnäser Str. 18, 30629 Hannover
<b>Lerch-Fricke, Ursula</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nicolaistraße 13, 30159 Hannover
<b>Mahlau, Martin</b>	Dipl.-Sozialwirt (FH), Dipl.-Sozialpädagogin (FH), staatl. anerk. Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation, Pädagogische Werkstatteleitung der Pestalozzi-Werkstatt für behinderte Menschen, Pestalozzistr. 22, 30938 Burgwedel

<b>Mayer-Amberg, Norbert, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bödekerstr. 73. 30161 Hannover
<b>Michel, Horst-Peter, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Team Gemeindepesychiatrie, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
<b>Morri, Sipra</b>	Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover
<b>Noort-Rabens, Ingeborg</b>	Ärztin, Sprecherin der Fachgruppe Kinder- und Jugendliche, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Pohl, Stefan</b>	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Preis, Manfred</b>	Dipl.-Psychologe, Geschäftsführer, Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH, Liebigstr. 6, 30851 Langenhagen
<b>Redslob, Anette</b>	Chefärztin, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Reichertz-Boers, Uwe</b>	Dipl.-Sozialpädagoge, im Sprecherteam der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit, SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Röber, Irene</b>	Dipl.-Pädagogin, Region Hannover, Team Gemeindepesychiatrie, Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Roempler, Andreas</b>	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstraße 6, 30175 Hannover
<b>Rolfes-Neumann, Doris</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover

<b>Schäfer, Therese</b>	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Schlieckau, Lothar</b>	Psychiatriekoordinator, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Schnetzer, Christian, Dr.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychoanalyse, Chefarzt, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
<b>Seelhorst, Rose-Marie</b>	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
<b>Seiser, Rene</b>	Sozialpädagoge, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nicolaistr. 13, 30159 Hannover
<b>Steinmüller, Susanne</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Poliklinik I, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<b>Stosch, von, Petra</b>	Leitung der Familien- und Erziehungsberatungsstelle, Region Hannover, Fachbereich Jugend Neustadt, Schillerstr. 2, 31535 Neustadt
<b>Sueße, Thorsten, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Sprecher der Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst, Interkultureller Beauftragter im Betrieb + Leiter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Tänzer, Andreas</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe Forensische Psychiatrie, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 30515 Wunstorf

<b>Theidel, Michael</b>	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
<b>Thiede, Helmut</b>	Geschäftsführer der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH, Waller Heerstr. 103, 28219 Bremen
<b>Thiermann, Holger</b>	Dipl.- Psychologe, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Tomaske, Sabine</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover
<b>Voigt, Christine</b>	Ltd. Dipl.-Pädagogin, Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH, Prinz-Albrecht-Ring 63, 30657 Hannover
<b>Wachtendorf, Michael</b>	Leitender Psychologe, Sozialpädiatrisches Zentrum, Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover