



Sozialpsychiatrischer Dienst

Region Hannover
JAHRE

Sozialpsychiatrischer Plan 2011 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover





Sozialpsychiatrischer Dienst

Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Plan 2011

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Herausgeber:
Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
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, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover

Matthias Eller

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

Stefan Pohl

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

Manfred Preis

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

Lothar Schlieckau

Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst,
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover

Inhaltsverzeichnis

Zusammensetzung der Fachgruppe "Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan" des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover	2
--	---

Einleitung, Bewertung und Ausblick

Zwischen Abstinenzdogma und toleriertem Rückfall – wie mit Abhängigkeitskranken in der Region Hannover umgegangen wird 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>)	11
Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker zum Schwerpunktthema (<i>Rose-Marie Seelhorst</i>)	13

Schwerpunktthema 2011: Suchtkrankenversorgung

Zwischen Strafkolonie und Wellness Farm 50 Jahre Erfahrung in der Suchtkrankenbehandlung in der BRD unter besonderer Berücksichtigung des Großraums Hannover (<i>Gunther Kruse</i>).....	15
Wohnungslosigkeit und Sucht (<i>Ursula Neubacher</i>)	25
Abseits der Suchtkrankenhilfe und dennoch mittendrin (<i>Reinhold Hemmesmann, Uwe Reichertz-Boers</i>)	30
HALT – ein Alkoholpräventivprojekt für die Region Hannover (<i>Andre Heckert, Monika Pietsch, Friedericke Eicke</i>)	36
Beschreibung der Sucht- und Drogenhilfeentwicklung in der Landeshauptstadt Hannover (<i>Alfred Lessing</i>)	44

Regionale Psychiatrieberichte

Regionale Berichterstattung für das Jahr 2009 (Hermann Elgeti)	48
Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun? (<i>Jörg Gapski, Hermann Elgeti, Matthias Eller, Vera Koch, Stefan Pohl, Manfred Preis, Lothar Schlieckau, Thorsten Sueße</i>)	61

Zielvereinbarungen (<i>Lothar Schlieckau</i>)	72
Bericht der Fachsteuerung Hilfekonferenzen (<i>Therese Schäfer, Irene Röber, Birgit Müller-Musolf, Catrin Lagerbauer</i>)	77

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 11 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (<i>Martin Mahlau</i>)	79
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ (<i>Hermann Elgeti</i>)	80
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (<i>Andreas Tänzer</i>).....	81
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ (<i>Susanne Batram</i>)	82
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (<i>Regina Wilgeroth</i>)	83
Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“ (<i>Alfred Lessing</i>)	85
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (<i>Ingeborg Noort-Rabens</i>)	87
Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ (<i>Reinhold Hemmesmann</i>)	88
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (<i>Ahmet Kimil</i>)	89
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (<i>Uwe Reichertz-Boers, Ira Lesemann</i>)	91
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (<i>Wolfgang Bunde</i>)	93

Sektor-Arbeitsgemeinschaften

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße (<i>Doris Rolfes-Neumann</i>)	95
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße (<i>Hildegard Georgiadis</i>)	96
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße (<i>Andreas Roempler</i>)	96
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (<i>Horst-Peter Michel</i>)	98
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (<i>Sybille Klug, Doris Stelljes</i>)	99
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (<i>Stefan Bartusch</i>)	100
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Medizinische Hochschule (<i>Susanne Steinmüller</i>)	101
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (<i>Sabine Tomaske</i>)	101
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg (<i>Martin Fochler</i>)	102

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepyschiatrie (AKG) (<i>Uwe Blanke</i>)	103
---	-----

Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP) (<i>Lothar Schlieckau</i>)	105
---	-----

Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudstelle (<i>Jürgen Gundlach</i>)	105
--	-----

Sonderteil

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien (<i>Stefan Pohl u. Matthias Eller</i>)	109
---	-----

Ambulante Versorgung

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien im Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover (<i>Stefan Pohl</i>)	109
--	-----

Winnicott-Institut (<i>Kurt Brylla</i>)	112
---	-----

Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten (<i>Rainer Janitzek</i>)	113
---	-----

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>)	113
--	-----

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie (<i>Michael Wachtendorf</i>)	115
---	-----

Stationäre Versorgung

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf (<i>Anette Redslob</i>).....	115
--	-----

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses auf der Bult (<i>Burkhard Neuhaus</i>)	116
---	-----

Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim (<i>Hans-Jörg Bethge</i>).....	117
--	-----

Eingliederungshilfe

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH – THZ (<i>Christine Voigt</i>)	118
---	-----

Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen (<i>Holger Thiermann</i>)	119
---	-----

Arbeitsgruppe 51.10 der Region Hannover, Fachdienst für Jugendliche / Eingliederungshilfe gem. §35a SGB VIII (<i>Kathrin Deiters-Winkler</i>).....	120
Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung (<i>Michael Theidel</i>)	121
Clearingstelle des Fachbereichs Jugend und Familie der Stadt Hannover (<i>Ursula Lerch-Fricke u. Rene Seiser</i>)	123
 Sozialpsychiatrischer Verbund	
Organigramm	124
Codierungsliste	125
Datenblätter A, B und C	127
 Autorenverzeichnis	 131
 Anlagen	
Übersichtskarten der Versorgungssektoren	

Zwischen Abstinenzdogma und toleriertem Rückfall – wie mit Abhängigkeitskranken in der Region Hannover umgegangen wird 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 2011 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?

Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans ist das (stoffgebundene) Abhängigkeitsyndrom. Es werden verschiedene Aspekte der Behandlung und Betreuung Abhängigkeitskranker in der Region Hannover vorgestellt. Die ursprüngliche Planung, stoffungebundene Störungen wie Spiel- oder Onlinesucht in einem Artikel mit zu berücksichtigen, konnte leider nicht realisiert werden.

Eine fundierte wie humorige Einführung in das Thema, die sich unter anderem mit der historischen Entwicklung therapeutischer Haltungen beschäftigt, bietet ab S. 15 der Artikel von Gunther Kruse.

Als Reaktion auf die starke Zunahme von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen hat die Region Hannover im Jahr 2008 das HaLT-Alkoholpräventionsprojekt eingeführt, dessen Arbeitsweise von Andre Heckert, Monika Pietsch und Friedricke Eicke ab S. 36 erläutert wird. Mit dem HaLT-Projekt entstanden ist ein erfolgreich arbeitendes nachhaltiges Kooperationsnetzwerk kommunaler Akteure, das sich schwerpunktmäßig an betroffene Jugendliche und deren Eltern wendet.

Reinhold Hemmesmann und Uwe Reichertz-Boers berichten ab S. 30 darüber, wie sie Menschen, die an einer chronifizierten Abhängigkeitserkrankung in Kombination mit weiteren psychischen Störungen (und evtl. körperlichen Abhängigkeitsfolgeerkrankungen) leiden, mittels ambulant betreuten Wohnens unterstützen können.

Wohnungslose haben häufig Alkoholprobleme und benötigen niedrigschwellige Beratungsangebote, die speziell ihre Bedürfnislage berücksichtigen. Ihre Arbeit als Suchtberaterin mit dieser Klientel beschreibt Ursula Neubacher ab S. 25.

Mit welchen Maßnahmen die Stadt Hannover in den letzten Jahren die psychosoziale und körperliche Verfassung Drogenabhängiger wirksam verbessert und die Anzahl Drogentoter verringert hat, informiert der Artikel von Alfred Lessing ab S. 44.

Die Einschätzung der Verbund-Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ zur allgemeinen Versorgungslage Alkohol- und Medikamentenabhängiger in der Region Hannover hätte ich gerne in diesem Plan gehabt, aber die Fachgruppe hat trotz unserer Nachfrage bedauerlicherweise keinen Artikel für das Schwerpunktthema dieses Plan geschrieben.

Ein „roter Faden“, der sich durch die Artikel des Schwerpunktthemas zieht, ist die Einschätzung, dass Abhängigkeitskranke „dort abgeholt werden müssen, wo sie stehen“. So wird das Abstinenzdogma, an dem sich in der Vergangenheit suchtherapeutische Bemühungen selbstverständlich ausgerichtet haben, inzwischen zunehmend infrage gestellt. Stattdessen verhandeln Helfer mit abhängigen Klienten (idealtypisch betrachtet) „auf Augenhöhe“ über individuell erreichbare („realistische“) Zielsetzungen, wie z. B. (kontrollierte) Reduktion des Suchtmittelkonsums oder Verbesserung der Lebensumstände mittels Substitution von Drogensatzstoffen. Deutlich wird, dass das etablierte System der Suchtberatungsstellen, Entgiftungsstationen, Entwöhnungskliniken und niedergelassenen Fachärzte einen Teil der Abhängigkeitskranken nur eingeschränkt oder gar nicht erreicht und insofern neue flexible Wege beschritten werden müssen. Das ist für mich eine der zentralen Botschaften dieses Schwerpunktthemas. Eine weitere Botschaft sehe ich darin, dass es lohnenswert ist, kommunale Gelder in gut durchdachte Präventionsprojekte zu investieren.

Christian Harig beschreibt ab S. 11 aus Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen, welche Schritte er für eine Integration psychisch Kranker (nicht nur solcher mit Abhängigkeitsproblemen) in die Gemeinde – quasi als Partner „auf Augenhöhe“ – für hilfreich erlebt. Er schaut dabei auf das Rollenverhalten der professionellen Helfer wie auch der (stigmatisierten) Betroffenen selbst.

Der Anteil von Angehörigen psychisch Kranker, bei denen insbesondere eine Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielt, hat in der Angehörigenselbsthilfe nach Angaben von Rose-Marie Seelhorst erheblich zugenommen. Den Artikel von Rose-Marie Seelhorst (ab S. 13) empfinde ich als Hilferuf der Angehörigen, die sich in ihrer schwierigen Situation oft überfordert und alleingelassen fühlen und sich neben Aufklärung und tatkräftiger Unterstützung zunächst einmal einen verständnisvollen Zuhörer wünschen.

Ab S. 48 findet sich die von Hermann Elgeti kommentierte regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2009. Er weist darauf hin, dass die Betreuungsdauer für Menschen mit seelischer Behinderung im ambulant betreuten Wohnen (abW) von 2001 bis 2006 kontinuierlich angestiegen ist und sich 2008 und 2009 auf diesem Niveau gehalten hat. Demgegenüber ist der psychosoziale Risikoscore als Indikator für den Schweregrad der Erkrankung bei den mittels abW betreuten Patienten seit 2001 kontinuierlich gefallen. Bedeutet das, dass der Schweregrad der Beeinträchtigung durch das abW abgenommen hat im Sinne eines Maßnahmeerfolgs? Oder kommen in das abW einfach vermehrt Patienten, die weniger stark beeinträchtigt sind? Für mich dieses Mal besonders wichtig ist die Auswertung der Zahlen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Es zeigt sich ein merklicher Anstieg der sowieso schon sehr hohen Fallzahlbelastung pro Vollzeit-Fachkraft in den regionseigenen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen auf dem Gebiet der Landeshauptstadt, aus der sich ein Hinweis auf die Notwendigkeit von personellen Aufstockungen ergibt.

Abgedruckt ist zudem ab S. 61 ein Artikel aus dem „Sozialbericht Nr. 7“ (Berichtsjahr 2009) der Region Hannover von Jörg Gapski und anderen, in dem allgemeine Sozialdaten mit denen des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf Zusammenhänge abgeglichen werden. Hier findet sich eine Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und psychiatrischem Hilfebedarf, womit sich ein vermuteter Zusammenhang bestätigt.

Zum Sachstand der Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien in der Region Hannover gibt der Sonderteil ab S. 109 Auskunft.

Ab S. 79 berichten die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes (Fachgruppen, Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Sektor-Arbeitsgemeinschaften, Ombudsstelle) über ihre Arbeit (Berichtsjahr von Mitte 2009 bis Mitte 2010).

Was ist aus meiner Sicht noch im Jahr 2011 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Seit dem 1. Januar 2011 ist der Verfahrensablauf bei der Verfügung vorläufiger Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG auf dem Umlandgebiet der Region Hannover demjenigen auf dem Gebiet der Landeshauptstadt angeglichen worden. Insofern gibt es im zehnten Jahr der Regionsbildung endlich im gesamten Regionsgebiet einheitliche Verfahrensabläufe. Das bedeutet, dass auch im Umland Personen, die wegen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung infolge einer psychischen Störung gemäß § 18 NPsychKG vorläufig eingewiesen werden sollen, persönlich vom A-Dienst der Berufsfeuerwehr der Stadt Hannover angesehen werden, wonach dieser vor Ort über die Zwangseinweisung entscheidet. Der A-Dienst der Berufsfeuerwehr ist dabei in den Fällen, in denen eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann, „rund um die Uhr“ für das komplette Regionsgebiet zuständig.

Die Verträge zur selektiven integrierten Versorgung schizophrener Kranker in Niedersachsen mit der AOK, die ab Januar 2011 nach und nach in allen Landkreisen landesweit umgesetzt werden sollen, werden uns in diesem Jahr in der Region Hannover sicherlich als ein umstrittenes zentrales Thema beschäftigen. Die große Nähe der von der AOK mit der Umsetzung beauftragten Managementgesellschaft „I3G“ zu dem Pharmakonzern Janssen-Cilag ist einer der wesentlichen fachlichen Kritikpunkte. Ein anderer wesentlicher Kritikpunkt besteht darin, dass die psychiatrischen Kliniken in der Region Hannover keine Vertragspartner sind. Ich halte es für sinnvoll, wenn die Kliniken verbindlich mit in das Versorgungskonzept eingebunden wären. Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie beschäftigt sich in seinen Sitzungen im Februar, März und April 2011 mit dieser Thematik.

Nach erfolgreichem Austausch in allen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover mit ihren jeweils zuständigen Jugendhilfeeinrichtungen im Jahr 2010 streben wir für das Frühjahr 2011 eine auf diesem Erfahrungsaustausch basierende schriftliche Leitlinienvereinbarung zur Kooperation zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Jugendhilfe insbesondere in Fragen der möglichen Gefährdung von Kindern psychisch kranker Eltern an. Das Projekt der Landeshauptstadt Hannover zur Ermöglichung von Patenschaften für Kinder, die mit psychisch erkrankten Eltern zusammenleben, ist seit letztem Jahr angelaufen.

Im Rahmen des Verbundprojektes zur Verbesserung der Betreuungskontinuität von psychosekranken Männern unter 25 Jahren werden ab 1. März 2011 für ein Jahr in allen psychiatrischen Kliniken in der Region Hannover junge Männer mit einer funktionellen Psychose mittels Fragebogen interviewt zu ihren Wünschen bezüglich ihrer augenblicklichen stationären Behandlung, einer evtl. ambulanten Nachsorge und ihren persönlichen Zielsetzungen außerhalb der medi-

zinischpsychiatrischen Behandlung. Die anonymisierten Fragebogen werden 2012 zentral vom Sozialpsychiatrischen Dienst ausgewertet, um dadurch möglicherweise nützliche Hinweise auf die tatsächlichen Anliegen und Erwartungen dieser Klientel zu erhalten. Die Ergebnisse sollten dann wiederum in die Planung angemessener Hilfen für die betroffenen jungen Erwachsenen einfließen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · 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 Hannover*

„Das Problem sind die Normalen...“ (frei nach Lütz)

Seit nunmehr zehn Jahren verfolge ich die Veröffentlichungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region bzw. Stadt Hannover. Zum Thema dieses Jahres „Sucht“ hat sich unser Verein bisher kaum engagiert. So nehme ich mir die Muße, zum obigen Zitat Stellung zu nehmen, trifft es doch den Nagel auf den Kopf. Psychisch kranke Menschen sind Menschen „Wie Du und Ich“. Grundlage einer auf gleichberechtigte Teilhabe psychiatrieerfahrener Menschen am gesellschaftlichen Leben zielenden Praxis sind das Grundgesetz, die UN-Behindertenkonvention und die darin enthaltenen Regeln der Inklusion und der solidarischen Bürger- und Bürgerinnengesellschaft. Sie sind neben ihrer Ersterkrankung gesellschaftlichen Verhältnissen ausgesetzt, die dazu beitragen, dass Normabweichung und menschliches Leid unbesehen für krank und für behandlungsbedürftig erklärt werden. Nach wie vor verhindert ihre Stigmatisierung in nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen, dass sie angemessene Hilfen finden und ihre Potentiale entwickeln und zeigen können. Zu fordern ist vielmehr, dass auch sie in ihrer Vielfalt und Bereicherung wahrgenommen werden.

Sie beginnen, sich nicht mehr über Dritte vertreten zu lassen, sondern verstehen sich zunehmend als Experten in eigener Sache mit Psychiatrie-Erfahrung aber auch mit darüber hinausgehenden ganz unterschiedlichen Ressourcen. Indem unser Verein eigenständig handelt, eine Kontaktstelle betreibt, nach außen präsent ist und seine Interessen selbstständig wahrnimmt, verabschiedet er sich aus eigener Sprachlosigkeit und noch so fürsorglich gemeinter Stellvertretung durch andere. Wir wirken so dem Schicksal von Minderheiten entgegen, die einsam, stigmatisiert und entmündigt werden, wenn ihnen lediglich Hilfen geboten werden, die nur im Rahmen des Vorgegebenen motivieren, anpassen und zur Vergabe von Unterstützung bereit sind. In einem derartigen Umfeld erscheinen von Eigensinn geprägte Menschen nicht als Motoren vorwärts treibender Entwicklung, was sie in Wirklichkeit sind. Sie machen doch Themen öffentlich, die lange tabuisiert wurden, aber immer mehr Menschen erfasst.

Indem wir uns organisieren, schöpfen wir Mut, das unter derzeitigen Umständen nicht Erträumbare in Visionen umzusetzen. Wir wirken einer Entwicklung entgegen, die sich vorschnell und allzu

bequem im bestehenden Mangel einrichtet und dazu beiträgt, dass von ihm betroffene Menschen zwangsweise untergebracht, behandelt und betreut werden oder langfristig im Heim sowie in anderen exklusiven Einrichtungen landen. Vorherrschende psychiatrische Behandlungsweisen benachteiligen gesellschaftliche Gruppierungen, die unverhältnismäßig oft von Armut und damit von Zwangseinweisungen betroffen sind. Bereits dies weist darauf hin, dass psychiatrische Hilfen sich auch auf unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen beziehen und sich auf ihr eigenes Weltbild hin hinterfragen lassen müssen, sollen sie dem Rahmen einer pluralistisch verfassten, rechts- und sozialstaatlich organisierten Gesellschaft gerecht werden.

Je vielfältiger die in der Selbsthilfe vertretenen Milieus sind und je mehr ihre Kontakte in nicht psychiatrische Bereiche hineinragen, desto stärker können sie sich an den Bedürfnissen unterschiedlicher Milieus im Gemeinwesen orientieren. Dieser Anspruch gilt gleichermaßen auch für professionell Tätige. Dieser kann aber durchaus in Konflikten zu Gruppierungen geraten, die sich im psychiatrischen Ghetto wohnlich eingerichtet haben, was nicht zuletzt auch für viele in der Psychiatrie professionell tätige Menschen gelten dürfte.

Immer wieder stieß bzw. stoße ich auf Menschen mit vergleichbaren Interessenlagen, Lebensläufen und Zielsetzungen, so dass Vernetzungen zunehmen und die psychiatrische Selbstbeschränkung an Bedeutung verliert. So hat unser Verein seit langem den Bereich klassischer psychiatrischer Selbsthilfe verlassen und sich individuell sowie als Gruppe mit ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Einrichtungen wie Behinderteneinrichtungen, Gewerkschaften, Parteien, Kirchen, Freizeiteinrichtungen, Bürgerinitiativen und Vereinen vernetzt. Ich begreife mich als ein Motor dieser Entwicklung und Ansprechpartner für besondere psychiatrische Belange. Unsere Vereinsräume bieten insofern Ansprechort und Zufluchtsraum.

Auf dem beschriebenen Wege sollen, individuell wie kollektiv, Kompetenzen und Selbstbewusstsein psychiatrieerfahrener Menschen gestützt und ausgebaut sowie unter anderem milieugebunden und interessenorientiert Wege zurück in die Gesellschaft eröffnet werden. Eine über das „psychiatrische Ghetto“ hinausführende praktizierte Inklusion in die Gesellschaft betreiben wir offen, viele individuell und eher im Verborgenen, seit etlichen Jahren. Eine stärkere Zusammenarbeit mit allen gesellschaftlichen Bereichen wäre sinnvoll.

Die Aufgabenfelder professionell Tätiger würden sich damit in Richtung eines „Integrationslotsens“, Multiplikators, Sensibilisator und Fortbildners unterschiedlicher beteiligter Gruppen verändern.

Auf unterschiedlichen Wegen versuchen wir, benachteiligten Menschen im Sinne eines Integrationslotsens neue Wege in die vielfältigen Milieus unseres Gemeinwesens über Wort, Gespräch, Aktion und Konflikt zu eröffnen. Insbesondere Aktivitäten außerhalb des psychiatrischen Bereichs zeigen Gemeinsames wie Unterschiedliches mit Menschen in anderen aber auch vergleichbaren Lebenslagen und sind so geeignet, Stigmatisierungen über Worte hinaus emphatisch und mit Entschiedenheit entgegenzuwirken. Wir erfahren so, wer und was uns in unserem je besonderen Leben wirklich hilft, und, wo wir nichts als hohle Phrasen finden. Dabei gilt es, sich Kenntnisse in den Milieus anzueignen, Verbündete zu finden und Synergien herauszubilden, die Doppelarbeit überflüssig, integratives Arbeiten fruchtbar und bereichernd und das Arbeiten als Integrationslotse der Tendenz nach überflüssig werden lassen, indem sich aus anfänglichen Einzelhilfen strukturelle Änderungen herausbilden.

Nach wie vor sind psychisch kranke Menschen besonderer Stigmatisierung ausgesetzt. Es ist daher nur allzu verständlich, wenn sie sich in ihrer Normabweichung nicht offen zeigen, können sie doch allzu oft miterleben, was psychisch kranken Menschen geschehen kann, sofern sie die ihnen zugewiesene Rolle verlassen und differenziert und sachkundig, aber vom gerade gängigen Mainstream abweichend argumentieren. Dann suchen etliche Menschen doch ihr Heil in stigmatisierender Abgrenzung, denn in von Toleranz getragener Zusammenarbeit. Schutz finden wir dann nur im Zusammenspiel mit Menschen, die sich auch in krisenhaften Situationen als wirkliche Partnerinnen und Partner zeigen. Und davon gibt es viele. Aber oft andere, als es im ersten Moment den Anschein hat. Als Stichworte gemeinsamer Aktivitäten nenne ich hier Teile unserer Interessenvertretung, das Skulpturenprojekt in Hainholz sowie Präventions- und Reha-Sport, aber auch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit mit anderen Gruppen. So nenne ich hier nur den Leitartikel des Mitgliedermagazins der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie „psychische Erkrankungen“ im November 2010, in den ich einbezogen war, und mein Referat am 29. Januar 2011 beim DGB-Ortskartell Lehrte „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz auf dem Vormarsch“. Das Thema erreicht den Kern unserer Gesellschaft und verbessert so die Chancen der Zusammenarbeit und verlässt sein Nischendasein. Dieser Entwicklung sollten sich alle stellen, die im psychiatrischen Geschehen engagiert sind.

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.*)

Hilfebedarf von Angehörigen psychisch Kranker mit Suchtproblemen

Der Anteil von Angehörigen, die über die zusätzliche Problematik mit Alkohol und/oder illegalen Suchtmitteln bei ihrem psychisch kranken Familienmitglied klagen, hat nach meiner Wahrnehmung erheblich zugenommen. Vor allem bei den jüngeren psychisch kranken Menschen.

In den betroffenen Familien herrscht meistens Ratlosigkeit. Es kommt häufig zu heftigen Auseinandersetzungen. Wie soll man der Katastrophe, in die alle Beteiligten sich schliddern sehen, entkommen? Wie mit der Verwehrlosung des Kranken und seiner Gewaltbereitschaft umgehen?

Die Angehörigen fühlen sich in dieser Situation vom behandelnden Arzt im Stich gelassen. Von ihm erwarten sie eine aktive Behandlung und die dringend nötige Begleitung des Kranken.

Die Mehrzahl der Angehörigen von Kranken mit ‚Doppeldiagnose‘, die ich kennen gelernt habe, sind bereit, sich für ihren Kranken einzusetzen. Aber sie brauchen aktive Unterstützung durch den Arzt, bzw. seine Helfer.

Nötig ist u. a. kompetente, zupackende Hilfe im Alltag und jederzeit erreichbare Krisenhilfe für alle Beteiligten.

Für psychisch Schwerkranke genügt das Behandlungsangebot der Ärzte nicht. In ihrer Not wenden sich viele Angehörige an unsere Arbeitsgemeinschaft (AANB), fragen, beschweren sich und brauchen erst einmal Trost, um wieder handlungsfähig zu werden.

Jeder Hilfesuchende kann sich montags bis freitags zwischen 10.00 und 13.00 Uhr an unsere Telefonbereitschaft (0511/62 26 76) wenden. Unsere erste Hilfe besteht im geduldigen Zuhören.

Wir stellen Kontakte her, vermitteln Adressen, z. B. von Angehörigengruppen oder - bei dringendem Handlungsbedarf – von dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst. Wir informieren über Krankheitsbilder und mögliche Hilfe, versenden Einladungen zu Informationsveranstaltungen und empfehlen Fachliteratur.

Im Gruppengespräch erlebe ich Verzweiflung bei den betroffenen Angehörigen, Tränen und Empörung über die Mängel in der Versorgung. Gerade psychisch kranke Menschen mit zusätzlicher Suchtproblematik verlangen von ihren Familien das Äußerste an Verständnis.

Ich möchte Angehörigen von psychisch Kranken mit Doppeldiagnose dringend raten, sich einer Gruppe anzuschließen. Auch wenn jeder ‚Fall‘ wieder ein bisschen anders liegt, gibt es ein Grundverständnis zwischen den Angehörigen psychisch Kranker. Hier in der Gruppe kann berichtet werden, ohne verständnislose Rückfragen, z. B. nach der Ursache der Problematik befürchten zu müssen.

Anschrift der Verfasserin:

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

Schwerpunktthema 2011: Suchtkrankenversorgung

Zwischen Strafkolonie und Wellness-Farm

50 Jahre Erfahrung in der Suchtkrankenbehandlung in der BRD unter besonderer Berücksichtigung des Großraums Hannover

von Gunther Kruse (*Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Langenhagen*)

Der Leser dieses Artikels würde hoffentlich bei meinem Anblick so höflich sein, sich zu fragen, ob es sein kann, dass ich derjenige sein soll, der über 50 Jahre Suchtkrankenbehandlung aus eigener Erfahrung berichten kann. Genau genommen sind es auch nicht 50 Jahre, sondern nur 35, die davor liegenden 15 Jahre ähneln aber durchaus der Zeit in den 60er und 70iger Jahren.

Ärzte, Alkohol und Absolutismus

Der Leser muss wissen, dass es in der Natur der Sache liegt, dass Arzt und Suchtkranke sich aus dem Weg gehen. Diese Doktrin hat Manfred Bleuler in seinem Buch „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin“ aufgestellt und wo er, Bleuler, recht hat, hat er recht.

Das Sichausdemwegegehen ist darin begründet, dass wir Ärzte unsere Studienplätze nur mit einem NC unter Null erhalten haben und deshalb von Geist besessen sein sollten. Da dieser aber nicht im Trockenen wohnt, wie schon der Heilige Antonius 400 Jahre nach Christus sicher wusste, indem er darauf hinwies: „Spiritus non potest habitare in sicco“, was auf Deutsch heißt, dass der Geist eben nicht im Trockenen wohnt, musste die Annäherung scheitern.

In dasselbe Horn stößt Horaz, wenn er von sich gibt, dass Gedichte, die von Wassertrinkern geschrieben worden sind, nicht lange Gefallen erregen könnten und dass des Weiteren Aristoteles mit seinen Alkoholkonsumstudien beiträgt, dass „diejenigen, welchen von anderen alkoholischen Getränken berauscht werden, nach allen Seiten fallen und zwar nach links, nach rechts, nach vorne, allein diejenigen, die vom Gerstengebräu betrunken seien, nach hinten fielen und auf dem Rücken liegen blieben.“ Diese Erkenntnis hat i.Ü. noch nicht ausreichend Eingang gefunden in das Wissen der Aufnahmeärzte.

Dazu verkündet einige hundert Jahre später im 12. Jahrhundert Hildegard von Bingen mit ihrem Buch „Causae ad cura“, die darin die Meinung vertritt, dass, nur wenn der Mensch gesund sei, es ihm nicht schade, zwischendrin auch mal Wasser zu trinken.

In Schlagerform bieten diese Erkenntnisse in den 50iger Jahren die Drei Peheiros feil, denn sie singen: „Wasser ist zum Waschen da, falleri und fallera, auch zum Zähneputzen, kann man es benutzen“, zu mehr aber auch nicht!

Ein anderes Schicksal erlitt Loriot, weil er in seiner gesamten Schulzeit keinerlei Champagner zu trinken bekam, denn diesen hatte sein Vater ihm nur dann in Aussicht gestellt, wenn er in den Fächern Griechisch und Mathematik fehlerfreie Arbeiten abgab.

Bei all diesen gewichtigen Hinweisen auf die Nachteile der Alkoholabstinenz fällt es uns Ärzten zusätzlich schwer, die Pflichten der Trockenlegung unserer Alkoholiker auf uns zu nehmen, denn wir erschweren uns die Arbeit seit Jahren künstlich, wenn wir merkwürdigerweise in der Therapie Alkoholabhängiger, aber auch weitergefasst in der Behandlung sämtlicher anderer Suchterkrankungen, über Jahrzehnte sonderbare ultimative Forderungen und Dogmen unwidersprochen als Standards jedweden Therapieauftrages aufstellen. Nicht nur, dass man vor der Therapieaufnahme seinen Tiefpunkt erreicht haben sollte (man hatte in der Gosse angekommen zu sein), nein auch, dass der Entschluss, an seinem Trinkverhalten etwas zu ändern, aus tiefster Eigenmotivation geschöpft werden musste (wehe, es entstand der Eindruck, dass in Wirklichkeit nur Ehefrau oder Arbeitgeber dahinter stecken). Zudem sollte die Abstinenz vor Therapiebeginn eintreten und das Vorhaben verbunden sein mit dem Gelöbnis nunmehr ewigwährender Trockenheit. Verwunderlich bleibt, warum daran keiner Anstoß nahm, würde man doch bei einem Diabetiker auch nicht die Normalisierung des Blutzuckers zur Vorbedingung der Insulingabe machen oder bei einem psychotischen Patienten das Einstellen des Stimmenhörens der Neuroleptikgabe vorausgehen müssen. Ebenso klar ist, dass die Behandlung der beiden beispielhaft zuletzt genannten Patienten-Gruppen lebenslang zu passieren hat, während man bei einem Suchtpatienten nach einem Rückfall (eigentlich dem Wiederauftreten eines Symptoms) die Therapie als gescheitert erklärt und den Patienten als einem hoffnungslosen Fall ansah (ansieht?).

Patienten und Therapeuten: abgeschoben?

In der Zeit der 60er und 70er verhielt es sich so, dass man wegen Trunksucht, Rauschgiftsucht oder Verschwendung entmündigt werden konnte (§ 6 BGB). Diese Maßnahme diente nahezu ausschließlich dazu, die betroffenen Kranken geschlossen unterzubringen, niemals in der Hoffnung, dass sie durch eine solche Unterbringung wohlmöglich instand gesetzt würden, zukünftig ein trockenes Leben zu führen, sondern überwiegend deshalb, weil sie ihrer Familie nicht mehr zur Last fallen sollten oder die Ärzte keine Vorwürfe hören mussten, sie hätten sehenden Auges den Alkoholiker in seine Leberzirrhose oder in sein Korsakow-Syndrom geraten lassen.

Im wohlbekannten früheren Landeskrankenhaus Wunstorf hatten wir für alle Suchtkranke eine Außenabteilung, Bad Rehburg, die sich durch einen relativ kleinen klinischen Bereich auszeichnete, aber ansonsten massenhaft Patienten hinter einem Zaun verwahrte, die entweder von sich aus entwichen, dabei handelte es sich um die Pfiffigen, und natürlich alkoholisiert wieder eingefangen wurden oder diejenigen, die nach 2jähriger gelungener Unterbringung es einmal verdient hatten, beurlaubt zu werden, im Übrigen mit dem gleichen Erlebnis wie bei den Flüchtigen, sie kamen alkoholisiert zurück.

Da der nüchterne, untergebrachte Alkoholiker üblicherweise ein pflegeleichter Fall ist, war das Personal zufrieden, zumal man zwischenzeitlich auch bei Personalmangel mit den Patienten plaudern konnte, vor allem aber, weil diese ihm auch einen nicht unerheblichen Teil der Arbeit abnahmen und darüber hinaus so der Pflegesatz niedrig gehalten werden konnte, weil es sich fast ausschließlich um sogenannte mithelfende Patienten handelte. Also entweder beteiligten sie sich an Ackerbau und Viehzucht oder waren im Küchendienst oder in der Hauspflege eingeteilt. Kurzum, ein harmonisches System, was sich selbst aufrechterhaltenden Charakter hatte, darüber hinaus den Vorteil aufwies, dass das dort arbeitende Personal aus beschriebenen Gründen

kein Interesse daran hatte, aufwändige Heilungsprozesse in die Wege zu leiten, das hätte auch die stets bestätigte Aussichtslosigkeit solcher Interventionen reduziert.

Zudem war das Personal, was dort und bundesweit in gleichgearteten Einrichtungen zum Einsatz gekommen war, nicht selten aus „gutem Grund“ abgewandert worden aus den psychiatrischen Bereichen, in denen man immerhin Hoffnungen hatte, gelegentlich Patienten zu bessern oder gar in die Gemeinde wieder entlassen zu können.

Kurzum, wenn es nicht der Wohnort war, unmittelbar neben der Klinik, war es nicht selten das Desinteresse am psychiatrischen Geschehen oder sogar die Unfähigkeit, sich daran zu beteiligen, was die Mitarbeiter in die Suchtarbeit führte. Auch jetzt gelangt man i.Ü. nur auf Unwegen dorthin, ich wette, dass keine/r der Leser/Innen hatte nach Schul- oder Studienabschluss den Berufswunsch, Suchttherapeut zu werden.

Ich selbst bin im Übrigen ein gutes Beispiel dafür, denn nachdem mein Vorgänger Dr. Baumann als ÄL des Trockendocks Sebaldsbrück in Bremen seinen Hut genommen hatte, fand man jahrelang keinen Nachfolger, bis man sich sagte, dann können wir ja auch den 34jährigen Kruse nehmen, der hat ja schon ein paar Monate in der Sucht gearbeitet und wenn er das von Schließung bedrohte Unternehmen Sebaldsbrück vergeigt, ist es auch nicht schlimm, ist ja nur die Sucht, wenn er es schafft, umso besser.

Therapeutischer Nihilismus

Der Gerechtigkeit halber muss man aber zugeben, dass es auch damals schon einzelne Therapeuten gab, die der Meinung waren, man müsse sich engagieren, man könne bei den Patienten doch etwas bewirken, die sich dann mit einem solchen Übereifer, gewissermaßen auch mit Überfütterung durch AA-Parolen, (es mag sein, dass tragende Komponenten dieser Sichtweisen aus der verdienstvollen Bewegung der AA stammen, die sehr stark am Absoluten orientiert ist und auch die Willensschwäche als Element des Alkoholismus perpetuiert, z.B. ablesbar am 6. Schritt der 12 Oxford-Prinzipien der AA: „Wir sind vorbehaltlos bereit, unsere Charakterfehler von Gott ausmerzen zu lassen.“) der Sache widmeten, dass dies auch wiederum nur enttäuschend verlaufen konnte, mit dem daraus resultierenden Rückzug, weil man doch alles gegeben, sich engagiert gezeigt, sich aufgeopfert, gar in der Freizeit sich mit dem Patienten abgegeben hatte, um deren Rückführung in die Familie oder deren Gemeinde sicherzustellen.

Kurzum, diese Therapeuten gehörten dann nicht nur zur desinteressierten Gruppe, sondern auch zur enttäuschten, resignierten und von daher subversiven Suchttherapeutentruppe.

Aus meiner Freiburger Universitätszeit in den frühen 70er Jahren habe ich noch die Anekdote zur Verfügung, dass dort, obwohl sonst Alkoholiker in Universitätskliniken üblicherweise nicht aufgenommen wurden, sondern gleich in das sogenannte nächstliegende, womit aber 100 km Entfernung gemeint war, Landeskrankenhaus eingewiesen wurden, dann Alkoholiker aufgenommen wurden, wenn man als Arzt seine Habilitation verfasste und von daher aus Forschungsgründen wenig Zeit hatte zur Beschäftigung mit „richtig psychisch Kranken“. Der gerade verstorbene

Erich Wulf hatte in Freiburg bei den Pflegern den Ruf, sich besonders intensiv um Alkoholiker zu kümmern, weil man bei denen überhaupt nichts zu machen brauchte, weil die untergebrachten Alkoholiker in der Universitätsklinik Freiburg ein göttergleiches Leben führen konnten, allerdings nur so lange, wie sie abstinente blieben. Sie hatten eine universitäre Atmosphäre auf der Station, das Essen war vorzüglich, die Bibliothek nicht von schlechten Eltern, man musste nur mit vorzeigbarem Zipperlein seinen Aufenthalt verlängern und versperkte damit akut Schizophrenen den Einzug die Universitätsklinik, denn die wurden dann nach Emmendingen oder in weiter entfernte Einrichtungen eingewiesen.

Ein weiteres Schankerl aus der Frühzeit meiner jetzigen Klinik will ich dem Leser nicht verhehlen, weil dort nämlich ein besonders leistungsfähiger, schließlich sich als Neurologe niederlassender Kollege fragte, was er denn nach der Visite den restlichen Tag mit diesen Alkohol-Patienten überhaupt machen solle. Er schlug mir vor, in der übrigen Zeit, wenn es keine Akutaufnahme gäbe, auf einer anderen Station aushelfen zu wollen. Das ist Ausdruck seines Fleißes, aber auch Ausdruck dessen, wie man noch in den frühen 80iger Jahren glaubte, mit Alkoholikern umgehen zu können und zu sollen. Auf jeden Fall vermittelt es die Vorstellung, dass man mit Alkoholikern zu sprechen, vermeiden sollte.

Drogenabhängigkeit: Modeerscheinung oder Krankheit?

Wendet man seinen Blick auf die Drogenabhängigen, so galt die Drogenabhängigkeit in der Hochschulpsychiatrie als gesellschaftspolitisches Ereignis, als ein modischer Event, der keiner psychiatrischen Behandlung bedürfe. Insofern übte sich beispielsweise die Medizinische Hochschule Hannover in jahrelanger, will nicht sagen jahrzehntelanger Abstinenz, was die Behandlung von Drogenabhängigen anging. Auch die übrige Psychiatrie abstinierte eigentlich auf diesem Gebiet, so dass Sozialarbeiter und Psychologen sich Kenntnisse und Wissen aneigneten, die sie zu Experten auf dem Terrain machten und enttäuscht waren, als die Ärzte entdeckten und nachfolgend auch die Rentenversicherungen bzw. die Kostenträger, dass medizinisches know how vielleicht auch nötig sein könnte, sogar auch in einer längerfristigen Entwöhnungstherapie.

Was die damalige Akutbehandlung von Berliner-Tinke-Nehmern anging, so konnte man hier als Arzt eindrucksvolle schwerste Entzugsverläufe erleben, wo die Patienten sich vor Schmerzen krümmten, am liebsten die Wände drauf und runter gegangen wären und auch ansonsten körperlich schwerste Pein erlitten. Dies verebte mit der abnehmenden Qualität der eingenommenen Ware, was in diesem Fall ja durchaus ein Vorteil hätte sein können, wenn nicht zeitgleich die ganzen körperlichen Nebenerscheinungen, die brauche ich hier nicht zu erwähnen, aufgetaucht wären und zeitweilig zum eigentlichen Problem der Behandlung quoad vitam wurden. Ob die Polamidonsubstitution nun zur Reduzierung der kriminellen Übergriffe oder aus humanitären Gründen zur Leidenslinderung eingeführt wurde, will ich einmal dahingestellt sein lassen, jedenfalls ist das Runterkommen vom Polamidon, wenn es mal gewünscht wird, keineswegs ein Honigschlecken.

Zu erwähnen ist zumindest noch die neuerdings mögliche Morphinsubstitution.

Im Zusammenhang mit der Idee, man könne Drogenabhängige auch behandeln, die im Übrigen,

zumindest in der Anfangsphase, für uns junge Ärzte viel interessanter waren als die mittelalterlichen Alkoholiker mit ihren konventionellen Ansichten, spielte Hilarion Petzold unter Rückgriff auf Fritz Pearls eine schubfördernde Rolle, während bei den Alkoholikern einzelne Lichtfiguren, dadurch dass ihre Kliniken einen guten Ruf erlangten, eine Rolle spielten. Ob der Ruf zu Recht bestand oder nur die Aura des Chefarztes dies begründete, kann dahingestellt sein.

Bundesweit federführend war die damalige Nervenlinik Langenhagen, die sich um ein Pilotprojekt zur Entgiftung von Drogenabhängigen in enger Kooperation mit der Therapiekette Niedersachsen bewarb, mit dem Ergebnis, dass 1976 hier eine Station für Patienten eröffnet werden konnte, die nicht nur zur Entgiftung aufgenommen wurden, sondern für die praktisch der Weg geebnet war in eine weiterführende Behandlung, die, wie schon angedeutet, sich damals auf 1 ½ Jahre in der freien Natur erstreckte.

Sucht doch Krankheit?

Nach der „Empfehlungsvereinbarung“, einige Jahre nachdem die Suchterkrankung vom Bundessozialgericht überhaupt erst als Krankheit anerkannt worden war, stellten dann Rentenversicherer den Kurs bei den Alkoholikern von Verwahrung auf Therapie und wohlstandiges Ambiente um. In dieser Zeit musste ich die von mir geleitete Klinik in Bremen umstaffieren auf 1 und 2 Bettzimmer mit grünem Anstrich, wenn möglich mit Balkon und für jeden eine Nasszelle, entsprechende Bestuhlung oder besser Besesslung, so dass inmitten eines kargen Krankenkassenareals nicht ibis-, sondern dorinthhotelartige Zustände entstanden, ein Interieur, das den dafür vorgesehenen Patienten erst- und wohl auch letztmals in ihrem Dasein in dieser Pracht zur Verfügung gestellt wurde.

Zuvor hatte sich bei den Drogenpatienten die Idee entwickelt, dass man in kleinen therapeutischen Wohngemeinschaften, am besten mitten in einem Wald in 1 ½ Jahren die nicht zustande gekommene oder unterbrochene Entwicklung in ein Erwachsenenendesein nachzuholen haben könnte, mit schrittweisen Annäherungen an gefährliche Großstadtzonen, Beschulung, dortselbst mit schließlich ansprechenden Nachsorgeprogrammen oder Adaptionsphasen bis man dann verwaltungsseitig die Zeiträume verkürzte, ohne dass sich die Behandlungsergebnisse verschlechtert hätten, weiterverkürzte, das Familiäre eindampfte auf Großgruppen und aus Praktikabilitätsgründen näher an die Großstadt rückte bis hin zu dem jetzigen Zeitpunkt in Hannover, wo unter Totalaufgabe des ursprünglichen Konzeptes eine hübsche Großeinrichtung für Entwöhnungszwecke auf dem Kronsberg (70 stationäre und 32 ganztägig ambulante Patienten) nicht neu installiert, sondern von einem anderen, gescheiterten Projekt übernommen wurde. Baulich sehr beeindruckend, jedoch kommentarloser Paradigmenwechsel, wie man heute wohl sagt.

Bei den Alkoholikern kam man seitens der Kostenträger zunehmend auf die Idee, dass die Ambulantisierung ihrer Therapie ein Fortschritt sein könnte, vergaß aber dabei, dass ausgerechnet die chronisch mehrfach Geschädigten von diesem Angebot überhaupt nicht profitieren können, stattdessen ein neues Fass, nicht zu Unrecht, geöffnet wurde für Patienten, die bis dahin noch nicht im Focus der Betreuer bzw. Kostenträger waren. Aber, weil man nun ein ambulantes Angebot mit entsprechenden Vertragspartnern hatte, wurde die Aufenthaltsdauer bei einer völlig anderen Patientengruppe mit dem Verweis auf das neue Angebot zeitlich eingeschränkt, dies

unter fachlicher Mithilfe der Damen und Herren des Medizinischen Dienstes, die nicht selten aus Kliniken stammten, in denen sie nicht mehr reüssieren konnten.

Immerhin erhob Wienberg warnend seine Stimme bzw. schrieb sogar ein Buch über die vergessene Mehrheit, was ebenso viele Erwähnungen auf Vorträgen fand, wie die Idee von Körkel und seinen Freunden, nicht so sehr das erhoffte Ergebnis der immerwährenden Trockenheit, sondern den normalen Verlauf, nämlich den der Rückfälligkeit, ins Visier zu nehmen, also mehr auf dieses Gebiet das Augenmerk zu lenken, als auf diejenigen, die es schafften.

Wir, aber nur wir, wissen, wie es geht: Teamarbeit über alles!

Wegen der Sonderrolle, die die Suchttherapeuten in den psychiatrischen Großeinrichtungen zunehmend annahmen, entwickelten sich hier auch zunehmend Persönlichkeiten, die einen Auftrag in sich spürten, mit den Suchtkranken doch therapeutisch etwas anzufangen. Nicht nur, weil bei Suchtkranken, ich schreibe es einmal krass, jeder mitquatschen zu können glaubte, sondern auch aus ihren eigenen Persönlichkeitsstrukturen und dem Umgang mit ihren Patienten entwickelten sich phasenweise bestimmte allein selig machende Therapievarianten, neben denen andere Komponenten nicht bestehen sollten oder durften. Gab es die Gestalttherapie, so wurde diese bald abgelöst von der So-und-So-Therapie, hin zur Konfrontationstherapie, nach dem Motto, es darf kein Auge trocken bleiben, Übernahme der für einigen Patienten hilfreichen rigiden AA-Regelwerke, der Idee, dass man mit Suchtkranken nur in betonierten geistig therapeutischen Trutzburgen teamgeistmässig zurecht kommen könne, dass nur das Team entscheiden könne, was dem Patienten wohl tut, dass man mit allen Mitteln und Zwecken der Idee, dass Suchtkranke lügen, trügen und tricksen, entgegen treten müsse. Schließlich kam auch noch der Ausdruck spalten hinzu, ein Vorgang, der praktisch nur abgefangen werden könnte durch dauerkommunikative Team-Gefühlsaustauschakte, bis hin zu Supervisionsorgien. Der Einzelne war nichts, das Team alles.

Ein besonders hartnäckiger alter Hut, fast mit Sturzhelmcharakter, ist eben diese sogenannte Teamarbeit und deren siamesischer Doppelgänger: die Stationsregeln. Sie schützen vor allem, aber auch vor allen!! 3fach!! So wie der sogenannte Suchtpatient als Einheit erlebt wird, wird das Team zur Einheit, verwachsen, verwoben, Einzelteile unkenntlich machend, umzäunt von unüberwindlichem Regelwerk.

Dezernententeams, Dreamteams, und es fehlt nicht mehr viel, da werden In der Psychiatrie, vor allem in der Suchtkrankentherapie tätig zu sein, heißt doch, das Hohelied der Teamarbeit zu singen. Es gibt Stationsteams, Handwerkerteams. Fließbandarbeiterteams, wohl auch Geschäftsführungs- und Aufsichtsratsteams.

Ethymologisch leitet sich das Wort Team vom Wort Zaum, Zäumen, Zähmen ab, auch ganz interessant.

KISKER (1988) schreibt: "Team, Sehnsuchtsfigur lastloser, "Spaß" machender Zusammenarbeit einer Generation, welcher seit H.E. Richter das „Lernziel Gruppe" eingeprägt worden ist, soll „jung", „dynamisch", „mobil" und ähnliches sein. So lauten die plakativen Annoncentexte, wenn

ein Team sich bildet oder um Nachwuchs-sende wirbt. Leicht formuliert sich auf den Lippen das Bekenntnis zum Team in ersten Bewerbungsvorstellungen. Im Team kann sich die Person finden, steigern, konturieren; sie kann sich in ihm auch verwischen, auflösen, untergehen. Das Team kann abheben als Quasiperson.

Auch tragische Verläufe wurden bekannt. Der bloße Verdacht nicht teamfähig zu sein, soll schon manchen in nackter Verzweiflung in jahrelange analytische Einzel- und anschließende Gruppentherapie getrieben haben, ganz abgesehen davon, dass Teamarbeit a priori nur möglich zu sein scheint, wenn man neben den Fachvorgesetzten noch einen Supervisor hat, der die Feinabstimmungen und unbewussten Störfelder beackert, um das Team überhaupt am Laufen zu halten.

Der überstrapazierte Anspruch multiprofessionell und -geschlechtlich zusammengesetzter Teams, die Psychiatrie überkommener Couleur auf diese Weise abhängen zu können, kann zu grotesken Verirrungen führen, wenn der einzelne nicht einmal mehr die schlichteste Auskunft oder Anweisung geben darf, wenn Beichten abzulegen sind über Einzelgespräche oder von Teambeschlüssen abweichenden therapeutischen Zugeweisen. Die ständige Antwort: "Das müssen wir noch im Team besprechen" ist ein Hinweis auf eine teilweise ins Absurde reichende "Ent" (mit hartem T)-Verantwortung des einzelnen Mitarbeiters.

Dazu passt die Bemerkung von MARQUARD (1991), dass es zur Hochkonjunktur von Entschuldigungsarrangements kommt, zu einem exorbitantem Sündenbockbedarf, kurzum: zur Kunst, es nicht gewesen zu sein. Mitarbeiterbemerkungen wie: "Davon habe ich nichts gewusst, da war ich im Nachwachenfrei, das hat mir keiner gesagt und anderes" legen Zeugnis ab für die Berechtigung dieser Klage.

Mühselig wurde nun in den vergangenen Jahren, nicht nur beim Patienten die Wiederentdeckung des Subjekts, bei dem Borderline-Patienten die der Eigenverantwortlichkeit angerührt, sondern auch innerhalb der Teams festgestellt, dass sogar der Einzelne einmal entscheiden könne, welches Fernsehprogramm die Patienten abends betrachten dürfen oder ob der eine der anderen schon mal im Klinikgelände spazieren gehen kann, bis hin zu deutlich weiterreichenden einzelnen Entscheidungen, für die man natürlich gegenüber dem Team oder dem Stationsarzt, schlimmstenfalls auch dem Oberarzt eine Begründung auf Lager haben müsste.

Behandlung oder Rehabilitation?

Noch eins!! Im Jahrbuch Sucht 98 ist von HÜLLINGHORST zu erfahren, dass von den 11 300 Therapieplätzen in Suchtfachkliniken 75% ein bundesweites Einzugsgebiet haben und dass witzigerweise dafür jährlich ca 24 000 Entwöhnungsbehandlungen von den Rentenversicherern **genehmigt** wurden. Vielleicht kann ich ja nicht rechnen, aber so sind es offenbar pro Platz 2 Klienten der Rentenversicherer. Eine weitere Frage ist allerdings, ob **genehmigt** auch **angetreten** bedeutet.

Auch darauf weiß ich inzwischen eine Antwort, die ich Frau Kulick von der LVA Rheinland-Pfalz verdanke: Sie beschreibt, dass von rund 1500 Anträgen auf stationäre Entwöhnungsmaßnahmen ca. 900 genehmigt werden, dass weitere 100 die bewilligte Kur gar nicht erst antreten und ca. 250 Kuren nicht plangemäß zu Ende geführt werden. Kurzum nur 40 % der ursprünglichen

Antragsteller erlangen das, was sie wollten und ggf. brauchten. Bei diesem Zugangsansatz gucken also 60% der Patienten in die Röhre bzw. trinken weiter oder müssen sich mit gemeindenahen Varianten begnügen. Wenn das medizinisch betrachtet nicht eine verkehrte Welt ist - oder vornehmer ein „Inverse Car Law“, dann weiß ich auch nicht!!!, zumal man berücksichtigen muss, dass die meisten, eigentlich fälligen Anträge wegen ihrer Ablehnungswahrscheinlichkeit gar nicht erst gestellt werden.

Ein zeitweilig nennenswertes Problem entstand zwischendrin noch, weil durch die Empfehlungsvereinbarungen, die Kosten bzw. Leistungsträger auseinander dividiert sollten und eine nahtlose Übernahme der entgifteten Patienten in den Entwöhnungsbereich nicht mehr möglich war. Da mussten Wochen abgefeiert werden zu Hause, zum Beweis der Tatsache, dass man eine gute Prognose hätte, was natürlich nur wenigen gelang.

Wenn ich richtig informiert bin, hat sich dieses Leck leidlich schließen lassen und wie so oft konnte man auch hier sagen, dass die Verwaltung nicht grundsätzlich Unrecht hat, sondern dass die Komponente „Lass uns mal sehen, was der Patient selber zu leisten im Stande ist“ durchaus Berücksichtigung finden könnte.

Kurzum, man merkt, dass wir so langsam in die Jetztzeit geraten, wo wir, wenn man es bundesweit betrachtet, vielleicht noch gerade verantwortbare drei Wochen der Entgiftung von den Kassen finanziert bekommen, mit Sonderbegründungen sogar auch mehr, auch die Tageskliniken halbwegs mit in Frage kommenden Patienten bestückt werden können und zugleich die Rentenversicherer ihrer Leistungspflicht nachkommen in der Behandlung der Suchtkranken.

Trockenheits- und Selbsthilfezweifel

Auf den Begriff in meiner Überschrift mit der Wellness-Farm bin ich deshalb gekommen, weil ich immer wieder Prospekte zugeschickt bekomme von den entsprechenden Reha-Einrichtungen, teilweise auch von Einrichtungen, die nur Privatpatienten behandeln, – auf Vorkasse –, in denen einem die Saunen, Massageliegen, Schwimmbäder, Sportplätze, Rudermöglichkeiten in idyllischen Seen zuvörderst ins Auge springen und das was noch gemacht wird, natürlich nur in verschriftlicher Form, also schwarz-weiß niedergelegt ist.

Die Lehre am Anfang meines Artikels, dass man nämlich nur notfalls Wasser trinken dürfe und dass die Dichtkunst durch den Konsum solcher Flüssigkeit getrübt wird, hat sich eine Reihe von Schriftstellern aufs Papier geschrieben, denn der amerikanische Alkoholikeranteil an Literaturnobelpreisträgern soll über 70% betragen, u.a. Sinclair Lewis, Eugene O’Neill, William Faulkner, Ernest Hemingway, John Steinbeck und viele weitere mehr, von den irischen Schriftstellern wollen wir lieber schweigen.

Wenn der kürzlich verstorbene Ernst Herhaus, der über seine Alkoholkarriere wenigsten zwei Bücher verfasst hat, sich äußert, dass er schon zwei Jahre geschafft habe, mit Hilfe der Selbsthilfegruppe trocken zu bleiben, so kontert Josef von Westfalen, das klingt eher nach einem angriffslustigen Ausklang meines Artikels, dass für ihn am unerträglichsten seien die schweren

Alkoholiker, wenn diese wichtig-tuerisch an die Öffentlichkeit träten und erfolgreich von sich behaupten, sie seien ein gesellschaftliches Problem. Sie schrieben Bücher über Runterkommen und Trockenwerden, sie gründeten Clubs und Zirkel, sie brächten den Gesundheitsminister und geistliche Würdenträger dazu, sorgenvoll die Köpfe zu schütteln, was man tun könne mit diesen so gutwilligen schwarzen Schafen unserer Wohlstandsgesellschaft. Vermutlich gäbe es schon Spendenkonten, aus denen Entzugsstipendien für mittellose Trinker finanziert würden. Weil der Alkoholismus dem verständnisvollen Bürger näher sei als der Hunger in der 3. Welt oder der Bürgerkriegstod in Lateinamerika oder im Libanon, könne der Trinker mit dem tiefen Mitleid seiner Umwelt rechnen. Er habe sich gewissermaßen zur relevanten Randgruppe emporgesoffen. Sozialarbeiter müssten bereitgestellt werden. Entwöhnungskräfte, Spezialkliniken und diese wunderbar unerbittlichen Entziehungskrankenschwestern müssten auch her. Die Trunkenbolde und Suchtsäcke hätten tatsächlich erreicht, was sie mit ihrer Sauferei anstrebten: Die Zuwendung! Ihre Krankheitsberichte kämen mit Sicherheit auf die Bestenlisten des Südwestfunks, und in Berlin stelle man Überlegungen an, damit hier nicht schwedische Verhältnisse ausbrächen. So sehr wir allerzeit das Hohelied der Selbsthilfe singen, so gering ist die quantitative Rolle, die diese spielt. Nur ein geringer Prozentsatz der Alkoholkranken macht davon Gebrauch.

Behandlungskriterien

Damit hier in Hannover keine schwedischen Verhältnisse ausbrechen, was immer damit gemeint sein könnte, sei ein Konzeptpapier von Klaus Behrendts vorgestellt, das offenbar sei 2002 in Bearbeitung ist und unglaubliche Ansprüche formuliert wie:

- höchste Effektivität in der Behandlung sowie der Zusammenarbeit mit Zuweisern und Weiterbehandlern.
- Optimale Auslastung als Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erhalt der Abteilung.
- Kostenbewusster Umgang mit materiellen und nichtmateriellen Ressourcen. Kostenreduktionen sollen nicht zu Lasten der Qualität der Arbeit gehen.
- Erhöhung von Kosten im Zusammenhang mit Verbesserung von Qualität sollen ausgeglichen und aufgefangen werden.
- Maßnahmen der Erweiterung des Angebotes bzw. solcher der Erhöhung von Nachfrage (die mit Mehreinnahmen verbunden sind).
- Flexibles Behandlungsangebot im Hinblick auf die jeweiligen Bedarfe der Klientel.
- Fortlaufende interne und externe Qualitätsentwicklung und Evaluation der Behandlung nach den Richtlinien des KTQ-Modells.
- Initiierung, Durchführung und Beteiligung an regionalen und überregionalen Forschungs- und Fortbildungsprojekten. Beteiligung an der Lehre.
- PR-Leistungen für die Außendarstellung und Akzeptanz der Abteilung in der Öffentlichkeit.

Nebenbei gibt es auch noch mitarbeiterbezogene Ziele, die u.a. den maximalen Einbezug aller Mitarbeiter in die Ausgestaltung eines gemeinsam entwickelten Konzeptes und hohe Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter in den Vordergrund stellen, aber das Schöne ist, es gibt auch patientenbezogene Ziele, deren Darstellung deutlich mehr Platz in Anspruch nehmen würde als die institutions- bzw. mitarbeiterbezogenen Vorgaben.

Alt gegen Neu:

Wie sehr sich die Sicht- und Verfahrensweise in der Suchtkrankenbehandlung verändert hat, ergibt sich aus folgenden Gegenüberstellungen:

Während es früher hieß, der Süchtige müsse den ersten Schritt selber machen, müssen wir heutzutage anerkennen, dass viele Süchtige eben gerade diesen Schritt nicht oder nicht mehr machen können. Glaubte man, dass man dem Süchtigen nichts abnehmen dürfe, was er nicht noch selbst erledigen könnte, so muss man anerkennen, dass viele vor Beginn ihres übermäßigen Trinkens schon viele Dinge aufgrund ihres sozialen Rückstandes nicht erledigen konnten. Die Meinung, mit Zwang gehe gar nichts, alles müsse auf Freiwilligkeit beruhen, muss korrigiert werden dahingehend, dass ohne Druck, woher auch immer der rührt, kein Mensch sich ändert oder sich neue Funktionskräfte zulegt. Die Auffassung, der Alkoholiker müsse eigenmotiviert sein, ist als ein Phantom zu beschreiben, denn kein Mensch würde aufhören zu trinken, wenn er nicht müsste, aus welchem Grund auch immer. Wenn es heißt, Fremdmotivation sei vom Übel, so wäre es ja Quatsch, Suchttherapeuten auf die Patienten anzusetzen, denn die Fremdmotivation ist ja ein Teil unseres täglichen Tuns und wird nach Psych. PV von den Krankenkassen bezahlt.

Den üblen Aspekt, dass man auf dem Tiefpunkt angekommen sein müsse, dass erst dann eine Umkehr möglich sei, muss man dahingehend korrigieren, dass auf Biegen und Brechen der Tiefpunkt umgangen werden muss, denn wenn man den erreichen will, müsste man einen Hirnschaden, eine Leberzirrhose erzielen, arbeitslos und familienfrei sein. Die Auffassung, dass Suchtpatienten grundsätzlich tricksen, lügen und betrügen ist vielleicht dahingehend zu erweitern, dass dies nicht nur auf Suchtpatienten zutrifft, sondern auf viele Patienten in der Psychiatrie, aber auch auf die sonstige Menschheit, dafür braucht man gar nicht auf die politische Szene oder Bankmanager zurückzugreifen. Die These, dass beim Alkoholiker Alkohol das eigentliche Problem sei, unterstellt, dass man ohne Alkohol kein Problem mehr habe, sollte aber dahingehend korrigiert werden, dass der spätere Alkoholiker auch in der Frühphase seines Trinkens schon problematisch war, neurotisch, schwer erträglich, ungenießbar, auch humorlos gewesen sein mag, kurzum ein furchtbarer Mensch.

Darauf anspielend habe ich von KISKER die kritische Frage im Kopf, was denn die Trockenlegelei bezwecke bzw. mit welchen Folgen hier zu rechnen sei. Er spielte damit an auf das sich hinter dem offensichtlichen Alkoholproblem versteckende eigentliche psychiatrische Problem oder auf die bei krampfhafter Trockenheit sich entwickelnden psychosomatischen Erkrankungen, aber auch, und damit sprach er mit aus der Seele, auf die seelenlose, ideenarme, verhärmte, freudlose Gesamtsituation eines abstinenten Sozialhilfeempfängers, der seine ganze grauenhafte gesellschaftliche Dyspositionierung nun auch noch nüchtern ertragen sollte.

Immerhin gibt es ja nun neben der üblichen rechtlichen abstinenzorientierten Betreuungssystematik auch noch eine, die zwar gegeißelt wird mit dem Begriff des „Betreuten Saufens“, tatsächlich aber, milder ausgedrückt, eine wohlwollend beobachtete Konsumvariante darstellt, in der erwachsene Menschen keine Angst mehr haben müssen, wenn sie ein Sozialarbeiter besucht, sie deshalb den Schnaps verstecken müssen, um einer Klinikeinweisung zu entgehen

Damit nicht der Eindruck entsteht, ich würde dem Alkoholismus und der Fortsetzung fehlerhaften

Trinkverhaltens das Wort reden, müssen wir Robert Gernhardt aufgreifen, der auf Gefahren des Alkoholtrinkens selbst beim Dichten hinweist:

„Seht ihn an den Dichter,
trinkt er, wird er schlichter.
Ach, schon fällt ihm gar kein Reim,
auf das Reimwort „Reim“ mehr ein.“

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Gunther Kruse · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Langenhagen · Rohdehof 3 ·
30853 Langenhagen

Wohnungslosigkeit und Sucht

von Ursula Neubacher (*Diakonisches Werk, Stadtverband Hannover e. V.*)

Die beiden Faktoren bedingen sich offensichtlich selbst, es bleibt jedoch unklar, ob Sucht Wohnungslosigkeit erzeugt oder die Wohnungslosigkeit selbst den Alkoholismus begünstigt. Liegt eine Abhängigkeitserkrankung vor, so sollte eine fachlich qualifizierte Hilfe angeboten werden und stattfinden.

Wohnungslose Menschen leben unter schwierigen Bedingungen. Das Organisieren ihres Lebens, das tägliche Überleben steht im Vordergrund ihres Handelns, die Gesundheit spielt dabei häufig eine untergeordnete Rolle. Der Alkohol wird von vielen Wohnungslosen als Fluchtmittel eingesetzt, um die frustrierende Lebenssituation, das Gefühl der Minderwertigkeit und den Stress, den ein Leben auf der Straße auslöst, nicht wahrnehmen zu müssen. Alkohol und andere Drogen nutzen sie als Überlebensstrategie, um die unterschiedlichen Problemlagen besser aushalten zu können: Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, Armut und Verschuldung, keine Freunde, keinen Kontakt zur Familie, soziale Ausgrenzung, Langeweile, geringe eigene Identität ohne das Suchtmittel, fehlender Selbstwert, gesundheitliche Einschränkungen.

Suchtmittelabhängigkeit und Wohnungslosigkeit hängen in zweifacher Weise zusammen:

- Suchtkranke werden in Folge ihrer Suchterkrankung wohnungslos.
- Wohnungslose versuchen den Zustand der Wohnungslosigkeit und die damit verbundene Ausgrenzung mit Suchtmitteln zu bewältigen.

Darüber hinaus wird das Suchtmittel aber auch als Selbstheilungsmedikation bei psychiatrischen Krankheitsbildern eingesetzt.

Durch den langjährigen Suchtmittelgebrauch kommt es in der Regel bei den Betroffenen zu einer Vielfalt von körperlichen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen. Aufgrund dieser Vielfalt spricht man von „chronisch mehrfach beeinträchtigten, abhängigen Menschen“. Bei den meisten liegt ein langjähriger Suchtmittelkonsum und -missbrauch vor. Dazu gehören auch Erfahrungen von Entgiftungen und gescheiterten Abstinenzversuchen. Einige dieser Personen

sind polytoxikoman, nehmen verschiedene Drogen, wenige leiden an stoffungebundenen Süchten, z. B. Spielsucht. Einige waren in Haft, meist wegen begangener Straftaten in Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung. Körperliche Schäden als Folgen der Sucht wie z. B. Leberzirrhose, Polyneuropathie, Krebserkrankungen, hirnorganische Veränderungen oder Verletzungen sind die Regel. Auch Stoffwechsel- und Herz-/Kreislaufkrankungen sind nicht selten.

Es gibt kaum eine adäquate Suchthilfe für wohnungslose oder ehemals wohnungslose Menschen. Sowohl die Wohnungslosenhilfe als auch weite Teile der Suchtkrankenhilfe gehen davon aus, dass suchtmittelabhängige Wohnungslose kaum in herkömmliche therapeutische Maßnahmen zu vermitteln sind. Die größtenteils an der Mittelschicht orientierten Angebote der Suchthilfe, insbesondere Alkoholabhängigkeit, sind nicht auf chronisch mehrfach beeinträchtigte, abhängige Menschen mit zusätzlich latenter oder manifester Wohnungslosigkeit ausgerichtet. Die Suchthilfe ist hochschwellig und es besteht in der Regel ein Abstinenzparadigma für Personen, die die Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Fehlende Zuständigkeit und schlechte Kooperation zwischen Sucht- und Wohnungslosenhilfe erschweren zusätzlich den Zugang für diesen Personenkreis. Einige der chronisch mehrfach beeinträchtigten und zusätzlich wohnungslosen Menschen sind zum jeweiligen Zeitpunkt nicht veränderungsbereit; ihnen wird nachgesagt, sie seien therapieresistent. Tatsächlich haben sie einen erhöhten Beratungsbedarf, um z. B. Ängste und Vorurteile abzubauen, Fehlinformationen zu revidieren oder Fragen beantwortet zu bekommen und Perspektiven zu entwickeln. Nur durch Vertrauen werden sie in die Lage versetzt, über bedrückende Dinge zu sprechen: Gewalterfahrung, sexueller Missbrauch, Angst vor dem Sterben z. B. als Folge der Diagnose einer Krankheit, den Verlust eines nahe stehenden Menschen oder ihrer Einsamkeit. Die Bereitschaft zum Gespräch, zur Öffnung ist Voraussetzung, um an ihrer Abhängigkeit zu arbeiten.

„Sucht zum Thema machen“

Seit dem 01.02.2009 gibt es in der Zentralen Beratungsstelle für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten (ZBS) in Hannover, das Projekt „Niedrigschwellige Suchtarbeit mit wohnungslosen oder ehemals wohnungslosen Menschen“. Der Träger dieses Projekts ist das Diakonische Werk Stadtverband Hannover e. V.

Vor Ort, in den Räumen der Wohnungslosenhilfe, bietet eine Dipl. Sozialpädagogin/ -arbeiterin mit Zusatzqualifikation zur Sozialtherapeutin / Sucht (VT), Gespräche und Therapiesitzungen an. Sie ist mit den wohnungslosen Menschen und der „Szene“ durch ihre langjährige Arbeit im Kontaktladen „Mecki“ vertraut. Auf der Basis eines vertrauensvollen Arbeitsverhältnisses mit der Klientel und durch das Fingerspitzengefühl im Umgang mit ihr konnte dieses spezielle Angebot aufgebaut werden. Die Kenntnis der Lebenssituation der Betroffenen ist bei dieser Arbeit von großer Bedeutung. Durch das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zu der Mitarbeiterin konnten sich Personen, für die das herkömmliche Suchtangebot kaum zugänglich ist, auf Gespräche über ihre Abhängigkeit einlassen. Die Kollegin steht zeitnah für Einzelgespräche zur Verfügung. Sie ist in einigen Einrichtungen der ZBS, d. h. im Kontaktladen „Mecki“, dem Tagestreffpunkt „DüK“ und der Krankenwohnung „Die KuRve“ ansprechbar.

Gruppenangebote finden in den offenen Einrichtungen außerhalb der Öffnungszeiten statt. Orte an denen sich die Klientel sicher fühlt, wo ihr emotionaler Lebensmittelpunkt ist. Die betroffenen Menschen können über ihre Probleme sprechen und eigene Wege aus der Sucht erarbeiten. Auf dem Weg der Veränderung ist besonders bei wohnungslosen Menschen der Aufbau von

Hoffnung wichtig, da ihre Lebenssituation oft von vielen Fehlschlägen geprägt ist. Die Ressourcen der Betroffenen werden auf diese Weise gefördert und gestärkt.

Offene Suchtarbeit beinhaltet nicht grundsätzlich das Ziel der Abstinenz. Mit der Klientel gemeinsam gilt es zu erforschen, wo die Veränderung hin gehen kann. Oberstes Ziel dabei ist die Verbesserung der eigenen Lebenssituation. Dies kann bedeuten, dass die Person mit dem Konsumieren aufhört oder aber das Trinken reduziert und kontrolliert. Wichtig ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverhalten. Nur ein Erkennen der eigenen problematischen Situation führt zu der Bereitschaft sich zu verändern.

Für die nachhaltige Bearbeitung der Suchtproblematik müssen die Betroffenen zu Beteiligten gemacht werden, ihre Eigenmotivation ist für eine Veränderung unerlässlich. Diese Motivationsarbeit muss in der Wohnungslosenhilfe stattfinden und soll ein Interesse an der Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum oder Drogenkonsum hervorrufen. Dabei sollen die Änderungsmotivation gefördert und Veränderungsschritte aktiv begleitet werden.

Der Konsum von Alkohol und anderen Drogen wird als Bewältigungsstrategie für Probleme und den Umgang mit den Anforderungen im Leben genutzt. Stress soll durch den Konsum abgebaut oder negative Gefühle reduziert werden. Bei wohnungslosen Menschen spielen zusätzliche Stressoren eine große Rolle. Das Leben auf der Straße ist gekennzeichnet durch fehlende Privatsphäre, fehlende soziale Beziehungen, fehlende Teilhabe, Ausgrenzung, Mittellosigkeit, Armut, um nur einige zu nennen. Mit der neu erarbeiteten Abstinenz entsteht die Notwendigkeit, neue Strategien und neues Verhalten zu entwickeln. Die Betroffenen müssen lernen, viele Situationen neu zu bewältigen und neue Alltagsstrukturen zu entwickeln. Zusätzlich müssen sie lernen mit ihren Schamgefühlen, die ein Leben auf der Straße und die erlebte Stigmatisierung auslöst, umzugehen und zu dies zu verarbeiten. Der Aufbau sozialer Kompetenzen ist ein wichtiger Teil des Lernprozesses. Häufig sind einfachste und alltägliche Verhaltensweisen in der Vergangenheit nicht gelernt oder verlernt worden. Der Aufbau von Selbstwert und Selbstachtung, die Stabilisierung und Weiterentwicklung der Persönlichkeit sind wichtige Ziele der Suchthilfe; Scham- und Schuldgefühle müssen reduziert werden. Ein Leben in ungesicherten Wohnverhältnissen und auf der Strasse löst auch immer eine große Hoffnungslosigkeit bezüglich positiver Veränderung bei den Betroffenen aus. Ziele werden nicht mehr wahrgenommen, weil die Hoffnung auf das Erreichen kaum da ist. Das Gefühl von Ohnmacht steht der Änderungsmotivation entgegen, denn nur wer ein lohnendes Ziel hat, wird sich auf den Weg machen. Der Aufbau von Hoffnung ist daher ein entscheidender Aspekt der Arbeit, der oft viel Zeit in Anspruch nimmt. Eine Veränderungsbereitschaft kann nicht vorausgesetzt werden, gute Motive müssen erarbeitet werden, damit bisherige Überlebensstrategien gegen neue ausgetauscht werden können.

Ziele der Suchthilfe sind:

- Ein gutes Motiv
- Das Erkennen von Nachteilen des Konsums
- Das Erkennen von Vorteilen der Veränderung
- Die Zuversicht, eine Veränderung erzielen zu können
- Die Entwicklung von Perspektiven

Neben den persönlichen und sozialen Vorteilen ist das Angebot gesundheitsfördernd, die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums oder anderer Substanzen werden durch ein suchtmittelreduziertes oder suchtmittelfreies Leben abgebaut.

Der Bedarf und die Notwendigkeit dieses Angebots zeigen sich deutlich an dem großen Interesse seitens der wohnungslosen oder ehemals wohnungslosen Menschen. Viele haben die Beratung mittlerweile angenommen, der Gesprächsbedarf ist groß, wie die nachfolgenden Zahlen zeigen.

Suchtarbeit vom 01.02.2009 bis 30.09.2010				
	Sitzungen à 60 - 90 Min.	Kontakte	Sitzungen à 45 - 60 Min.	Personen
Gruppe im Kontaktladen „Mecki“	33	153		
Gruppe im Tagestreff „Dük“	57	334		
Gruppe in der Krankenwohnung „KuRve“	5	22		
insgesamt	95	509		
Einzelgespräche			910 Gespräche	103

42 Personen kamen 2010 neu in die Beratung, darunter waren auch Personen, die über Mundpropaganda animiert wurden, sich an die Mitarbeiterin zu wenden. Den meisten war die Mitarbeiterin jedoch aus der offenen Arbeit bekannt. Dazu kommen viele kurze Kontakte und Gespräche über Sucht und Wege aus der Sucht in den offenen Einrichtungen.

In der Arbeit zeigt sich, dass ein auf die Klientel abgestimmtes Angebot angenommen wird. Sprechstunden vor Ort, kurzfristige Termine, leichte Erreichbarkeit, individuell auf jede Person abgestimmte Inhalte und eine vertrauensvolle Beziehung zu der Fachkraft spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Der Inhalt der Gespräche umfasst alle relevanten Themen: Armut, Wohnungslosigkeit, Prostitution, Missbrauch, Misshandlungen, schwere Kindheitstraumata, Ängste, depressive Stimmungen. All diese Themen umfassen Erfahrungen, die bei diesen Menschen häufig vorkommen. Im Verlauf der Projektzeit kamen Menschen mit schwerwiegenden Problemen in die Suchtberatung, eine langjährige Abhängigkeit ging häufig mit anderen psychischen Erkrankungen einher. Für die Klientel ist die Suchtberatung ein wichtiger Bestandteil ihres Hilfeprozesses geworden. Die Skepsis und die Vorurteile gegenüber Suchtberatungsstellen waren anfänglich groß. Wurde der Besuch der Suchtberaterin in der Zentralen Beratungsstelle (ZBS) zunächst geheim gehalten, so wurde er bald als „Extra“ empfunden.

Problemaufzeigung und Zukunftsvision

Die Kommstruktur der sonstigen Suchthilfe ist hochschwellig, sie erreicht Wohnungslose kaum und richtet sich an eine andere Klientel.

Die unterstellte oder vorhandene „mangelnde Mitwirkungsbereitschaft“ führt nicht zu weitergehender Hilfe. Ist jemand derzeitig ambivalent oder (noch) nicht bereit, sein Suchtmittel aufzugeben, so findet keine Hilfe statt. Wohnungslose verbleiben trinkend auf der Strasse und verelenden dort.

Der Zugang zur Ärzteschaft, insbesondere zur Fachärzteschaft, ist häufig schwierig. Der Kontakt zu Ärzten und Ärztinnen ist jedoch wichtig, um die körperlichen Auswirkungen der Sucht oder der Entwöhnung abzuklären und ggf. zu behandeln. Gleichzeitig sind Informationen über mögliche gesundheitliche Schäden oder Folgen, die abschreckend wirken können bei der Motivationsarbeit hilfreich. Besonders gefragt sind Neurologie und Psychiatrie für die medizinische und psychosoziale Diagnostik. Oft beeinträchtigen Ängste oder depressive Stimmungen wohnungslose Menschen.

Die Niedrigschwelligkeit von Angeboten erleichtert Patienten, ein Suchthilfeangebot in Anspruch zu nehmen, der erste Weg zur Ausstiegsmotivation.

Dabei spielen Angebote der sozialen, psychischen und körperlichen Stabilisierung eine wichtige Rolle.

Momentan fehlt es in vieler Hinsicht: Angebote für Kontrolliertes Trinken, Gruppen und Selbsthilfegruppen für dieses besondere Klientel, Gruppen zur Gestaltung der Freizeit für das Leben nach der Entgiftung z. B. Sportangebote. Oft ist der Zugang in übliche mittelschichtorientierte Freizeitangebote schwer, da in der Vergangenheit häufig Erfahrungen der Ausgrenzung gemacht wurden und diese auch nicht zu finanzieren sind. Dieser Personenkreis hat bisher (oder tut es immer noch) in besonderen Lebensverhältnissen und besonderen sozialen Schwierigkeiten gelebt – diese Bedingungen sollten bei der Entwicklung von Hilfeangeboten immer mitgedacht werden! Wenn der Suchtmittelgebrauch chronifiziert ist und bereits zu erheblichen Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Situation der Betroffenen geführt hat, müssen Wohnmöglichkeiten geschaffen werden, die angenommen werden, damit niemand auf der Strasse versterben muss. Zurzeit herrscht noch oft der Drehtüreffekt zwischen Psychiatrie, Straße, oder auch Justizvollzugsanstalt und Wohnungslosenhilfe. Dies liegt sicherlich unter anderem auch daran, dass dieser Personenkreis nicht so gern in der Behandlung gesehen wird. Sie scheinen schwierig, verdreht und stur. Vorurteile auf beiden Seiten erschweren einen Zugang zur Hilfe und der Möglichkeit, eine Veränderung zu bewirken.

Es werden mehr suchtbetragene Angebote für diese Klientel benötigt; Angebote, die sich an der komplexen Lebenslage der Betroffenen orientieren und ihre besondere Situation mit in den Hilfeprozess einbeziehen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten für diese Arbeit ausreichend qualifiziert sein, z. B. eine Ausbildung zum / zur Suchtberater(in) / -therapeuten(in) oder in Motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) haben. Ein nahtloser Übergang zwischen Entgiftung und Therapie ist wichtig, um Rückfälle in bestimmte Suchtmuster zu vermeiden. Bei der Entlassung in die erneute Wohnungslosigkeit ist der Rückfall jedoch vorprogrammiert, daher dürfen keine Entlassungen in die Wohnungslosigkeit stattfinden!

Anschrift der Verfasserin

Ursula Neubacher · Diakonisches Werk · Stadtverband Hannover e.V. · Zentrale Beratungsstelle für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten · Hagenstr. 36 · 30161 Hannover

Abseits der Suchtkrankenhilfe und dennoch mitten drin!

von Reinhold Hemmesmann und Uwe Reichertz-Boers (*Gründung und Geschäftsführung SuPA GmbH*)

Ambulante Unterstützung für Suchtkranke als Hilfe zur Teilhabe nach SGB

Wir sind vom Psychiatriekoordinator angefragt worden für diesen Sozialpsychiatrischen Plan und sein Schwerpunktthema einen Beitrag für den Bereich Ambulant Betreutes Wohnen als Hilfe zur Teilhabe nach SGB für Suchtkranke zu verfassen. Wir erfüllen diese Anfrage gerne und verstehen diesen Artikel als Beitrag für die aktuelle Diskussion über die Entwicklung und Qualität der Hilfe zur Teilhabe.

Wir schreiben auch deshalb, weil wir über eine langjährige Erfahrung in der ambulanten Begleitung und Unterstützung von chronifizierten suchtkranken Menschen mit Mehrfachdiagnosen verfügen. Wir waren in Kooperation mit beta89 die ersten, die sich ab 1992 für die ambulante, aufsuchende und lebensweltbegleitende Unterstützung dieser Menschen eingesetzt haben.

Als wir in den 90er Jahren begannen für diesen Personenkreis unser Angebot zu konzipieren, betraten wir Neuland und wurden durchaus kritisch von Vertretern der Fachwelt betrachtet. Hier hat sich in der Vergangenheit einiges entwickelt, andere Anbieter haben versucht ähnliches anzubieten und auch der fachliche Blick auf den Umgang mit Suchtkranken hat sich in den letzten 20 Jahren vom reinen Abstinenzgebot hin zu verschiedensten anderen möglichen Umgangs- und Verhaltensweisen entwickelt.

Dabei sind die Arbeit mit dem Rückfall und das Trainingsprogramm zum kontrollierten Konsum nur zwei Stichworte in dieser Richtung. Wir wollen in diesem Artikel auf das von uns konzipierte Angebot von SuPA GmbH eingehen und einige kritische Überlegungen zu den aktuellen Entwicklungen in der Hilfe zur Teilhabe für den von uns wertgeschätzten Personenkreis anstellen.

Dabei beobachten wir in der Praxis, dass die jeweilige konjunkturelle wirtschaftliche Situation Auswirkungen auf den Umgang mit suchtkranken Menschen hat. In Zeiten reduzierter finanzieller Mittel erhalten alt bekannte Abstinenzforderungen in Form von Zielformulierungen in der Hilfeplanung wieder Raum und reaktivieren Angst- und Versagenserfahrungen. Für uns ist aber der aktuelle Konsum ein Symptom der Erkrankung. Dies hat bei der Gewährung von Hilfe bzw. bei der Feststellung des Hilfebedarfs für unseren Arbeitsbereich nur nachrangige Bedeutung. Bei keiner anderen Erkrankung wird unseres Wissens vom Erkrankten das Abstellen des Symptoms gefordert, ehe ihm sein Anspruch auf Hilfe gewährt wird.

Dazu ein Zitat aus einer uns zugesandten aktuellen Kostenzusage für einen unserer Klienten, wobei das Protokoll der zuvor stattgefundenen Hilfekonferenz zugrunde gelegt wurde:

„Wir weisen darauf hin, dass die Gewährung von Ambulant Betreutem Wohnen nach Einschätzung des Amtsarztes nur sinnvoll ist, wenn sie eine Entgiftung mit anschließender stationärer Therapie durchführen. Sollten Sie bis zum Ablauf dieses Kostenanerkennnisses keine Entgiftung gemacht haben und keine stationäre Entgiftung begonnen haben, werden wir deshalb voraussichtlich keine weiteren Kosten für die Maßnahme des Ambulant Betreuten Wohnens übernehmen.“

Unabhängig von den Fragen, ob ein solcher Bescheid juristisch haltbar ist, ob es eine sinnvolle pädagogische Maßnahme war, wer denn der zuständige Amtsarzt ist, der diese Haltung für wen auch immer vertritt, zeigt sich hier deutlich, dass sich die Haltung mit massivem Druck, Veränderungsbereitschaft bei Suchtkranken zu erzeugen, wohl über Jahrhunderte halten kann. Für uns ist dies ein kaum zu ertragender Rückfall in alte Zeiten und zeigt ein hohes Maß an fehlender professioneller Fachkenntnis.

Offen ist auch, welches Ziel mit einer solchen Forderung erreicht werden soll. Wir sehen darin mehr einen Hinweis auf Kostenreduzierung als auf intensiven an den Bedürfnissen und dem Hilfebedarf ausgerichteten Angeboten für den betroffenen Menschen. Denn auch unabhängig von der Tatsache, ob die benannte Person dieser Aufforderung nachkommt, wird aus unserer Sicht der gewünschte Erfolg durch diese angeordnete Maßnahme nicht notwendig erreicht. Stattdessen erreicht man zeitliche Verzögerung, Frustration und Angst und ein Umwälzen der Kosten bei der Durchsetzung der Forderung. Es ist wohl nicht anzunehmen, dass durch das Verschieben oder Einstellen der Hilfe eine grundsätzliche Verbesserung der Situation dieses Menschen erreicht wird.

Außerdem ist eine Aufnahme auf die Entgiftungsstation Regeln unterworfen. Dazu zählen Freiwilligkeit und persönliches Engagement.

Bei dieser Betrachtung haben wir noch außer Acht gelassen, was denn einige Tage Entgiftung im Hinblick auf die Teilhabe denn überhaupt bewirken sollen. Die Abstinenz? Die Verbesserung der Lebenssituation? Die Verbesserung wirtschaftlicher und personeller Notlagen wird hierdurch sicherlich nicht erreicht. Allein eine kurzfristige geringfügige Stabilisierung der körperlichen Gesundheit wäre hier als Gewinn zu sehen, der verliert aber an Gewicht, wenn die Symptomatik direkt nach einer klinischen Behandlung wieder auftaucht.

Eine Entgiftung dauert in der Regel zwischen 7 und 14 Tagen, und schon reagiert die Krankenkasse mit der Frage, wie lange die Behandlung noch anhalten soll und ob der medizinische Aspekt nun nicht abgegolten sei. Soziale Indikationen stellen für die Krankenkassen keine Indikation für eine Verlängerung des Aufenthaltes dar. Dass eine Entgiftungsbehandlung als Teil bzw. Voraussetzung für eine Hilfe zur Teilhabe nach SGB gelten soll, wird mit diesem Kostenträger in der derzeitigen Situation nur schwer zu verhandeln sein.

Bestenfalls könnte hier noch ein Antrag auf Kostenübernahme für eine Entwöhnungsbehandlung beim Rentenversicherungsträger gestellt werden. Dieser stellt dann fest, dass bereits diverse Therapien erbracht wurden und der Erfolg einer Integration auf dem Arbeitsmarkt nicht wahrscheinlich ist. Für die Teilhabe am Leben und in der Gemeinschaft verweist er auf die nachgehenden Hilfen.

Hier als Betroffener und als unterstützender Anbieter nicht nachzugeben und sich dem Druck und den ungerechtfertigten Forderungen entgegen zu stellen, ist eine große und fast unmögliche Herausforderung. Das gilt besonders für den Betroffenen, da er in seiner Situation in der Regel nicht über das notwendige Maß an Selbstbewusstsein und Sachkenntnis verfügt. Ohne entsprechende Begleitung verstärken sich die bereits in der Krankheitsbiografie langjährig entwickelten

Versagens-, Sinnlosigkeits- und Ohnmachtsgefühle, die sicherlich keinen Entwicklungsprozess befördern.

Als Anbieter begegnen uns bis heute immer wieder Fragen nach coabhängigem Verhalten unserer Auftragnehmer in der Unterstützung. Ironische Wortkreationen auf fachlicher Ebene wie „Betreutes Saufen“ begleiten unsere Arbeit.

Derlei Erfahrungen stellen aus unserer Sicht ein Spezifikum im Umgang mit Suchtkranken in unserer Gesellschaft dar. Niemand würde – übertragen auf ambulant betreutes Wohnen für einen anderen Personenkreis – auf die Idee kommen, Mitarbeitern zu unterstellen, durch die Akzeptanz der Symptomatik grundsätzlich krankheitsverstärkend zu wirken. Auch ist es im Moment nicht vorstellbar, dass einem Menschen mit einer chronifizierten Psychose per Kostenzusage aufgegeben wird, sich für vierzehn Tage oder länger auf eine psychiatrische Aufnahmestation des Klinikums Hannover GmbH zu begeben, ehe er in den Genuss der Hilfe zur Teilhabe kommt.

Der Anspruch auf Hilfe zur Teilhabe ist nicht abhängig vom Ausmaß der Krankheitssymptomatik. Er leitet sich im Wesentlichen aus der zu Grunde liegenden Erkrankung und der sich daraus ergebenden Behinderung am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen ab.

Eine solche Herangehensweise war schon 1992 für uns der Grund dafür, eine Maßnahme für Menschen zu entwickeln, die durch die Netze der Versorgung fallen und keine personenzentrierte Hilfe erhalten. Hier haben wir im Kontext des Betreuten Wohnens eine große Chance gesehen, da diese Maßnahme losgelöst von allen therapeutischen Settings war.

Zu Beginn der neunziger Jahre entstand in Zusammenarbeit mit beta89 und Professor Gunter Kruse in Hannover die Idee ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit chronifizierten Suchterkrankungen und Mehrfachdiagnosen anzubieten. Geleitet war dieser Gedanke von der Annahme, dass der Personenkreis nicht in der bis dahin vorherrschenden Versorgungsstruktur erreicht werden kann. Menschen mit Mehrfachdiagnosen, die neben ihrer Abhängigkeitserkrankung auch unter weiteren psychischen Störungen leiden, fielen und fallen heute noch aufgrund der bestehenden Vorgaben durch das vorhandene Versorgungsnetz.

Die ersten Anträge auf ambulant betreutes Wohnen wurden seinerzeit auf 4 Plätze bewilligt und dann auf 8 Plätze erweitert. Heute werden in der Region allein durch die SuPA GmbH über vierhundertfünfzig Menschen ambulant begleitet. Wir können nicht einschätzen, wie viele andere Anbieter in der Region Hannover sich aktuell der Versorgung von Menschen mit chronischen Suchterkrankungen widmen. Wir beobachten seit 2005 eine Zunahme des Anbieterkreises. Diese Entwicklung ist für betroffene Menschen mit multiplen Schwierigkeiten eine wesentliche Verbesserung und eine große Chance individuelle Unterstützung zu erhalten.

Dabei bleibt offen, ob allein das quantitative vielfältige Angebot hier zur einer Verbesserung beiträgt, oder ob die unüberschaubare Angebotspalette in Verbindung mit einer deutlichen Kostensteigerung nicht neue wunderliche Steuerungsreaktionen zu Tage bringt.

Wir als SuPA GmbH verfügen über ausreichend Erfahrung im sozialpsychiatrischen Bereich und der Suchtkrankenhilfe sowohl auf ambulanter als auch auf stationärer Ebene. Im Zentrum des

Konzeptes von SuPA GmbH steht der suchtkranke Mensch mit seiner individuellen Lebenslage, seinen Bedürfnissen und Wünschen und dem in der Hilfekonferenz empfohlenen Hilfebedarf. Wir verstehen uns als Dienstleistungsangebot, das dieser Mensch im Sinne seines Bedarfes nutzen kann.

Unsere Leistungen werden grundsätzlich an allen Wochentagen von Montag bis Sonntag angeboten. Die konkreten Termine werden mit den Menschen bedarfsgerecht abgesprochen. Eine flexible zeitnahe Erreichbarkeit wird durch werktägliche Bürozeiten in der Geschäftsstelle zur Vermittlung der Informationen und durch direkten Telefon-, Handy- und Mailkontakt zur Bezugsperson ermöglicht. Die Arbeitszeiten richten sich nach den individuellen Bedarfssituationen der Betreuten und werden punktuell mit diesen vereinbart. Regel- und Kernarbeitszeiten gibt es nicht. Die Mitarbeiter arbeiten auch an Wochenenden und in den Abendstunden. Damit wird der personenzentrierte Ansatz in der Hilfe umgesetzt.

Ausgehend von dieser Kundenzentrierung und den langen praktischen Arbeitserfahrungen ist es einen Grundpfeiler in der Konzeption von SuPA, das die Menschen in der Abstinenzfrage selbst entscheiden können. SuPA unternimmt im Gegensatz zu vielen Anbietern in der Region Hannover keine Versuche, Menschen von Abstinenz überzeugen zu wollen. Im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit der Region Hannover haben wir dieses u.a. im Rahmen der Zielformulierungen festgelegt. Dabei können Ziele sein:

- **Sicherung des Überlebens**
- **Sicherung des möglichst gesunden Überlebens**
- **Reduzierung der Trinkmenge und der Trinkexzesse**
- **"Verlängerung der alkoholfreien Perioden und dauerhafte Abstinenz"**
vergl. Körkel J, Kruse G (1997) **Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?**
3. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- **Erlangen von Alltagskompetenz**
- **Entwicklung eines „Lebensplans“**
(Hilfestellung bei der Entwicklung von persönlichen Perspektiven)
- **Förderung der Unabhängigkeit von Betreuung bzw. selbstbestimmte Lebensgestaltung**
- **Erweiterung der psychosozialen und kommunikativen Kompetenzen**
- **Förderung einer angemessenen Tagesstruktur und Freizeitgestaltung**
- **Förderung der Ausübung einer angemessenen Tätigkeit/eines angemessenen Berufes**
- **Beschaffung und Erhalt einer Wohnung**
- **Unterstützung im Zusammenleben mit anderen Menschen**

Durch internes Coaching und Fortbildungen wird eine kontinuierliche fachspezifische Weiterentwicklung gesichert. Die für uns tätigen Auftragnehmer verbindet die Ausbildung »Motivierende Gesprächsführung« (MI) der GK Quest Akademie aus Heidelberg. Grundansatz und Menschenbild von MI entsprechen unseren Leitideen.

Im folgenden beschreiben wir ein Beispiel aus unserem Arbeitsfeld, das kurz beschreibt, wie kontinuierliche akzeptierende Begleitung und Unterstützung trotz verschiedener Einbrüche für einen von uns begleiteten Mann zu einer wesentlichen Stabilisierung und Verbesserung seiner Lebenssituation geführt hat.

Herr M. kam zu uns über die Entgiftungsstation der Klinik in Langenhagen. Dort hatte er bis zur Aufnahme ins Betreute Wohnen unzählige Entgiftungen absolviert. Seine Arbeit, seine Familie, seine Freunde und auch seine Wohnung hatte er inzwischen verloren. Herr M. lebte schon über einen großen Zeitraum in einer stationären Übergangseinrichtung für Männer mit Alkoholproblemen. Seit seinem 14. Lebensjahr trank er mit steigender Tendenz Alkohol mit allen Folgen einer klassischen Abhängigkeitserkrankung. Hierzu zählten zahlreiche stationäre Aufenthalte, Therapieversuche, Inhaftierungen bis hin zur Wohnungslosigkeit und einem Leben auf der Straße.

Herr M. zog 1999 in eine unserer ersten Wohngemeinschaften. Dort hat er sich in wenigen Jahren zunehmend stabilisieren können, und es gelang ihm auch, neue Perspektiven zu entwickeln und für sich neue Nah- und Fernziele zu formulieren. Eines seiner großen Ziele war es, wieder eine eigene Wohnung zu beziehen und dort autonom leben zu können. Nach zwei Jahren Wohngemeinschaft bezog er wieder voller Stolz eine eigene Wohnung in Hannover. Er besuchte regelmäßig eine Selbsthilfegruppe in Langenhagen, ließ sich kontinuierlich in der Institutsambulanz behandeln, stabilisierte sich durch eine BSHG-Stelle im Königscafé. In dieser ganzen Zeit war das Ambulant Betreute Wohnen ihm eine wichtige begleitende und tragende Stütze.

In einer freien Malwerkstatt in Langenhagen hat er sein Interesse für die Kunst des Malens für sich entdeckt und führt diese bis zum heutigen Tage aus. Zahlreiche Ausstellungen hat er bis heute schon eigenständig durchgeführt.

Eine plötzlich aufgetretene Kehlkopfkrebserkrankung einhergehend mit einer OP, mit Bestrahlungen und therapeutischen Settings und auch einer weiteren Erkrankung (Diabetes) haben ihn nicht von seiner Idee abgebracht, stabil und frei leben zu wollen. Er nutzt weiterhin das Behandlungssystem, das Betreute Wohnen und auch seine wieder neu gewonnenen Freundschaften, um stabil zu bleiben. Vor zwei Jahren hat er sich entschieden, eine Suchthelferausbildung zu absolvieren, da es ihm wichtig war, anderen in einer ähnlichen Situation, wie er sie selbst erlebt hatte, zu unterstützen. Das Ganze mündete im letzten Jahr in der Gründung einer eigenen Selbsthilfegruppe in Hannover, die sich schon sehr gut etabliert hat. In diesem Jahr hat er sich beim Projekt EX-IN in Hannover beworben und wurde auch aufgenommen. Hier kann er einen weiteren Schritt in seiner positiven Entwicklung umsetzen. Wir wünschen ihm noch viele gesunde und erfüllte Jahre nach einer erfolgreichen Wiedereingliederung ins gesellschaftliche Leben, was er sich vor über 10 Jahren, denn so lange hat es letztlich gedauert, selbst nur bedingt vorstellen konnte. Wir sind stolz auf ihn!

Wir sehen in der langfristigen Unterstützungszeit durch die kontinuierliche Begleitung einen wesentlichen Grund für dieses erfolgreiche Beispiel. Mit der Unterstützung einer von Vertrauen geprägten professionellen Begleitung über lange Zeit gelang es ihm, seine Lebensplanung neu zu ordnen und auch mit Misserfolgen zu Recht zu kommen. Die Frage nach seinem regelmäßigen Cannabiskonsum war dabei für uns nicht eine relevante Kategorie, da er selbst im Rahmen seiner Entwicklung die entsprechenden Weichenstellungen vorgenommen hat. Ein zusätzliches Druckszenario wäre nicht förderlich gewesen.

Resümee

Unsere fast 20-jährige Erfahrung in der ambulanten Begleitung und Unterstützung von Menschen mit chronischer Suchtmittelabhängigkeit und Mehrfachdiagnosen hat uns gezeigt, dass sich in der Region Hannover einiges verändert und bewegt. Noch in den 90er Jahren war eine ambulante Begleitung ohne Abstinenzanspruch außerhalb therapeutischer Settings in vielen Köpfen nicht vorstellbar. VertreterInnen der Suchtkrankenhilfe hinterfragten in einer Fachgruppe des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover immer wieder, ob diese Form der Unterstützung überhaupt als Suchtkrankenhilfe zu verstehen ist.

Durch den Einzug marktwirtschaftlicher Denkkategorien im Kontext sozialer Arbeit ist es wichtiger denn je, qualifizierte Strategien und Konzepte zu entwickeln, die eine eigene Philosophie im Umgang mit Menschen mit chronifizierten Suchterkrankungen und Mehrfachdiagnosen beinhalten.

Die Betrachtung der Hilfen unter rein marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten lässt Konkurrenzen unter den Angeboten und Anbietern entstehen, die sich durch Zielsetzung, Ausgestaltung und Umsetzung ihrer Angebote unterscheiden. Diese Situation soll für die Hilfesuchenden Chancen und positive Auswirkungen haben.

Die Tendenz der Kostenträger über mehr Wettbewerb perspektivisch die Preise zu senken, führt unseres Erachtens nicht zum gewünschten Erfolg. Finanzielle Aspekte drängen inhaltliche Diskussionen in den Hintergrund und schaffen somit mehr Bedarf denn je.

Das Herzstück unserer Arbeit war, ist und bleibt es, einen Kontakt zum Menschen herzustellen, der ein Miteinander und einen Umgang auf Augenhöhe gewährleistet. Es soll eine Atmosphäre geschaffen werden, in welcher der Mensch, ohne zu zögern, seine Wünsche und Bedürfnisse äußern kann und der Dienstleister für die subjektive Lebenswelt und Wahrnehmung seines Kunden Verständnis aufbringt. Gelingt dies nicht, so zeigt die Erfahrung, dass die Zusammenarbeit misslingt. Es gilt, den Menschen in seiner subjektiven Situationswahrnehmung ernst zu nehmen und seinen Wünschen und Bedürfnissen Achtung zu schenken. Das bedeutet, dass die Menschen die Richtung, das Maß und den Rhythmus der Hilfen wesentlich bestimmen. Sie müssen sich nicht an vorgegebene Strukturen anpassen, sondern die Strukturen und Inhalte werden gemeinsam festgelegt.

Da die Beziehung zwischen Mensch und Auftragnehmer entscheidend für den Erfolg der Unterstützungsmaßnahme steht, ist eine regelmäßige Überprüfung dieser Beziehung von großer Wichtigkeit.

Wir verstehen die Arbeit als Kooperation. Diese Kooperation zeigt sich auch im kontinuierlichen Dialog zwischen Fachaufsicht, Kostenträgern und Fachgremien des Verbundes. Neuerdings gibt es erste Schritte in eine gemeinsame Diskussion über Qualitätsstandards der am Verfahren der Hilfe zur Teilhabe beteiligten Anbietern, Kostenträgern und Fachaufsicht. Hierzu haben wir durch beharrliche Mitarbeit in Fachgremien einen wichtigen Beitrag geleistet. Im Ergebnis wird diese Arbeit Transparenz für alle Seiten schaffen, die im Nutzen des Betroffenen münden.

Abschließend und perspektivisch noch ein kurzer Einwurf zur Zukunft der Hilfe zur Teilhabe am Leben. Während in Deutschland noch immer von Integration gesprochen wird, geht die UN-Konvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) vom 13.12.2006. Resolution 61/106 der Generalversammlung der UNO, in Kraft getreten am 03.05.2008) einen Schritt weiter und verlangt die soziale Inklusion. Dadurch ergibt sich für Behinderte der Anspruch, im vollen Umfang an der Gesellschaft teilzuhaben und dabei Autonomie und Unabhängigkeit zu wahren.

Es wird spannend, wie diese Diskussion in den nächsten Jahren auch für unseren Personenkreis geführt wird.

Anschrift der Verfasser:

Reinhold Hemmesmann · Uwe Reichertz-Boers · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover ·
Mail: mail@supa-gmbh.de



HaLT – ein Alkoholpräventionsprojekt für die Region Hannover

von Andre Heckert, Monika Pietsch, Friedricke Eicke
(Jugendhilfe Mellendorf/Gailhof, Region Hannover)

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren, die im Bundesgebiet aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, sind in diesem Jahrzehnt um 170 % auf 25700¹ angestiegen.

Dieser Trend zeigt sich auch regional. So berichtet das Kinderkrankenhaus auf der Bult (Landeshauptstadt Hannover) von einer Verdopplung der Einlieferungen seit dem Jahr 2003. Angesichts der starken Zunahme von Alkoholvergiftungen und veränderter Trinkgewohnheiten von Jugendlichen erhielt der Jugendschutz der Region Hannover 2007 den politischen Auftrag, mit einem Konzept zur Alkoholprävention entgegen zu steuern.

Das Konzept und die Umsetzung

Seit April 2008 wird in der Region Hannover das Projekt HaLT – Hart am Limit umgesetzt. Es wurde 2003 in Lörrach/Baden-Württemberg entwickelt und nach einer einjährigen Modellphase im Auftrag des Bundesministeriums auf elf Modellstandorte übertragen. Die Prognos AG begleitete die Modellphase wissenschaftlich und kam nach Abschluss 2007 zu dem Ergebnis: „die erfolgreiche Übertragbarkeit des Pilotprojektes HaLT – Hart am Limit (...) ist nachgewiesen und eine bundesweite Vernetzung ist anzustreben.“² Es folgte der HaLT Bundestransfer auf mittlerweile 100 Standorte in 15 Bundesländern.³

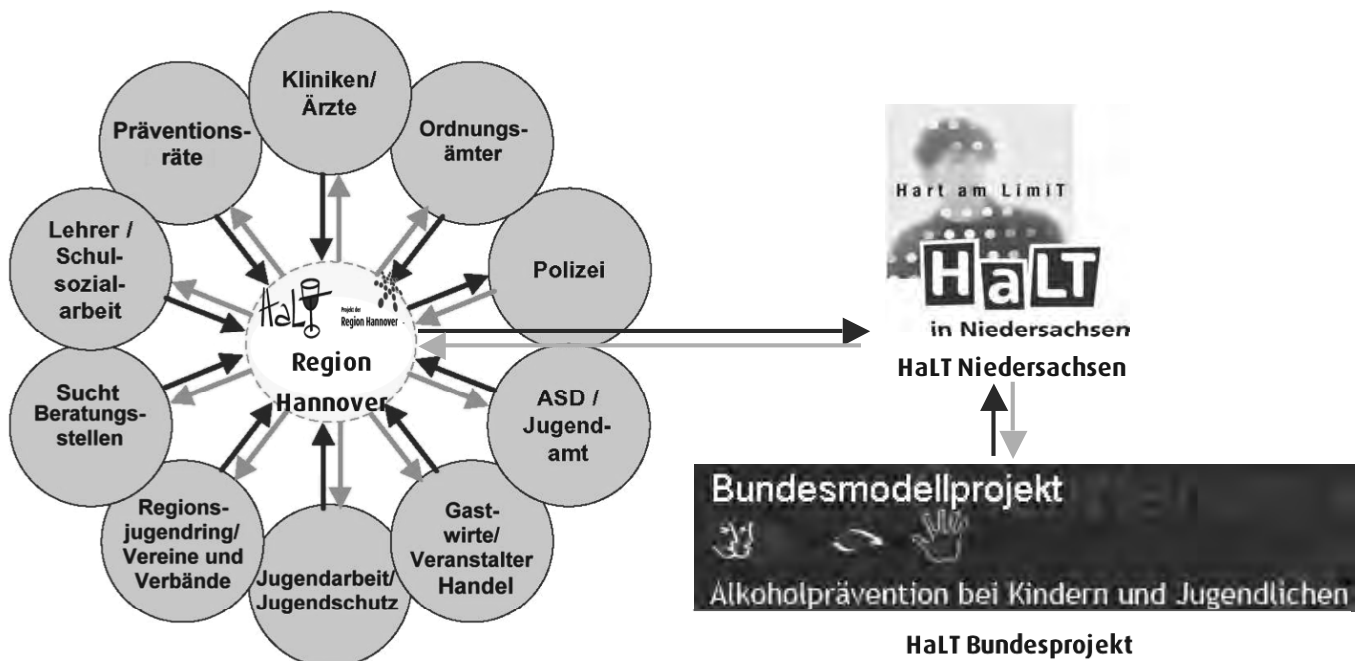
¹ Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 15.12.2009.

In Niedersachsen existieren derzeit 15 registrierte HaLT Fachstellen, eine davon ist die Region Hannover.



(Graphik der NLS- Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren)

Die Besonderheit des HaLT Projektes in der Region Hannover, ist die Größe des Netzwerkes aus mehreren Jugendhilfeträgern, Suchtberatungsstellen, Kliniken und Polizeiinspektionen. Eine weitere Besonderheit ist, dass die Koordination durch die Jugendhilfe erfolgt. Sie ist beim Team Jugendarbeit/Jugendschutz, unter der Mitwirkung der Fachbereiche 32 (Öffentliche Sicherheit), 53 (Gesundheit) und dem HaLT Beirat, einem Gremium von externen Fachleuten angesiedelt.



HaLT – Hart am Limit steht für ein breit angelegtes Alkoholpräventionsnetzwerk

2 Prognos 2007, S.110
 3 Stand 17.09.09. Eine Liste der Standorte ist unter www.halt-projekt.de einsehbar.

HaLT Leitplanken

Kennzeichnend für das Projekt ist dabei die enge Kooperation einer Vielzahl von Einrichtungen und Institutionen, die gemeinsam an folgenden Zielen arbeiten:

1. präventiv und früh auf den riskanten Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen einzugehen
2. einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol von Jugendlichen und Erwachsenen auf kommunaler Ebene zu fördern
3. die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes

Für alle HaLT Standorte gelten dazu folgende Projektstandards⁴:

- ein Netzwerkansatz über die Grenzen der Suchthilfe und (Sozial-) Pädagogik hinaus
- ein substanzspezifischer, auf Alkohol gerichteter Präventionsansatz
- die Beschränkung auf Kinder und Jugendliche mit riskantem Konsum
- ein nicht auf Abstinenz fixierter Ansatz
- eine zeitlich befristete Betreuung und Kurzintervention (ggf. mit Einleitung weitergehender Hilfen)
- die HaLT – Einrichtung als Impulsgeber, Dienstleister, Unterstützer und Kompetenzzentrum
- eine Arbeit im proaktiven und reaktiven Bereich

„Das Gesamtkonzept umfasst sowohl verhaltenspräventive Maßnahmen in der Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen (**reaktiver Baustein**) als auch verhältnispräventive Strategien zur Förderung des verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol bei Jugendlichen und auch Erwachsenen (**proaktiver Baustein**).“⁵

Früh reagieren

Der zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum insbesondere im Zusammenhang mit einer akuten Alkoholvergiftung und der Einlieferung in ein Krankenhaus möglichst frühzeitig zur Reflektion dieses Ereignisses und ggf. ihrer Konsumgewohnheiten zu bewegen. Dies geschieht in Brückengesprächen.

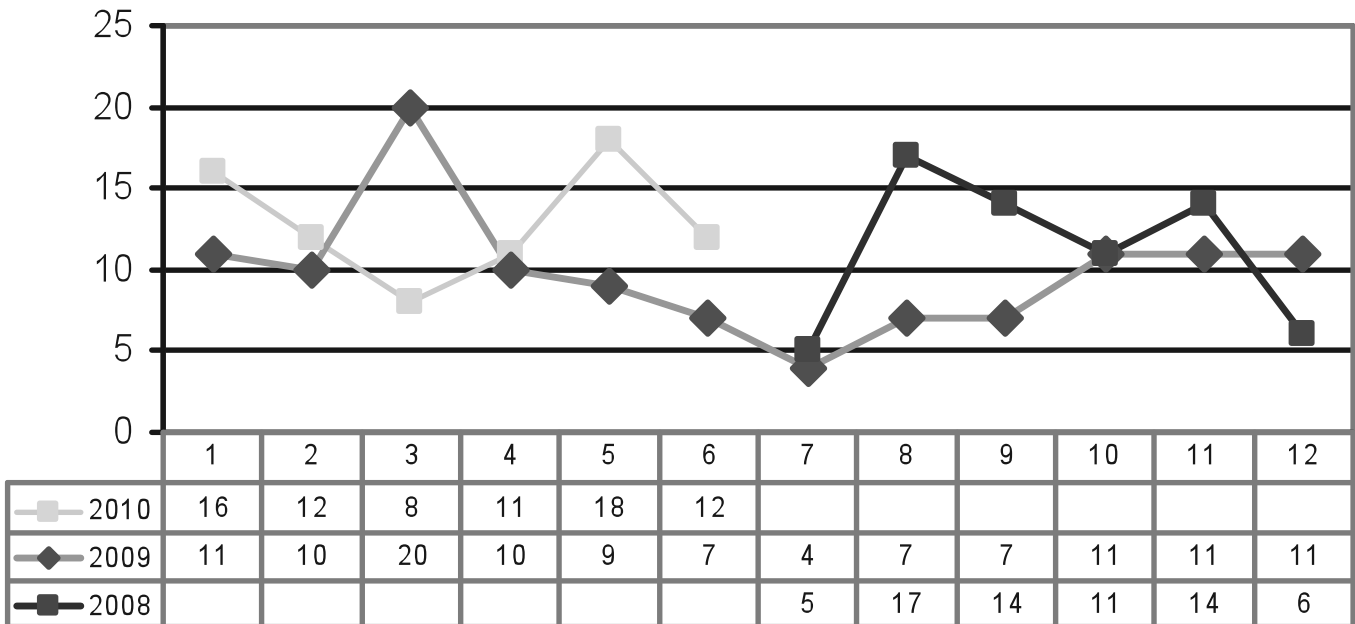
Ein Brückengespräch findet möglichst vor Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Dabei ist der zeitnahe Erstkontakt zwischen den Jugendlichen und einer Suchtberatungsstelle nach einer Alkoholintoxikation der Schlüssel zum Erfolg. Die Region Hannover hat dazu mit den Beratungsstellen Drobs, Prisma, Neues Land und der Guldernen Sonne (Jugendhilfeeinrichtung) Leistungsvereinbarungen geschlossen. Diese Einrichtungen teilen sich die Bereitschaftsdienste in den Krankenhäusern: Medizinische Hochschule, Kinderkrankenhaus auf der Bult und Krankenhaus Neustadt/Rübenberge. Den Patienten wird während einer stationären Behandlung noch in der Klinik ein Brückengespräch angeboten. Ist dies organisatorisch nicht möglich, werden mittels einer Schweigepflichtentbindung die persönlichen Daten der Jugendlichen an die Beratungsstellen weitergegeben. In diesem Fall finden die Gespräche in den zuständigen Suchtberatungsstellen statt.

⁴ Vgl.: Sabine Lang (2008)

⁵ Nach Sabine Bösing (2009), S. 4

In der Klinik wird das freiwillige Brückengesprächsangebot von 90% der Kinder und Jugendlichen angenommen.⁶

Durchgeführte Brückengespräche nach Monaten in der Region Hannover



HaLT Brückengespräche (ab Frühjahr 2010 in allen drei Kinderkliniken)

Wenn möglich schließt das Brückengespräch auch ein **Elterngespräch** ein. Die Eltern erhalten in dieser Situation professionelle Hilfestellung für ihre Fragen und Sorgen und Unterstützung im aktuellen Verhalten mit ihrem Kind. Das Elterngespräch wird von 55% der Eltern angenommen. 20% von ihnen äußern den Wunsch einer weiterführenden Beratung.

Zu den Angeboten, die die Berater den Jugendlichen im Krankenhaus vorstellen, gehört auch der HaLT **Risikocheck**, einem zeitnahen Gruppenangebot nach einer Alkoholintoxikation. Die Jugendlichen können sich hier zusammen mit einem Freund oder Freundin (Buddy) Klarheit darüber verschaffen, was zu ihrem Absturz geführt hat. Dabei stehen die Fähigkeit riskantes Verhalten besser einzuschätzen und eigenes Verhalten zu reflektieren im Vordergrund. Mithilfe z.B. erlebnispädagogischer Elemente (z.B. Klettern oder Tauchen) werden die Themen veranschaulicht und reflektiert.

Exemplarisch werden nach dem folgenden Schema Erlebnisse beim Klettern o. ä. reflektiert:

1. das eigene Erleben und die eigene Beobachtung: was hast du gesehen/erlebt?
2. Interpretation des Erlebten: was waren deine schönsten Momente? Wodurch war Vertrauen möglich?
3. Transfer: Wem vertraust du im Alltag? Wie gehst du mit deiner Angst um? Was hilft dir? Wie lässt sich diese Erfahrung auf das Thema Alkoholkonsum übertragen? Wer kann dich unterstützen?

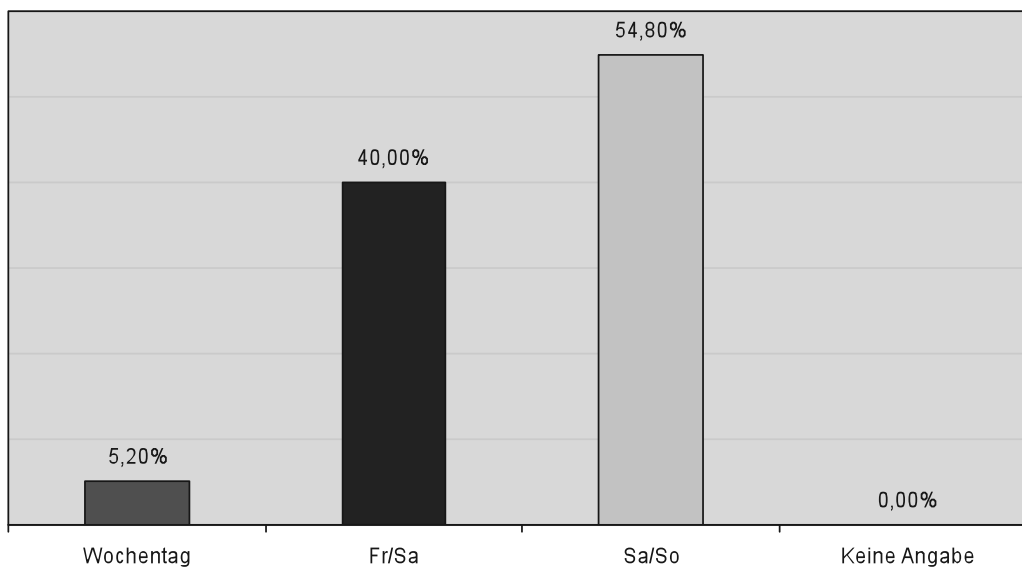
⁶ Eigene Statistik, einsehbar auf Anfrage oder Auszüge unter www.team-jugendarbeit.de

Die Erfassung von quantitativen und qualitativen Daten zum riskanten Alkoholkonsum ist ein weiterer Bestandteil des reaktiven Bausteins. Aus den anonymisierten Statistikbögen der Brückengespräche werden wichtige Daten für das Projekt und die Inhalte der Präventionsarbeit⁷ erhoben.

Ein Auszug:

- Der Altersdurchschnitt der Jugendlichen liegt derzeit bei 15,7 Jahre, davon sind 51,41 % männlich und 44,59% weiblich. 43% sind jünger als 16 Jahre.
- Der Beratungsdurchschnitt liegt bei 12,8 Brückengesprächen im Monat; der Höhepunkt lag im Mai 2010 mit 18 Gesprächen, im Vorjahr im März bei 20 Gesprächen. (Aufgrund der Statistik lässt sich kein Schwerpunktmonat oder genereller Trinkanlass erkennen.)
- Die am häufigsten angegebenen Trinksituationen sind mit 35,5% öffentliche Plätze und Parks und mit 29,5% private Feiern.
- Als Trinkort liegt die Landeshauptstadt mit 63,3% deutlich vor den übrigen Städten und Gemeinden in der Region.
- Wiederholer/innen sind 12% der Fälle
- Beikonsum von Betäubungsmitteln (Drogenscreening) bei 12% der Fälle

Tag der Einlieferung



Die meisten Patienten kommen in der Nacht von Samstag auf Sonntag⁸

⁷ Eigene Statistik, einsehbar auf Anfrage

⁸ HaLT Jahresbericht 2009

⁹ Prognos 2007, S.17

Prävention und verbesserter Jugendschutz

Der **proaktive Baustein** zielt auf die „Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen, auf Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie auf eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen und Schulfesten“⁹ ab.

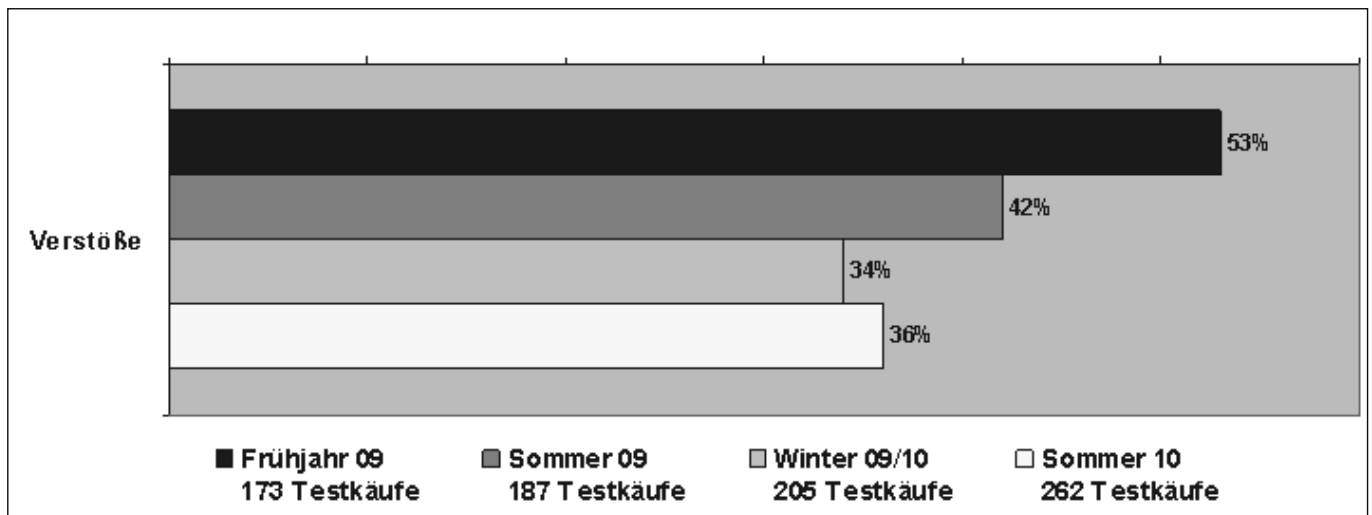
Anders als im reaktiven Baustein, legen die verschiedenen für den Jugendschutz zuständigen Jugendhilfeträger in der Region Hannover unterschiedliche Handlungsschwerpunkte fest. An vielen Stellen wird dabei kooperiert. Für die Region Hannover als Jugendhilfeträger und HaLT Koordinator heißt das im Einzelnen:

- Abrufbare Präventionsangebote für Schulen und Jugendarbeit ab Jahrgang 7
- Multiplikatorenfortbildungen für Fachkräfte und Jugendleiter/Innen
- Anregung von Angeboten durch Fördermittel für Alkoholpräventionsprojekte
- Erstellung und Bereitstellung von Materialien zur Alkoholprävention und zur Verstärkung des HaLT Gedankens in der Öffentlichkeit
- Planung und Durchführung von gemeinsamen Veranstaltungen mit den HaLT Netzwerkpartnern wie die Jugendfilmtage, die Suchtwoche oder der Regions-Entdeckertag 2010
- Unterstützung lokaler Bündnisse bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit und Fachdiskussionen
- Verbesserte Einhaltung des Jugendschutzgesetzes durch z. B.
 - gezielte Jugendschutzkontrollen und Testkäufe
 - Schulungen von Auszubildenden des Einzelhandels in Berufsschulen hinsichtlich der Alkoholabgabe
 - Informationen zum Jugendschutz bei der Erteilung von Gestattungen durch die zuständigen Gewerbesachbearbeiter
- Ein breit gespanntes Kooperationsnetzwerk: Koordination in Fachgremien, Arbeitskreisen und örtlichen Präventionsräten

Der gesetzliche Jugendschutz: Testkäufe

Jugendliche, die mit einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt werden, haben fast immer Spirituosen konsumiert, die nach dem Jugendschutzgesetz (JuSchG) in der Öffentlichkeit nur für Erwachsene zugänglich sind. Viele geben an, den Alkohol selbst beschafft zu haben.

Seit Ende 2008 führt die Region Hannover systematisch **Alkoholtestkäufe** durch. In Begleitung des Jugendschutzes und der Polizei versuchen gut vorbereitete Jugendliche Spirituosen im Einzelhandel zu erwerben. Im Gespräch mit dem Personal werden die Defizite anschließend aufgedeckt und besprochen. Anfangs wurde dabei nur eine Verwarnung ausgesprochen, inzwischen werden auch Bußgelder verhängt.



Testkaufergebnisse Region Hannover¹⁰

Die Verstoßquote ist nach mehreren Tests rückläufig. Zwar fordern moderne Kassensysteme einen Altersnachweis (automatische Meldung zur Überprüfung des Personalausweises), doch sind die Kassenkkräfte bei der Kontrolle des Alters häufig nachlässig. Mit Einführung der Testkäufe wurde deshalb für Auszubildende im Einzelhandel an den Berufsbildenden Schulen ein Jugendschutztraining implementiert. Zusätzlich informieren Materialien Personal und Kunden über die Jugendschutzbestimmungen. Seit September 2010 regelt in Niedersachsen ein Erlass¹¹ die Standards von Testkäufen.

Die Kosten

Die Jugendhilfeträger in der Region Hannover haben sich zunächst bereit erklärt sowohl die Brückengesprächs- als auch die Risikocheckkosten zu tragen. Auf Landesebene wurde inzwischen mit den meisten gesetzlichen Krankenkassen eine Kostenübernahmevereinbarung für Angebote nach dem HaLT- Standard vereinbart. Seit Mitte 2009 können vielfach die Kosten der Beratungen über die Krankenversicherungen abgerechnet werden.

„Auch die Krankenkassen sehen zunehmend den Mehrwert in der Umsetzung. HaLT ist eine gute Investition: Allein die Entgiftung eines Jugendlichen in der Klinik kostet die Krankenversicherung rund 500 Euro, nicht berücksichtigt sind die Kosten für den Notarzt oder erforderliche längere Klinikaufenthalte. Das Konzept senkt die Zahl der erneuten Einweisungen und hilft damit, die hohen alkoholbedingten Schädigungen durch Unfälle oder Gewaltdelikte zu vermeiden. Es ist zudem wahrscheinlich, dass die frühe Ansprache betroffener Jugendlicher und ihrer Eltern den Beginn von Alkoholikerkarrieren verhindern kann.“¹²

Neben den Beratungskosten sind Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit, für Fortbildung und Prävention sowie zur Förderung von Alkoholpräventionsangeboten in einer Gesamthöhe von ca. 28000 €¹³ im Jahr 2009 durch die Region Hannover finanziert worden. Für die Region Hannover werden im Jugendschutz zwei Sozialpädagogen mit jeweils 60 % Stellenanteil für die Koordination und die präventive Arbeit im Projekt eingesetzt.

¹⁰ Region Hannover, Team öffentliche Sicherheit 2010

¹¹ Einsatz jugendlicher Testkäuferinnen und Testkäufer bei Jugendschutzkontrollen im Einzelhandel, Gem. RdErl. d. MS u. d. MI v. 1.9.2010

¹² Prognos 2008

¹³ HaLT Jahresbericht 2009

Bilanz und Ausblick

Die Stärken von HaLT – Hart am Limit bestehen vor allem in¹⁴:

- der hohen Effizienz und Reichweite durch die Nutzung von Kooperationsnetzwerken und die Einbindung kommunaler Akteure in die Präventionsarbeit
- dem relativ geringen notwendigen Mitteleinsatz
- der hohen Öffentlichkeitswirksamkeit
- der hohen Glaubwürdigkeit der proaktiven Präventionsarbeit
- dem frühzeitigen und niedrighschwelligem Erreichen von Kindern und Jugendlichen durch Kooperationen und Angebote im reaktiven Baustein

Die Projektlaufzeit in der Region Hannover wurde bis Ende 2011 verlängert. Es zeigt sich, dass einmal entstandene Kooperationen und installierte Teilprojekte mit niedrigem Aufwand weiter geführt werden können. Bereits jetzt ist ein wichtiges und nachhaltiges Netzwerk zur erfolgreichen Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen entstanden. Dieses Netzwerk befindet sich in einer stetigen Weiterentwicklung und durch die Vielzahl und Vielfältigkeit seiner wachsenden KooperationspartnerInnen.

Kontakt und weitere Informationen

Team Jugendarbeit der Region Hannover • Andre Heckert und Monika Pietsch
unter 05130 / 37663 -31, -38, oder jugendarbeit@region-hannover.de

Weblinks zum HaLT Projekt:

HaLT Bundesprojekt • www.halt-projekt.de; HaLT in Niedersachsen • www.nls-online.de; HaLT in der Region Hannover • www.team-jugendarbeit.de

Quellenangaben:

Prognos (2007)	Bericht zur Modellphase II, Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“, Auftraggeber: Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2007
Bösing, Sabine (2009)	Abschlussdokumentation „HaLT – Hart am Limit“ Transferphase Niedersachsen 2008, Auftraggeber: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hannover 2008
Bätzing, Sabine (2009)	Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 28.01.2009 „Alkoholvergiftungen steigen weiter an.“
Lang, Sabine und Kuttler, Heidi (2008)	Bundesmodellprojekt HaLT - Handbuch Trainer-Manual und Projektdokumentation, Herausgeber: Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, Lörrach 2008

Anschrift des korrespondierenden Verfassers:

Andre Heckert · Region Hannover · Jugendhilfe · Jugend- und Seminarhaus Gailhof · 30900 Wedemark · Am Jugendheim 7 · E-Mail: Andre.Heckert@region-hannover.de

14 Aus: Prognos (2007) S.8

Beschreibung der Sucht- und Drogenhilfeentwicklung in der Landeshauptstadt Hannover

von Alfred Lessing (*Dezernat III Jugend- und Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover*)

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

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

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

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

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

Die Interventionsstrategien in den 70er und 80er Jahren waren im Bereich der Drogenhilfeeinrichtungen Angebote von Beratung und stationären Langzeittherapien, im Bereich der Polizeiaktivitäten wurde der Fokus auf Bekämpfung des Drogenhandels und der offenen Drogenszene gerichtet; beide Bereiche, Drogenhilfe und Polizei, meinten seinerzeit, die sich neu entwickelnde Drogensituation mit den jeweils eigenen Mitteln in den Griff bekommen zu können.

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

Ausgehend von ca. 5.000 Opiatabhängigen allein im Stadtgebiet Hannover, 65 Drogentodesfällen im Jahr 1992 und einer ausufernden offenen Drogenszene in den Jahren 1994 und 1995 stellt sich die Situation im Jahr 2010 glücklicherweise deutlich anders dar:

- Bereits im Jahr 1991 wurde auf politische Initiative ein sogenannter Runder Drogentisch konstituiert, welcher unter der Leitung des damaligen Gesundheits-, Jugend- und Sozialdezernenten die Aufgabe hatte, die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich von Drogenhilfe und Drogenbekämpfung zu koordinieren und neue Projektüberlegungen zu bewerten. Zeitgleich mit der Entstehung des Runden Drogentisches wurde die Stelle eines Drogenbeauftragten eingerichtet, welcher die Aufgabe hatte, in direktem Kontakt mit den unterschiedlichen Akteuren im Bereich Drogenhilfe und Drogenbekämpfung die Vernetzung zu optimieren und gemeinsam mit den Einrichtungen neue Konzepte einer innovativen Sucht- und Drogenhilfe zu entwickeln und ggf. den Ratsgremien zur Entscheidung vorzuschlagen.
- Mittlerweile befinden sich ca. 2.500 Drogenabhängige jährlich entweder in medizinischer Behandlung, in Beratung oder therapeutischer Behandlung. Allein ca. 1.700 ehemals Drogenabhängige werden mit dem Ersatzmedikament Methadon behandelt; für sie besteht keine Notwendigkeit mehr, kriminell zu werden oder sich zu prostituieren um ihre Drogensucht zu finanzieren.
- Die offene Drogenszene am Nordkopf des Hauptbahnhofes in der Tivolistraße konnte durch ein Bündel von sozialen und polizeilichen Maßnahmen auf ein für alle Beteiligten erträgliches Ausmaß reduziert werden, also sowohl im Sinne der Drogenabhängigen wie auch der Bevölkerung, der Gewerbetreibenden und der Besucher der Stadt Hannover. Auch während der Expo 2000 konnte sich die Stadt Hannover ohne störende Nebenerscheinungen aus diesem Bereich präsentieren.
- Die Zahl der Drogentoten konnte von 65 Todesfällen im Jahr 1992 (höchste Anzahl in der Stadt Hannover) erheblich reduziert werden auf unter 20 Todesfällen in den letzten Jahren.

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

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

So wurden allein die Finanzmittel seit 1988 (ca. 220.000 €) verzehnfacht auf ca. 2 Mio. € im Jahr 2010.

Mit diesen Finanzmitteln konnten folgende Hilfsangebote realisiert werden:

- 1992 wurde aufgrund der stark angestiegenen Zahl von Methadon-Substituierten die erste Schwerpunktpraxis für Drogenkranke eingerichtet.
- 1992 wurde ein städtisches Gebäude saniert und bietet seitdem für 15 Methadon-Substituierte betreutes Wohnen durch die Selbsthilfegruppe Drogengefährdeter e. V. an.
- 1993 wurde der Betrieb des „Methadon-Mobils“ als Zusatzangebot der Praxis für Drogenkranke ermöglicht.

- In den Folgejahren wurden drei Übernachtungseinrichtungen (SleepIn Bachstraße, Unterkünfte in Lahe und Wörthstraße) für obdachlose Drogenabhängige eingerichtet, mit einer Gesamtkapazität von ca. 100 Schlaf-Plätzen, unter anderem zur Minimierung der offenen Drogenszene.
- 1994 wurde die Einrichtung „La Strada“ eröffnet, als Beratungs- und Betreuungsangebot für Mädchen und Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen.
- Zur Kontaktaufnahme mit Drogenabhängigen anderer Nationalitäten wurden bereits ab 1995 erstmalig türkisch- und russischsprachige Sozialarbeiter eingesetzt.
- Es gibt mittlerweile in der Region Hannover drei Entgiftungsstationen an unterschiedlichen Krankenhäusern angebunden, mit einer Gesamtzahl von ca. 40 Betten.
- 1995 startete INUIT e. V. mit dem Angebot der sozialpädagogischen Familienhilfe für Methadon-Substituierte mit Kindern, um Fremdunterbringung der Kinder zu vermeiden.
- 1996 startete das Modellprojekt „Interkulturelle Suchthilfe – Prävention und Beratung für Migranten“ des Ethno-Medizinischen-Zentrums.
- 1997 eröffnete das SOS-Bistro des Neuen Landes (Tagescafé für Drogenabhängige).
- Im Dezember 1997 wurde in Hannover der erste Drogenkonsumraum an der Hamburger Allee geöffnet (Fixpunkt), in welchem Drogenabhängige unter sterilen und stressfreien Bedingungen ihre zum Eigenkonsum mitgebrachten Drogen auch konsumieren dürfen.
- Ab 1998 wurden mehrere Arbeitsprojekte für ehemals Drogenabhängige realisiert, u. a. ein Malerprojekt, eine Fahrradstation mit Fahrradwerkstatt, ein Gebäudereinigungsprojekt und ein Grünflächenprojekt.
- Es gibt drei Einrichtungen in Hannover, die sich speziell um die Belange von jugendlichen Drogenkonsumenten kümmern, Bed by night (seit 1996 Übernachtungseinrichtung u. a. auch für drogenabhängige Straßenkinder), „Teen Spirit Island“ (seit 1999 als Entzugsstation und intensivtherapeutische Behandlung) und „STEP-KIDS“ (seit 2000 als pädagogisch-therapeutische Gemeinschaft).
- Im August 2002 startete in sieben bundesdeutschen Städten das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, welches mittlerweile erfolgreich abgeschlossen ist und ab 01.10.2010 in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen überführt werden konnte.

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

Obwohl festzuhalten ist, dass die bundesweiten Zahlen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Bezug auf den Konsum von Opiaten bzw. Cannabis seit dem Jahr 2004 und die Zahlen der Raucherinnen und Raucher seit dem Jahr 2008 (Zigarettenkonsum erst ab 18 erlaubt) rückläufig sind, hat die Anzahl der Alkohol konsumierenden Jugendlichen und jungen Menschen in den vergangenen Jahren eher zugenommen.

Der Alkoholkonsum und die übermäßige Nutzung von Computern und Spielkonsolen dürften daher neben der bisherigen Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe die Herausforderung der kommenden Zeit sein.

Anschrift des Verfassers:

Alfred Lessing · Landeshauptstadt Hannover · Dez. III · Fachbereich Jugend- und Sozialdienst · Ihmeplatz 5 · 30449 Hannover

Regionale Psychiatrieberichterstattung

Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2009

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)¹⁵. 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“¹⁶.

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

16 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

Tabelle 1: Entwicklung von Hilfsangeboten in der Region Hannover 1967 bis 2009

Anzahl der Einwohner (in Mio.)	0,812	1,140	1,168	1,130
Angebotsform	1967	1998	2004	2009
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	0	9	10	11
Ambulant-aufsuchender Dienst (SpDi / PIA)	3	11	19	22
Plätze im ambulant betreuten Wohnen (SGB XII)	0	291	~700	1337*
Tagesklinik-Plätze in Erwachsenenpsychiatrie (SGB V)	0	118	136	221*
Tagesklinik-Plätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	5	13	21*
Plätze in Tagesstätten (§ 53 SGB XII)	0	109	136	195*
beschützte teilst. Arbeitsplätze (bes. in WfbM und RPK)	0	300	346	567
Klinikbetten Erwachsenenpsychiatrie (SGB V)	2701	1032	882	844*
Klinikbetten Kinder-Jugend-Psychiatrie (SGB V)	80	69	86	103*
Plätze in Wohnheimen (§ 53 SGB XII)	0	525	611	1398*
Plätze in Pflegeheimen (SGB XI / § 53 SGB XII)	230	1337	1111	1447

*) Daten zur Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen 2009 aus dem Niedersächsischen Krankenhausplan, vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales und – für das ambulant betreute Wohnen – von der Region Hannover

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 automatisch 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 2009 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 wie im Vorjahr nur vier von 15 registrierten Hilfsangeboten, beim ambulant betreuten Wohnen (abW; AF 13) sieben von 27 (Vorjahr: 7 von 25).

Tabelle 2: Anzahl Datenblätter C nach Angebotsform für die Jahre 2001 bis 2009*

Angebotsform	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10 Sozialpsych. Dst / PIA	1085	929	2907	3727	5346	6214	6927	8101	8413
13 amb. betr. Wohnen	197	447	504	632	645	795	730	757	723
15 amb. Hilfen zur Arbeit					21	25	27	28	31
16 Sucht-Beratungsstellen	604	815	879	987	671	784	1024	859	872
18 amb. gerontopsy. Hilfe					24	28	74		
19 sonstige amb. Hilfen	80	1		4	42	1		280	277
20 Tageskliniken								40	40
23 Tagesstätten	113	98	65	91	65	100	81	36	34
24 Werkstätten (WfbM)					178				
33 Wohnheime (SGB XII)	92	160	50	88	65	54	22	31	142
37 Wohnheime (SGB VIII)	48	50	44	53	52	59	67	68	76
Summe Datenblätter C	2219	2500	4449	5582	7109	8248	8952	10200	10611

*) 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 ist das Übergewicht der Männer noch stärker. Hier muss berücksichtigt werden, dass der Anbieter SuPA GmbH mit seinen häufig (auch) suchtkranken Nutzern 55% 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	48%	0%	52%	13%	27%
	2004	3727	49%	0,3%	48%	16%	37%
	2006	6214	53%	0,1%	47%	16%	39%
	2007	6927	53%	0,1%	49%	15%	39%
	2008	8101	52%	0%	48%	15%	40%
	2009	8413	52%	0,1%	48%	15%	36%
abW (AF 13)	2001	197	55%	0%	60%	4%	46%
	2004	632	62%	0%	55%	4%	50%
	2006	795	62%	0%	57%	6%	57%
	2007	730	65%	0%	54%	5%	52%
	2008	757	65%	0%	51%	4%	54%
	2009	723	64%	0%	53%	5%	52%
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	60%	0,2%	53%	4%	1%
	2004	987	64%	0,6%	54%	3%	2%
	2006	784	66%	0,5%	51%	5%	1%
	2007	1024	64%	0,8%	47%	7%	1%
	2008	859	61%	0,7%	50%	6%	1%
	2009	872	64%	0,8%	49%	3%	1%

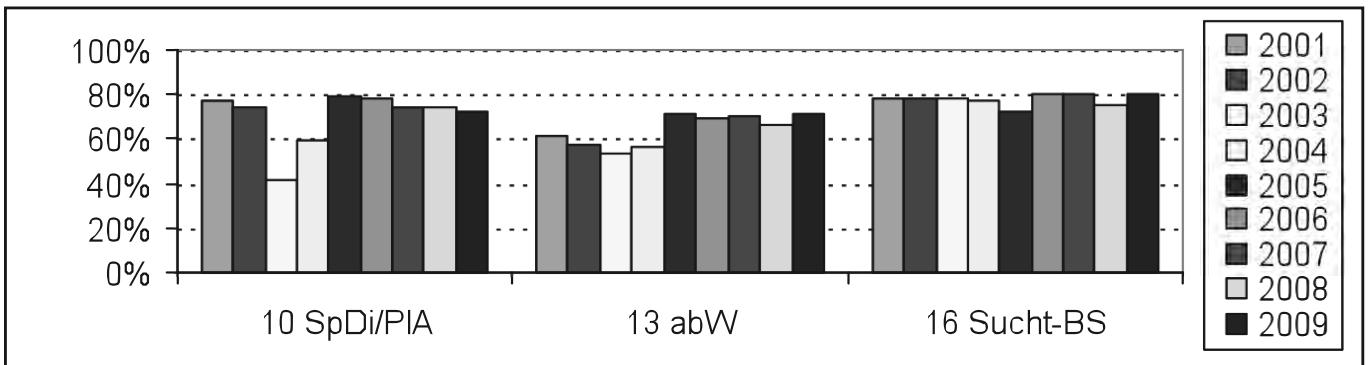
Die Ergebnisse zur Altersverteilung (K10-K12) zeigen, dass sich der Altersdurchschnitt der Patienten in den drei hier betrachteten ambulanten Angebotsformen seit Jahren nur wenig verändert. Angesichts des allgemeinen demographischen Wandels auch in der Region Hannover werden die Leistungserbringer in 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, bei knapp 40%, im ambulant betreuten Wohnen über 50%. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer Angebotsform (siehe dazu die Tabellen 5 und 6 weiter unten) lassen vermuten, dass es da und dort Alternativen ohne eine rechtliche Betreuung geben könnte. Bei den Nutzern der Suchtberatungsstellen spielt eine juristische Flankierung keine nennenswerte Rolle.

Psychosoziales Risiko (K14)

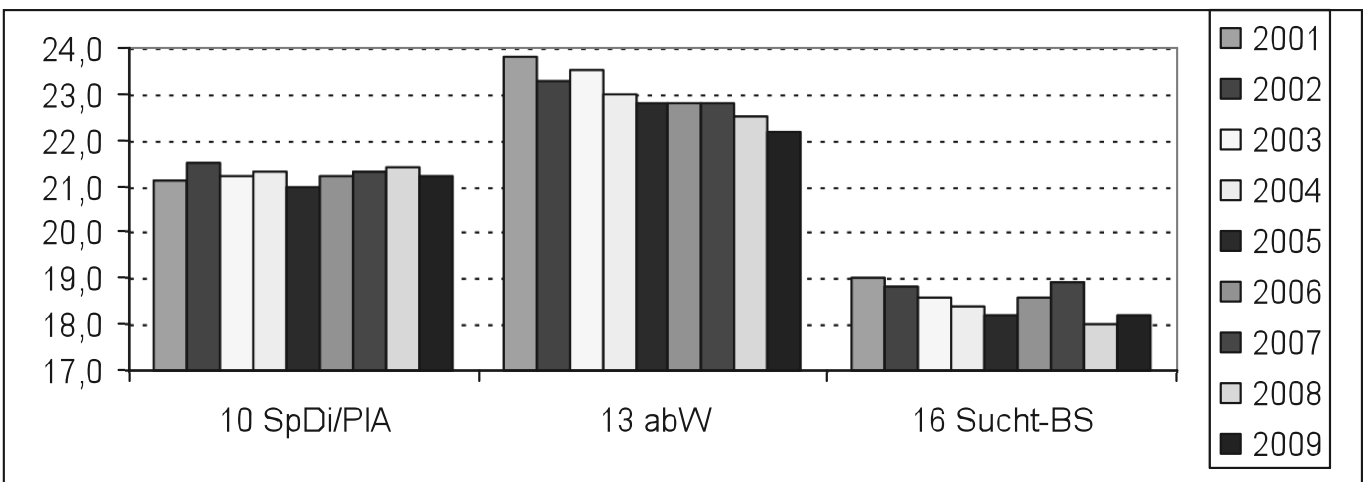
Längst nicht bei allen Datenblättern C kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden (Abbildung 1). Immerhin hält sich der Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore bei den Angebotsformen 10 und 13 seit 2005 zwischen 70% und 80%, dem seit 2001 gewohnten Standard der Angebotsform 16.

Abbildung 1: Anteil Datenblätter C mit berechenbarem psychosozialen Risiko



Die Durchschnittswerte des psychosozialen Risikoscores in den drei genannten Angebotsformen veranschaulichen die großen Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen. Auffällig ist das weitere Absinken des Durchschnittwertes bei den Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) nach einem zweijährigen Stopp 2006 bis 2007 (Abbildung 2). Immer noch aber weisen die Klienten ambulanter Eingliederungshilfen ein vergleichsweise recht hohes durchschnittliches psychosoziales Risiko auf. Dies spricht dafür, dass diese Angebote im Großen und Ganzen tatsächlich diejenigen Menschen betreuen, für die sie gedacht sind.

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

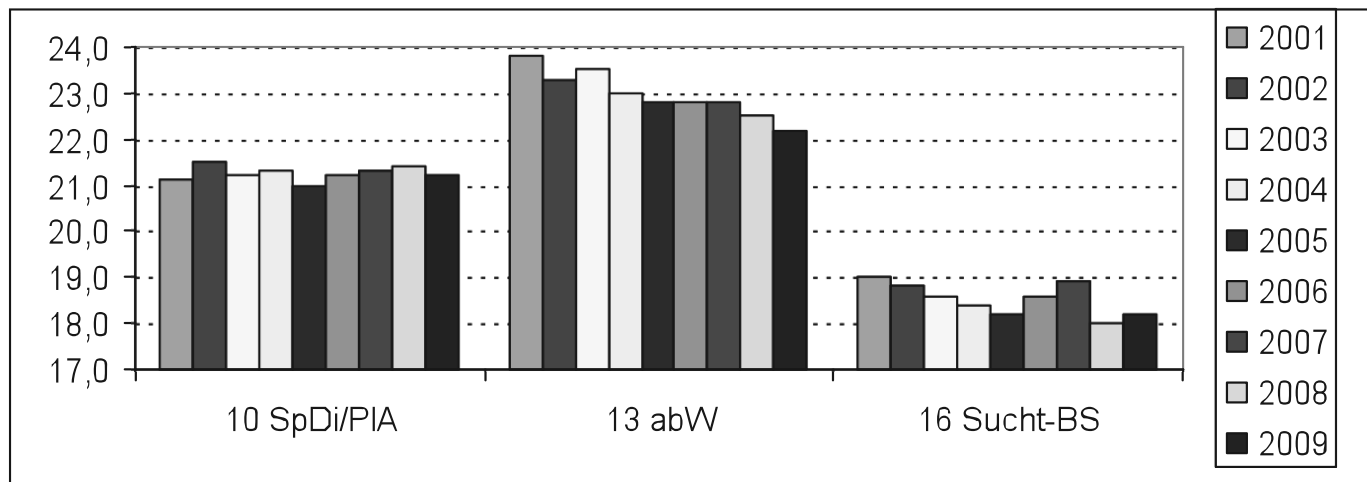


Betreuungskontinuität (K15)

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 die Nutzer des 2008 neu eingerichteten tagesklinischen Behandlungsprogramms in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH werden in dieser Weise dokumentiert.

Bei allen anderen Angebotsformen wird zur Berechnung der Betreuungskontinuität die Anzahl der Quartale erfragt, in denen der Patient im Berichtsjahr im Hilfsangebot betreut wurde. Beim ambulant betreuten Wohnen kam es von 2001 bis 2006 zu einem Anstieg der durchschnittlichen Betreuungskontinuität, was bei hohem psychosozialen Risiko 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 unter Umständen obdachlos oder muss langfristig in einem Heim betreut werden. Die jeweils zuständige Beratungsstelle des SpDi soll nach Information über einen Abbruch eigentlich weiter notwendiger Hilfen versuchen, mit dem Betroffenen mindestens einmal pro Jahr in Kontakt zu kommen, für ihn und seine Angehörigen auch langfristig ansprechbar bleiben. Parallel geht es darum, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. Spezielle Auswertungen des Datenblattes C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.¹⁷

¹⁷ Elgeti H (2009): Jenseits von Frühintervention und Langzeitbegleitung: Was bleibt zu tun, wenn schizophren erkrankte Menschen die notwendige Therapie abbrechen? In: Ziegenbein M, Machleidt W, Brüggemann BR,

Im Berichtsjahr 2009 stammten 8413 von insgesamt 10611 abgegebenen Datenblättern C (Vorjahr: 8101 von 10200) von Hilfsangeboten der Angebotsform 10 (SpDi/PIA), das ist wie im Vorjahr ein Anteil von 79%; bei den psychosekranken Männern unter 25 Jahren waren es 100 von 115 (87%; Vorjahr: 84%). In der Gesamtgruppe psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem Datenblatt C dokumentiert wurde, sind nur 4% 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 nichtklinische 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, ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität zu verbessern und dadurch eventuell auch den Anteil klinisch behandelter Patienten zu senken.

Tabelle 4: einige Merkmale psychosekranker Männer unter 25 Jahren 2004-2009

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychosekranke Männer <25 Jahre					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
DB C	1728	2416	2663	2696	3007	3146	5%	4%	4%	3%	3%	4%
K14	22,8	22,4	22,5	22,5	22,4	22,3	22,8	22,7	22,6	22,2	22,4	22,5
K15	3,1	2,4	2,3	2,2	2,2	2,2	2,6	2,1	2,0	1,9	2,0	1,9
Klinik	35%	32%	26%	22%	20%	20%	59%	49%	37%	33%	28%	31%

Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Region Hannover unterhält für die Wahrnehmung der Aufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) gemäß NPsychKG neben der Leitung mit Geschäftsstelle des SpV und Steuerungsstelle Eingliederungshilfen (Zentrale; 39.00) insgesamt neun dezentrale Beratungsstellen (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

A, Haltenhof H (Hrsg.): Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung. Lengerich: Pabst Science Publishers; 199-207

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 69 abgegebenen Datenblättern C für das Berichtsjahr 2009 (2008: 55; 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.

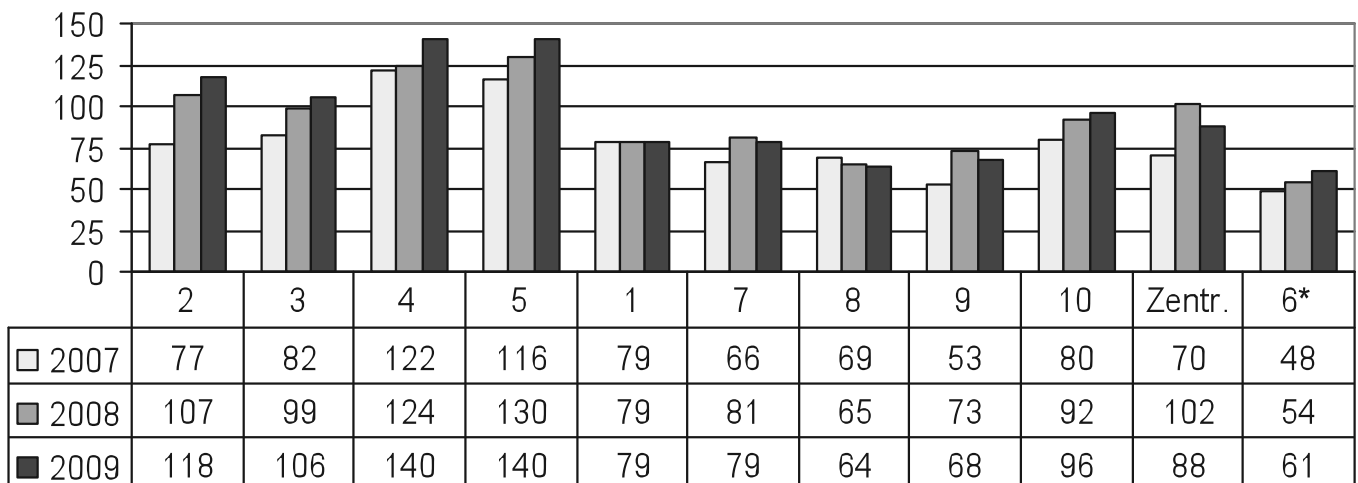
Tabelle 5: Merkmale der Nutzer ambulantaufsuchender Dienste (AF 10) 2008-2009

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	2008	55	53%	42%	11%	9%	19,2	1,1
		2009	69	51%	47%	21%	28%	20,4	1,4
31.03	PIA MHH-Campus		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
31.10	BS 6 MHH-List	2008	269	43%	55%	11%	31%	19,3	1,1
		2009	168	39%	62%	9%	23%	18,8	1,3
31.11	PIA MHH-List	2008	491	44%	46%	16%	29%	21,0	3,1
		2009	516	42%	44%	14%	23%	20,5	3,0
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	2008	961	57%	61%	5%	57%	22,9	1,7
		2009	1178	59%	56%	5%	58%	22,8	1,8
39.01	BS 2 Freytagstr.	2008	774	48%	48%	15%	35%	21,7	1,8
		2009	787	48%	48%	15%	31%	21,6	1,8
39.02	BS 3 Plauener Str.	2008	418	54%	44%	17%	39%	21,3	1,9
		2009	447	51%	45%	15%	37%	21,1	1,9
39.03	BS 4 Deisterstr.	2008	892	53%	55%	10%	43%	21,6	1,8
		2009	931	52%	54%	10%	38%	21,4	1,8
39.04	BS 5 Königstr.	2008	864	50%	57%	9%	41%	21,8	1,8
		2009	931	51%	54%	10%	36%	21,8	1,8
39.05	BS 1 Ronnenberg	2008	698	50%	46%	21%	29%	20,4	1,9
		2009	734	52%	45%	22%	30%	21,2	1,8
39.06	BS 7 Burgdorf	2008	706	53%	37%	21%	43%	21,7	1,6
		2009	689	52%	37%	22%	35%	21,3	1,6
39.07	BS 8 Neustadt	2008	697	55%	40%	16%	37%	21,0	1,5
		2009	683	56%	42%	16%	32%	20,5	1,5
39.08	BS 9 Laatzen	2008	600	54%	39%	23%	37%	20,9	1,7
		2009	531	55%	41%	21%	31%	20,3	1,8
39.10	BS 10 Langenhagen	2008	675	54%	41%	21%	40%	20,5	1,9
		2009	749	53%	41%	21%	36%	20,2	1,8

Ab dem Berichtsjahr 2007 wurden die 2005 ziemlich vollständig dokumentierten Patienten der Beratungsstellen des SpDi mit den dort eingesetzten Personalressourcen in Beziehung gesetzt. Unter Berücksichtigung der Betreuungsdauer im Jahr lässt sich 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.

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 über denen der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH (6), dort allerdings unter Einschluss auch der Institutsambulanz-Funktion. Die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2009 zeigen für die stadthannoverschen Sektoren 2 bis 5 einen durchaus Besorgnis erregenden, mehr oder weniger starken Anstieg der Fallzahlbelastung im Vergleich zu den Vorjahren.¹⁸

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

Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

25 Einrichtungsträger hielten im Jahre 2009 insgesamt 27 Angebote im ambulant betreuten Wohnen vor (2008: 23 Träger / 25 Angebote). Wie im Vorjahr beteiligten sich sieben von ihnen an der Datenerhebung mit dem Datenblatt C (Tabelle 6). Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung ihrer Nutzer. Bemerkenswert sind die Unterschiede beim Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13), die sich nicht gleichsinnig 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.

¹⁸ Elgeti H (2011): Macht den Sozialpsychiatrischen Dienst stark! – Daten und Fakten zur aktuellen Problematik aus Niedersachsen. Sozialpsychiatrische Informationen 41 (1); Bonn: Psychiatrie-Verlag; (im Druck)

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 steigender Inanspruchnahme der Anteil von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (Scorewerte von 26-32) insgesamt deutlich vermindert (Tabelle 7). Dieser Trend schien im Jahr 2006 gestoppt, setzte sich dann aber weiter fort. Die Betreuungskontinuität nahm im Jahr 2007 erstmals mit steigendem psychosozialen Risiko ab. Wünschenswert wäre umgekehrt eine größere Kontinuität bei Patienten mit einem höheren Risikoscore, wie es die Auswertung für das Berichtsjahr 2004 ergab.

Tabelle 6: Hilfsangebote und ihre Nutzer im Ambulant betreuten Wohnen 2008-2009

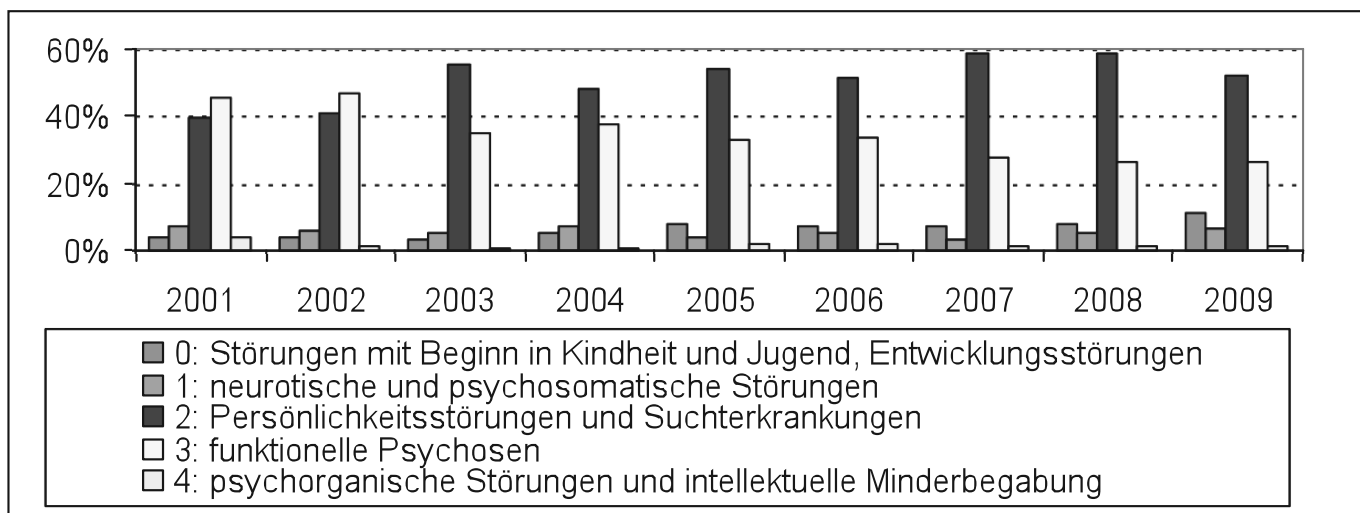
Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	<45 J	≥65 J	BtG	psR	Kont
04.04	AWO	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
07.02	beta 89	2008	185	50%	58%	2%	50%	22,5	3,5
		2009	189	47%	56%	3%	51%	22,2	3,4
13.03	Wedemark	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
15.03	Ex&Job								
16.01	FIPS								
17.00	Pro Casa	2008	46	54%	59%	2%	70%	22,1	3,6
		2009	46	52%	59%	2%	69%	21,6	3,3
69.01	SPZ Am Seelberg	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
20.02	Hann. Werkstätten								
21.00	Wohnnetzassistenz	2008	11	55%	91%	0%	46%	22,7	3,5
		2009	12	58%	50%	8%	75%	22,8	3,2
28.20	Klinikum Wahrenndorff	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
30.00	Landwehrpark	2009	19	68%	67%	0%	90%	22,5	3,5
36.04	PfIH Wilkening	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
43.02	Verein z. F. s. Beh.								
44.00	Verein z. F. soz. Bez.								
50.00	SuPA GmbH	2008	402	75%	48%	6%	53%	22,6	3,6
		2009	400	75%	48%	7%	51%	22,4	3,7
51.00	Perspektiven GbR	2008	61	69%	38%	7%	75%	?	2,9
		2009	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>						
52.01	Heuberg GmbH	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
53.00	autark Ambulant betreutes Wohnen	2008	27	63%	48%	4%	26%	22,6	3,5
		2009	23	48%	44%	13%	30%	22,2	3,3
56.00	Werte e.V.	2008	25	44%	60%	0%	56%	21,0	2,2
		2009	34	47%	74%	0%	41%	19,8	3,1
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								

Tabelle 7: Betreuungskontinuität im abW nach psychosozialem Risiko 2001-2009

Risikoscore	Anzahl	Verteilung psychosoziales Risiko				Betreuungskontinuität (Quartale)			
		7-13	14-19	20-25	26-32	7-13	14-19	20-25	26-32
2001	197		6%	67%	28%		2,4	3,2	2,8
2002	415		10%	69%	22%		3,3	3,4	3,4
2003	504		9%	69%	22%		2,8	3,4	3,4
2004	632		10%	73%	18%		3,1	3,4	3,5
2005	645		14%	73%	13%		3,3	3,5	3,3
2006	795		14%	69%	17%		3,4	3,5	3,5
2007	728		8%	75%	14%		3,7	3,5	3,4
2008	757		14%	74%	12%		3,6	3,6	3,4
2009	723		15%	77%	9%		3,6	3,6	3,5

Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW zeigt 2009 einen wieder etwas geringeren Anteil an Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen, während die Diagnosegruppe der Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und der Entwicklungsstörungen (F8 und F9 nach ICD-10) leicht zugenommen hat (Abbildung 4). Bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass 55% aller Datenblätter C dieser Angebotsform vom Anbieter SuPA GmbH kommen. 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.

Abbildung 5: Verteilung der Erstdiagnosen (K16) bei Patienten des abW 2001-2009



Für die Berichtsjahre 2008 und 2009 gibt es für den Umfang ambulant betreuten Wohnens erstmals Vergleichsmöglichkeiten mit anderen niedersächsischen Kommunen; 2008 meldeten 64% und 2009 51% aller Kommunen entsprechende Daten. Dabei zeigte sich, dass in der Region Hannover keineswegs besonders viele Menschen auf diese Weise betreut werden, obwohl dies von der Sozialstruktur der Bevölkerung eigentlich erwartbar wäre. Bei einem Landesdurchschnitt von 91 (2008) bzw. 125 (2009) belegten Plätzen pro 100.000 Einwohner waren es in den gering besiedelten Landkreisen Niedersachsens (unter 1,0 Einwohner pro Hektar) 71 (2008) bzw. 70

(2009) Plätze, in den kreisfreien Städten (über 3,0 Einwohner pro Hektar) dagegen 143 (2008) bzw. 190 (2009) Plätze. In der Region Hannover waren es pro 100.000 Einwohner lediglich 97 (2008) bzw. 118 belegte Plätze (2009).¹⁹

Merkmale der Nutzer der übrigen teilnehmenden Hilfsangebote

Wenigstens kurz sollen hier noch die Ergebnisse für die übrigen Hilfsangebote, die sich für das Berichtsjahr 2009 an der anonymisierten Patientenbezogenen Datenerhebung mit dem Datenblatt C beteiligt haben, dargestellt werden. Neben den bereits vorher vertretenen Hilfsangeboten (therapeutische Wohngruppen des Stephansstifts für Kinder und Jugendliche, Diakonischer Betreuungsverein, Tagesstätte Engelbosteler Damm von Beta89, AWO-Wohnheim Nordfelder Reihe ambulante Ergotherapie und tagesklinisches Behandlungsprogramm in der MHH-Poliklinik List) beteiligten sich jetzt erstmals das sozialpsychiatrische Wohnheim der Frauenunterkunft der Inneren Mission und die Wohnheime des Charlottenhofs in Wunstorf und Steinhude (Tabelle 8).

Der Diakonische Betreuungsverein erlaubt dank seiner umfangreichen Datenerhebung seit dem Berichtsjahr 2008 einen ersten statistischen Blick auf die Menschen, für die eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Bei nur 65% (2009) bzw. 69% (2008) der betreuten Menschen lag eine psychische Störung vor, zu je etwa einem Drittel betrug das Alter unter 45 Jahre, zwischen 45 und unter 65 Jahre sowie ab 65 Jahre. Bei den psychisch erkrankten Personen (nur bei ihnen lässt sich der Risikoscore berechnen) lag das psychosoziale Risiko im Durchschnitt niedriger als bei ambulanten oder gar stationären Eingliederungshilfen.

Ein Ergebnisvergleich für die Angebotsform 33 (stationäre Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII) dokumentiert die Unterschiede in der Ausrichtung der vier Wohnheime: Im AWO-Wohnheim Nordfelder Reihe werden hauptsächlich jüngere Männer mit einem sehr hohen psychosozialen Risiko betreut, im Wohnheim der Frauenunterkunft Gartenstraße nur – vorwiegend ältere und alte – Frauen mit einem vergleichsweise geringeren Risiko. Der Charlottenhof wiederum betreut chronisch kranke Menschen mit einem sehr hohen psychosozialen Risiko, wobei der Anteil alter Menschen ab 65 Jahren im Haus Wunstorf 34%, im Haus Steinhude nur 9% beträgt.

¹⁹ Elgeti H (2010): Tabellen zur Sozialstruktur der Kommunen und zu den dort vorgehaltenen Hilfsangeboten. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2011. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck)

Tabelle 8: Merkmale der Nutzer weiterer teilnehmender Hilfsangebote 2008-2009

Code	Kurzbezeichnung	AF	Jahr	Zahl DbC	Män. K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
04.02	AWO Wohnheim Nordfelder Reihe	33	2008	31	74%	90%	0%	90%	26,1	2,8
			2009	26	69%	81%	0%	81%	26,4	3,4
07.05	Beta89 Tagesstätte Engelbost. Damm	23	2008	36	47%	72%	0%	50%	23,5	2,7
			2009	34	53%	59%	0%	49%	22,7	2,8
31.09	MHH Poliklinik List TK-Beh.-Programm	20	2008	40	40%	73%	8%	18%	22,7	5,5
			2009	40	43%	70%	0%	15%	21,6	5,0
31.12	MHH Poliklinik List amb. Ergotherapie	15	2008	28	64%	54%	4%	39%	22,1	2,0
			2009	31	47%	65%	0%	27%	21,1	1,9
41.01	Stephansstift WG f. Kinder/Jugendliche	33	2008	68	28%	100%	0%	25%	23,8	3,2
			2009	76	36%	97%	0%	18%	22,7	3,1
46.00	Diakonischer Be- treuungsverein	19	2008	280	61%	36%	35%	100%	20,6	3,0
			2009	277	62%	35%	35%	100%	19,8	3,3
57.01	Charl.-H. Wunstorf	33	2009	32	53%	13%	34%	87%	25,5	?
57.02	Charl.-H. Steinhude	33	2009	32	63%	13%	9%	94%	25,5	?
77.01	FU WH Gartenstr.	33	2009	52	0%	31%	19%	80%	22,8	?

Diese Beispiele zu vergleichenden Analysen mit Hilfe der erhobenen Daten sollen zeigen, welche Perspektiven eine regionale Psychiatrieberichterstattung 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

Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun?

von Jörg Gapski, Hermann Elgeti, Matthias Eller, Vera Koch, Stefan Pohl, Manfred Preis, Lothar Schlieckau, Thorsten Sueße (*Stabstelle Sozialplanung und Mitglieder der Fachgruppe Dokumentation*)

1. Ausgangslage

Es ist bekannt, dass schwere und chronisch verlaufende psychische Erkrankungen mit einem komplexen Hilfebedarf häufiger in städtisch verdichteten Räumen und sozial unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen vorkommen. Aus diesem Grunde erfasst die 1998 eingeführte Psychiatrie-berichterstattung der Region Hannover die beiden allgemeinen Sozialstrukturindikatoren „urbane Verdichtung“ und „Arbeitslosigkeit“, letztere gemessen als Anteil der gemeldeten Arbeitslosen an der Gesamtzahl der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren. Die Aussagekraft dieser Indikatoren ließ sich bereits anhand von Daten zur Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Behandlung in der Medizinischen Hochschule Hannover in den Jahren 1991-1993 zeigen. In der hier vorgestellten Untersuchung geht es darum, Sozialdaten der Region Hannover mit denen des hiesigen Sozialpsychiatrischen Dienstes abzugleichen, um daraus Rückschlüsse auf Zusammenhänge zwischen sozialen Lebensumständen und besonderen psychiatrischen Problemlagen zu ziehen.

Die Region Hannover bietet sozialpsychiatrische Hilfen wohnortnah an

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte haben vielfältige Aufgaben, die im Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) genauer beschrieben sind. Die Einzelfallhilfen betreffen vor allem die Beratung und Betreuung, ggf. auch die Begutachtung und Behandlung von psychisch erkrankten Personen, die aufgrund der Art und Schwere ihrer psychosozialen Probleme noch nicht oder nicht mehr von den vorrangig für sie zuständigen Hilfsangeboten – wie dem vertragsärztlichen System – erreicht werden.

Das NPsychKG verpflichtet die Kommunen dazu, einen SpDi einzurichten, der neben der Gewährung von Einzelfallhilfen zugleich für die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes und die fortlaufende Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Plans zuständig ist. Im Sozialpsychiatrischen Verbund sind die verschiedenen Anbieter psychiatrischer Hilfen vertreten. Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter und die Abstimmung der Hilfen. Die Hilfen zielen darauf ab, psychisch Kranken eine möglichst selbstständige Lebensführung im gewohnten Umfeld zu erhalten oder wieder zu ermöglichen. Außerdem werden nahe stehende Personen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst beraten und unterstützt. Insgesamt steigt die Zahl der Nutzer solcher Einzelfallhilfen in Niedersachsen seit Jahren an, ohne dass die Personalressourcen der SpDi entsprechend angepasst wurden.²⁴

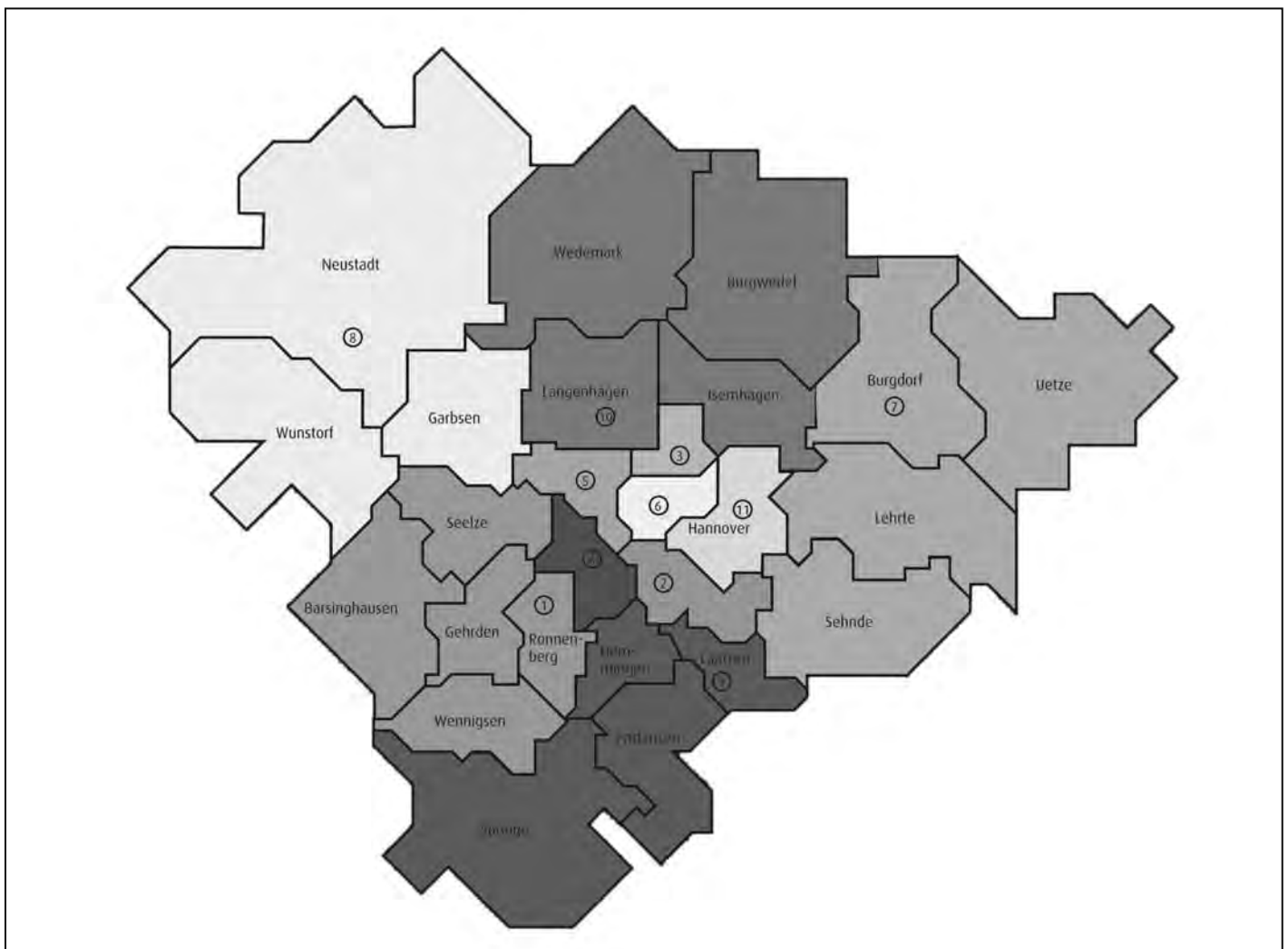
24 Elgeti H (2009): Der Sozialpsychiatrische Dienst im Brennpunkt – Landespsychiatrie-berichterstattung 2008. In: Elgeti H (Hrg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2010. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 154-161

Die Region Hannover ist angesichts ihrer großen Einwohnerzahl in elf psychiatrische Versorgungssektoren aufgeteilt. In jedem Sektor gibt es eine Beratungsstelle des SpDi für Erwachsene, nach deren Standort der Sektor benannt ist (Tabelle 1 und Abbildung 1). Für die Sektoren 6 und 11 besteht seit 1980 ein Vertrag mit dem Land Niedersachsen, nach dem die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hier die Aufgaben eines SpDi wahrnimmt. Darüber hinaus gibt es noch eine weitere Sozialpsychiatrische Beratungsstelle der Region für Kinder und Jugendliche in Hannover, die für die Versorgung des gesamten Regionsgebietes zuständig ist.

Tabelle 1: psychiatrische Versorgungssektoren in der Region Hannover

Landeshauptstadt Hannover		Umland	
S2	Freitagstraße	S1	Ronnenberg-Empelde
S3	Plauener Straße	S7	Burgdorf
S4	Deisterstraße	S8	Neustadt/Rbge.
S5	Königstraße	S9	Laatzen
S6	MHH-List	S10	Langenhagen
S11	MHH-Campus		

Abbildung 1: Region Hannover mit ihren psychiatrischen Versorgungssektoren



Der SpDi der Region verfügt über aussagekräftige Inanspruchnahme-Daten

Der jährlich vom SpDi der Region herausgegebene Sozialpsychiatrische Plan dokumentiert den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Eine ab 1998 schrittweise eingeführte regionale Psychiatricberichterstattung dient dazu, regelmäßig Versorgungsdaten für die Planung zur Verfügung zu stellen. Neben Informationen zur Spezifikation der einzelnen Hilfsangebote, ihrer Platzkapazität und ihrem Einzugsgebiet (Datenblatt A) werden das dort eingesetzte Personal und die Kosten (Datenblatt B) erfragt. Im Rahmen einer anonymisierten Dokumentation der einzelnen Nutzer eines Hilfsangebots (Datenblatt C) sind auch Angaben zu machen zum Sektor ihrer Wohnadresse und zu acht Merkmalen, die eine Einschätzung erlauben zur Schwere und Chronizität der Erkrankung der Betroffenen sowie zum Ausmaß ihrer sozialen Desintegration. Diese acht Merkmale werden zusammengefasst in einem Summenscore „psychosoziales Risiko“ (psR). Dieser Score findet als Durchschnittswert von Inanspruchnahmegruppen auch in dieser Untersuchung Verwendung.²⁵

Die hier verwendeten Daten für die Inanspruchnahme des SpDi der Region beschränken sich auf die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene (Tabelle 2). Sie zeigen auch nach vollständiger Beteiligung aller Beratungsstellen ab dem Jahr 2005 eine weiter steigende Anzahl von Nutzern ohne nennenswerte Verminderung ihres durchschnittlichen psychosozialen Risikos (Ø psR). Die Inanspruchnahme des SpDi ist damit in den Jahren 2003 bis 2009 – bei konstant bleibendem durchschnittlichen psychosozialen Risikoscore der Patientinnen und Patienten – um rund 224 % gestiegen.

Tabelle 2: Datenblätter C aus dem SpDi der Region (ohne MHH-Polikliniken)²⁶

Landeshauptstadt Hannover		Umland	
S2	Freytagstraße	S1	Ronnenberg-Empelde
S3	Plauener Straße	S7	Burgdorf
S4	Deisterstraße	S8	Neustadt/Rbge.
S5	Königstraße	S9	Laatzen
S6	MHH-List	S10	Langenhagen
S11	MHH-Campus		

*) Durchschnittswert des psychosozialen Risikoscore aller Patienten des SpDi

Beim SpDi in der Region Hannover – aber nicht nur dort – haben Einzelfall-Aktivitäten zur Planung von Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen in den letzten Jahren stark zugenommen. Nach Auswertung der entsprechenden Daten der Beratungsstellen des SpDi für das Jahr 2009 ist der Anteil von Patienten, die (auch) wegen solcher Hilfeplanverfahren gesehen wurden, bei einer Wohnadresse in der Stadt Hannover höher als im Umland (47 % zu 31 %). Besonders hoch ist er allerdings in zwei der drei Umland-Gemeinden mit Standort einer psychiatrischen Klinik und mehreren Heimen im Umfeld:

²⁵ Er kann einen Wert zwischen 7 und 32 annehmen; mit steigendem Wert nimmt – statistisch gesehen – das Risiko für Komplikationen im Krankheitsverlauf (z.B. Langzeitunterbringungen in einer Klinik oder einem Heim) zu.

²⁶ In den Sektoren 6 und 11 integrieren die beiden Polikliniken der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie MHH die Funktionen eines SpDi mit denen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Dadurch können viele Patienten, die sonst im SpDi betreut werden, in der PIA behandelt werden. Eine Vergleichbarkeit mit den Beratungsstellen des SpDi der Region ist so nicht mehr gegeben. Deshalb werden die Sektoren 6 und 11 bei den Auswertungen auf Grundlage der Datenblätter C nicht berücksichtigt.

In der Gemeinde Sehnde (Klinikum Wahrenndorff) beträgt der entsprechende Anteil aller Patienten im SpDi 52 %, in der Stadt Wunstorf (KRH Psychiatrie Wunstorf) sogar 53 %, in der Stadt Langenhagen (KRH Psychiatrie Langenhagen) dagegen nur 32 %.

2. Untersuchungsverfahren

Die hier vorliegende sozialökologische Analyse verfolgt die Frage, ob es systematische Zusammenhänge zwischen sozialstrukturellen Rahmenbedingungen einerseits und der Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen andererseits gibt. Die Vergleichsebene ist eine sozialräumliche, nämlich die Untergliederung der Region Hannover in insgesamt elf Versorgungssektoren der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen. Da die Sektorgrenzen nicht überall mit den Stadt- und Gemeindegrenzen in der Region Hannover übereinstimmen, war es für den Ergebnisvergleich zunächst notwendig, alle verwendeten Daten entlang der Sektorgrenzen zu ermitteln.²⁷

Methodisch wird die Frage nach den Zusammenhängen von allgemeinen Sozialstrukturdaten und Psychiatriedaten mit Hilfe einer Korrelationsanalyse unterstützt. Unter den folgenden Abbildungen finden sich deshalb die statistischen Werte für die Korrelation und die Signifikanz.²⁸ Um die Zusammenhänge auch ohne statistische Vorkenntnisse nachvollziehbar zu machen wurde eine Darstellungsform gewählt, die die Zusammenhänge visualisiert (siehe Abbildung 2). Einen engen Zusammenhang kann man aus den Grafiken immer dann ablesen, wenn die Sektorenwerte insgesamt nah an der eingezeichneten von links unten nach rechts oben verlaufenden Achse liegen. So veranschaulicht die Grafik „Urbane Verdichtung“ und „Singlehaushalte“ einen engen Zusammenhang zwischen diesen Indikatoren, der sich in einem entsprechend hohen Korrelationswert niederschlägt (0,903). Der Zusammenhang zwischen „Urbaner Verdichtung“ und „Arbeitslosigkeit“ ist hingegen nicht so stark ausgeprägt, was man an einzelnen weit von der Achse entfernt liegenden Datenpunkten²⁹ und an einem schlechteren Korrelationswert erkennt (0,608).

Siedlungsdichte und Arbeitslosigkeit kennzeichnen die Sozialstrukturen

Da urban verdichtete Räume (Merkmal M1) tendenziell auch eine höhere Arbeitslosigkeit (M2) ausweisen, stellt sich die Frage, ob nur eine der beiden Kennzahlen zur Beschreibung der Sozialstruktur eines Gebietes ausreicht. Die Abbildung 2 verdeutlicht diese grundsätzlichen Zusammenhänge: Dort, wo die Siedlungsdichte gering ist, nämlich in den Umlandkommunen der Region Hannover (die Sektoren mit den blauen Punkten), ist der Anteil der von Arbeitslosigkeit betroffenen Einwohner überwiegend geringer als in den Sektoren der Landeshauptstadt Hannover (Sektoren mit roten Punkten). Gleichzeitig ist in den Umlandsektoren der Anteil von Singlehaushalten

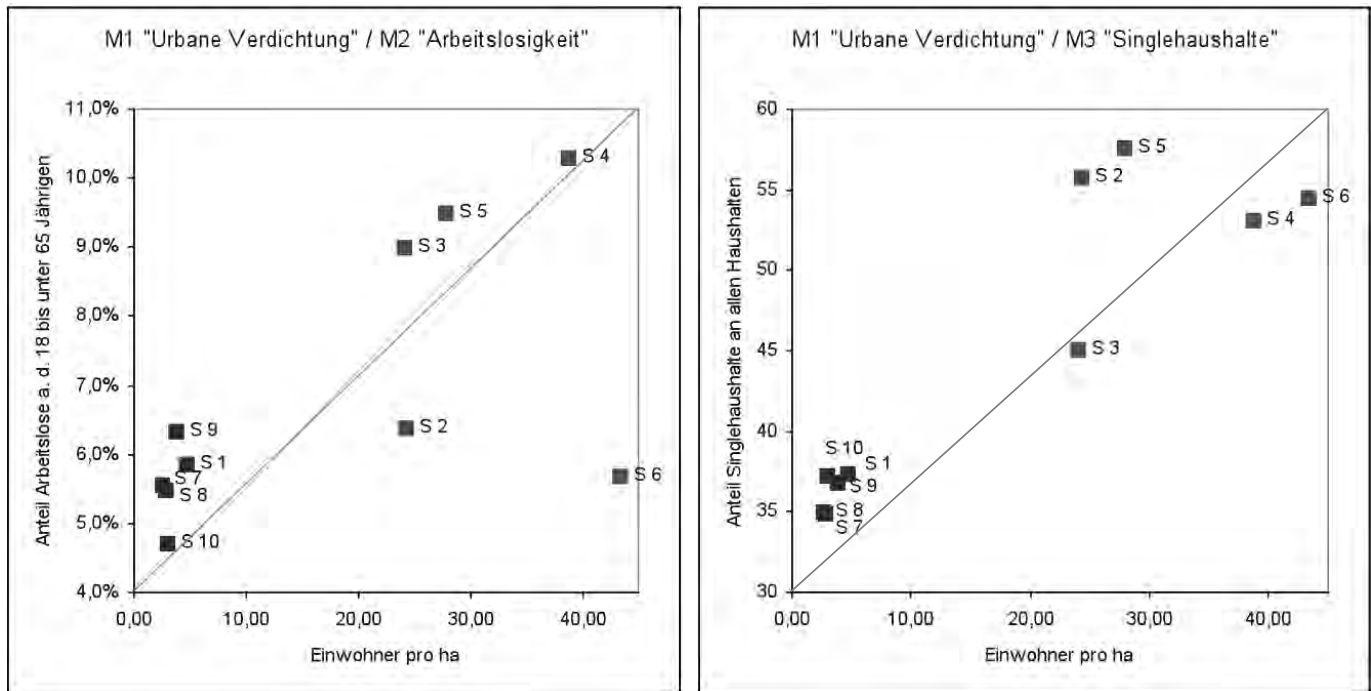
27 Die Orientierung an den Versorgungssektoren ist zwar nicht ideal, da die Sektoren für sozialräumliche Betrachtungen eigentlich zu groß und in ihrer sozialstrukturellen Zusammensetzung zu heterogen sind. Zurzeit ist das aber die einzig mögliche Betrachtungsebene, da nicht alle Gesundheitsdaten für den Wohnort der Patienten vorliegen, was auch kleinräumigere Analysen ermöglicht hätte.

28 Die Korrelationsanalyse gibt Auskunft darüber, ob ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht, wie stark dieser Zusammenhang ist und welche Richtung er hat. Der Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen +1 und -1 annehmen, wobei positive Werte nahe dem Wert 1 eine hohe positive Korrelation anzeigen und Werte bis 0,6 noch eine schwache Korrelation bedeuten. Der Signifikanzwert gibt Auskunft darüber, ob die gefundene Korrelation zufällig ist oder tatsächlich ein Zusammenhang besteht. Hier gilt, je niedriger der Signifikanzwert, desto signifikanter ist die gefundene Korrelation (bis 0,001 hoch, bis 0,01 mittel, bis 0,05 schwach).

29 Im Sektor 6 ist durch die innenstadtnahe Lage (List) zwar die urbane Verdichtung hoch, die soziale Lage ist hier jedoch eher privilegiert, was in einer eher geringen Arbeitslosigkeit Ausdruck findet.

durchgehend deutlich geringer als in den städtischen Sektoren. Das Merkmal M3 „Singlehaushalte“ besitzt jedoch einen zusätzlichen Erklärungswert, was insbesondere dort offenkundig wird, wo zwar der Arbeitslosenanteil niedrig ist (z. B. in der List), die urbane Verdichtung, der Anteil der Singlehaushalte und die Inanspruchnahme des SpDi aber dennoch sehr hoch sind. Die Merkmale M1 – M3 bilden also zusammengenommen ein Set von Indikatoren, das grundlegende, sich ergänzende und untereinander zusammenhängende sozialräumliche Strukturen abbildet.

Abbildung 2: Zusammenhang zwischen den drei Sozialstruktur-Merkmalen



Korrelation = 0,608, Signifikanz = 0,031

Korrelation = 0,903, Signifikanz = 0,000

Zehn Merkmale wurden in die statistische Auswertung einbezogen

Für die Analyse wurde ein Set von insgesamt zehn Merkmalen ausgewählt, von denen die ersten drei allgemeine Sozialstrukturdaten (M1 – M3) und die restlichen sieben psychiatrische Gesundheits- und individuelle Sozialdaten der Patienten abbilden (M4 – M10).

- M1 „Urbane Verdichtung“ (Anzahl der wohnberechtigten Einwohner pro Hektar)
- M2 „Arbeitslosigkeit“ (Anteil der Arbeitslosen aus den Rechtskreisen SGB II / SGB III in Bezug auf die Einwohner im Alter von 18 bis 64 Jahren in Prozent)
- M3 „Singlehaushalte“ (Anteil der Singlehaushalte an allen Haushalten in Prozent)
- M4 „§ 18 NPsychKG Ziffer“ (Anzahl der Zwangseinweisungen nach § 18 NPsychKG aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung pro 100.000 Einwohner)
- M5 „Datenblatt C Ziffer SpDi“ (Anzahl der Patienten, die eine Beratungsstelle des SpDi in Anspruch genommen haben pro 1.000 Einwohner)
- M6 „Psychosozialer Risikoscore“ (aus acht Einzelmerkmalen errechneter durchschnittlicher Risikoscore für Patienten, die eine Beratungsstelle des SpDi in Anspruch genommen haben)

- M7 „allein wohnende Patienten“ (Anteil der Patienten, die allein in einer eigenen Wohnung leben, in Prozent)
- M8 „Patienten ohne Arbeits-/Ausbildungstätigkeit“ (Anteil der Patienten, die keiner Erwerbsarbeit oder Ausbildung nachgehen, in Prozent)
- M9 „Patienten mit seltenen sozialen Kontakten“ (Anteil der Patienten, die keine, nur sporadische oder nur maximal einmal monatlich soziale Freizeitkontakte außerhalb von Therapie, Arbeit und gemeinsamem Wohnen haben, in Prozent)
- M10 „Patienten mit Transferleistungsbezug“ (Anteil der Patienten, die von Mindestsicherungsleistungen wie Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsunfähigkeit, ALG II oder HLU leben, in Prozent)

3. Auswertungsergebnisse

Vier Fragen leiten die Auswertungsstrategie

Das Übereinanderlegen der „Landkarten“ zur allgemeinen sozialstrukturellen Lage und zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen liefert Antworten auf folgende Teilfragen:

- 1) Treten dort, wo die allgemeinen sozialen Belastungsfaktoren hoch sind (z. B. hohe Arbeitslosigkeit) tatsächlich auch vermehrt besondere psychiatrische Notlagen in Gestalt einer Zwangseinweisung gemäß § 18 NPsychKG auf?
- 2) Werden die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen dort, wo die sozialstrukturellen Rahmenbedingungen eher schwierig sind, stärker in Anspruch genommen als in Gebieten mit vergleichsweise besseren Rahmenbedingungen?
- 3) Kann man auf Grundlage der Auswertungen von einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung durch die Beratungsstellen der Region Hannover ausgehen, oder muss das Angebot angepasst werden?
- 4) Eignen sich die psychiatrischen Gesundheitsdaten als Sozialindikatoren?

Ein einfacher Ergebnisvergleich erlaubt noch keine klaren Schlussfolgerungen

Die Auswertungsergebnisse wurden für die einzelnen Sektoren gesondert ermittelt und sind hier zu Vergleichszwecken nebeneinander gestellt (Tabelle 3). Die stadthannoverschen Sektoren umfassen im Vergleich zu den Umland-Sektoren fast durchgehend deutlich weniger Einwohner auf einer sehr viel kleineren Gebietsfläche. Sie zeigen die typische hohe urbane Verdichtung (M1), gemessen als Anzahl der Einwohner pro Hektar Gebietsfläche. Die entsprechenden Werte liegen zwischen 17,4 im Sektor 11 (MHH Campus) und 43,3 im Sektor 6 (MHH List), während sie in den Sektoren im Umland der Region zwischen 2,5 im Sektor 7 (Burgdorf) und 4,7 im Sektor 1 (Ronneberg / Empelde bei Einschluss des hannoverschen Stadtteils Badenstedt) schwanken. Analog zur urbanen Verdichtung verhält sich der Anteil von Single-Haushalten (M3), der im Umland der Region zwischen 35% und 37%, in der Stadt Hannover zwischen 45% und 58% liegt. Die Arbeitslosigkeit (M2) ist in den innenstadtnahen Sektoren 3 (Plauener Straße), 4 (Deisterstraße) und 5 (Königstraße) mit 9,0% bis 10,3% besonders hoch, sonst schwankt sie zwischen 4,7% im Sektor 10 (Langenhagen) und 6,8% im Sektor 11 (MHH Campus).

Die regionale Ziffer der Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG (M4) als Hinweis auf die Häufigkeit besonderer psychiatrischer Notlagen zeigt große Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren sowohl in der Stadt Hannover als auch im Umland der Region. 47 Einweisungen pro 100.000 Einwohner im Sektor 11 (MHH Campus) stehen 119 im Sektor 4 (Deisterstraße) gegenüber. Die Inanspruchnahme der Beratungsstellen des SpDi (M5 „Datenblatt C Ziffer SpDi“) ist in den stadt-hannoverschen Sektoren höher als in den Umland-Sektoren, wobei die von den MHH-Polikliniken betreuten Sektoren 6 und 11 hier nicht mit berechnet werden konnten. Pro 1.000 Einwohner waren es im Minimum 4,3 Patienten im Sektor 9 (Laatzen) und im Maximum 9,5 Patienten im Sektor 4 (Deisterstraße). Die Durchschnittswerte des psychosozialen Risikos der Patienten des SpDi (M6) liegen in den Sektoren 2 bis 5 der Stadt Hannover sowie im Sektor 1 (Ronnenberg / Empelde) mit 21,2 bis 21,5 ganz nah beieinander, in deutlichem Abstand folgen die übrigen Sektoren des Umlands (19,8 bis 20,2).

Tabelle 3: Ergebnisse für die Merkmale M1 – M10 nach Versorgungssektoren

Ausgewählte Sozial- und Gesundheitsdaten													
Sektoren				Allgemeine Sozialstrukturdaten			Sozialpsychiatrische Gesundheits- und Sozialdaten der Patienten/innen						
				M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
	Sektor-Nummer mit Standort der zuständigen Beratungsstelle des SpDi	Einwohnerzahl	Gebietsfläche in Hektar	urbane Verdichtung	Arbeitslosigkeit	Singlehaushalte	Ziffer § 18 NPsychKG	Datenblatt C Ziffer SpDi	psychosoziales Risiko	allein wohnende Patienten	Patienten ohne Arbeits-/Ausbildungstätigkeit	Patienten mit seltenen sozialen Kontakten	Patienten mit Transferleistungsbezug
LHH	2 Freytagstr.	105.983	4.376	24,2	6,4%	56%	89	6,63	21,5	64%	77%	66%	16%
	3 Plauener Str.	58.157	2.424	24,0	9,0%	45%	60	7,38	21,3	64%	81%	32%	28%
	4 Deisterstr.	109.323	2.828	38,7	10,3%	53%	119	9,52	21,4	63%	80%	20%	20%
	5 Königstr.	99.814	3.595	27,8	9,5%	58%	100	8,53	21,4	60%	74%	20%	25%
	6 List MHH	64.037	1.479	43,3	5,7%	55%	79	<i>Keine Berücksichtigung der von den MHH-Polikliniken betreuten Sektoren 6 und 11</i>					
	11 Campus MHH	77.355	5.263	14,7	6,8%	46%	47						
Umland	1 Ronnenberg/E.	138.070	29.577	4,7	5,9%	37%	93	5,67	21,2	53%	82%	34%	17%
	7 Burgdorf	122.198	48.329	2,5	5,6%	35%	83	4,47	20,4	50%	76%	25%	17%
	8 Neustadt	153.703	56.249	2,7	5,5%	35%	83	4,44	20,3	46%	72%	33%	17%
	9 Laatzen	108.226	29.251	3,7	6,3%	37%	80	4,31	19,8	52%	74%	13%	11%
	10 Langenhagen	131.142	45.692	2,9	4,7%	37%	58	5,11	19,8	50%	75%	27%	19%

Eine differenziertere Beschreibung der sozialen Lage der Nutzer von Einzelfallhilfen des SpDi der Region wird ermöglicht durch vier Merkmale aus der Basisdokumentation mit dem Datenblatt C. Der Anteil von allein wohnenden Patienten (M7) zeigt die erwarteten Beziehungen zur urbanen Verdichtung (M1) bzw. zum Anteil der Singlehaushalte (M3) im entsprechenden Sektor. Der Anteil von Patienten ohne Arbeits-/Ausbildungstätigkeit (M8) ist mit Werten zwischen 72% im Sektor 8

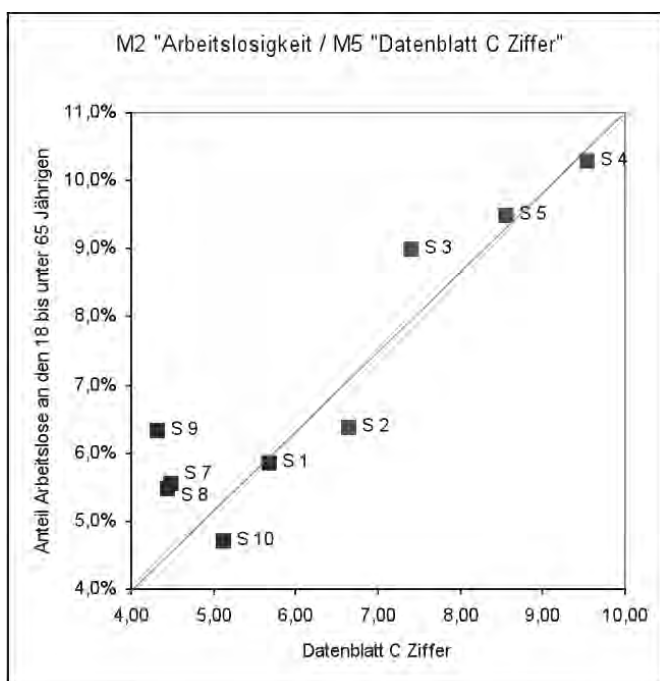
(Neustadt) und 82% im Sektor 1 (Ronnenberg / Empelde) durchgehend sehr hoch. Transferleistungen (M10) bezogen zwischen 11% der Patienten des SpDi im Sektor 9 (Laatzen) und 28% im Sektor 3 (Plauener Straße). Das Merkmal M9 (Anteil der Patienten des SpDi mit seltenen sozialen Kontakten) soll dabei helfen, die Stärke des Netzwerks sozialer Unterstützung einzuschätzen, unabhängig von professioneller Hilfe, Wohn- und Arbeitssituation, die mit anderen Merkmalen erfasst werden. Der ungewöhnlich hohe Wert von 66% im Sektor 2 (Freitagstraße) erfordert eine Rückfrage beim dortigen Arbeiterteam zur Dokumentationspraxis. Auch zwischen den übrigen Sektoren gibt es recht große Unterschiede: 34% beträgt der Anteil von Patienten mit seltenen sozialen Kontakten in Sektor 1 (Empelde / Ronnenberg), nur 13% im Sektor 9 (Laatzen). Anders als bei den übrigen Merkmalen des Datenblatts C ist die richtige Einschätzung durch die Mitarbeiter des SpDi hier abhängig von der genauen Kenntnis des alltäglichen Verhaltens der Patienten.

Die Tabelle 3 mit den Rohdaten liefert auf den ersten Blick noch keine Antworten auf die oben aufgeworfenen Fragestellungen. Hierzu bedarf es vielmehr eines Verfahrens, das die vermuteten Zusammenhänge statistisch überprüfen und sichtbar machen kann.

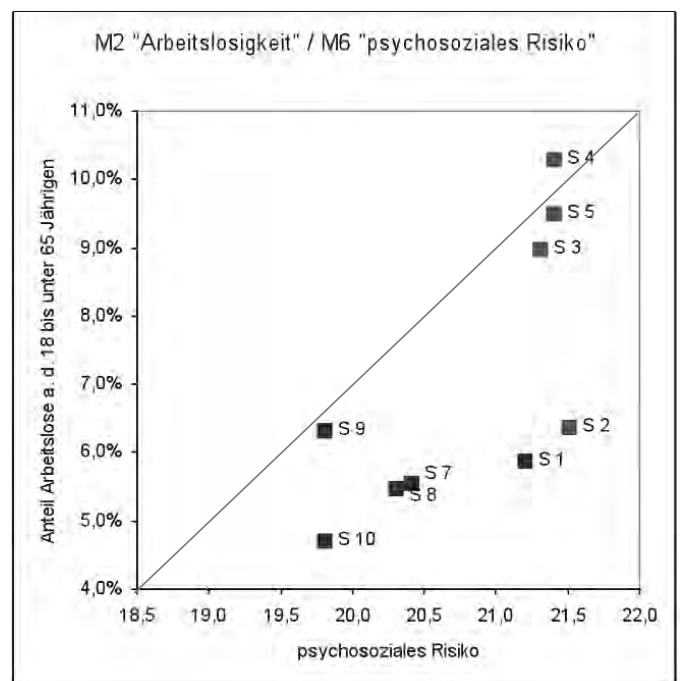
In Sektoren mit hoher Arbeitslosigkeit ist der SpDi stärker gefordert

Als Maß für die Inanspruchnahme des SpDi durch Einzelfallhilfen verwenden wir die Anzahl der dort mit einem Datenblatt C dokumentierten Patienten im Jahr 2009, bezogen auf 1.000 Einwohner (M5 „DB C-Ziffer SpDi“). Die Schwere der Problemlagen messen wir mit dem „psychosozialen Risikoscore“ (M6). Dieser Score umfasst neben vier Merkmalen zur Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung des Betroffenen weitere vier Merkmale zum Ausmaß seiner sozialen Desintegration, aus deren Einzelbestandteilen dann noch vier weitere Merkmale (M7-M10, siehe oben) in die Untersuchung eingehen.

Abbildung 3: Arbeitslosigkeit, Hilfen des SpDi und psychosoziales Risiko



Korrelation = 0,895, Signifikanz = 0,000



Korrelation = 0,646, Signifikanz = 0,022

In Sektoren mit einer vergleichsweise starken Inanspruchnahme des SpDi ist auch der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos der Nutzer relativ hoch. Das bedeutet, dass die in der Stadt Hannover vermehrt geleisteten Einzelfallhilfen des SpDi darin begründet sind, dass dort mehr Menschen mit vergleichsweise schwerer wiegenden Problemlagen Hilfe benötigen. Die erhöhte Fallzahl kommt also nicht dadurch zustande, dass mehr Menschen mit geringer ausgeprägten Problemlagen die Hilfe des SpDi in Anspruch genommen haben. Die Ergebnisse unserer Untersuchung (Abbildung 3) zeigen denn auch einen sehr engen Zusammenhang zwischen der Arbeitslosigkeit im Versorgungssektor (M2) und der Inanspruchnahme von Hilfen des SpDi (M5). Nicht ganz so eng, allerdings ebenfalls statistisch signifikant, ist der Zusammenhang zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (psR) der Nutzer des SpDi (M6).

Einweisungen nach § 18 NPsychKG sind Ausdruck besonderer Notlagen

Bereits seit vielen Jahren werden die Daten aller ärztlichen Zeugnisse zur vorläufigen Einweisung einer psychisch erkrankten Person in eine psychiatrische Klinik gegen ihren Willen gemäß § 18 NPsychKG im SpDi der Region Hannover zentral erfasst. Diese Einweisungen erfolgen nur aufgrund einer anders nicht abwendbaren akuten Eigen- bzw. Fremdgefährdung, wenn wegen Dringlichkeit der Notlage kein richterlicher Beschluss erfolgen kann. Sie bedürfen des Zeugnisses eines psychiatrisch erfahrenen Arztes und der Zustimmung eines Vertreters der Ordnungsbehörde. Da in den ärztlichen Zeugnissen die Wohnadresse der betroffenen Person angegeben ist, lassen sich diese Datensätze nach Versorgungssektoren auswerten.

Bei früheren Auswertungen der ärztlichen Zeugnisse zeigten sich bereits bemerkenswerte Unterschiede zwischen den regionalen Einweisungsziffern der Einzugsgebiete der vier psychiatrischen Kliniken, die für die Versorgung in der Region Hannover zuständig sind. Im Durchschnitt der Region Hannover lag diese Ziffer für das Jahr 2007 bei 83 Einweisungen pro 100.000 Einwohner, bezogen auf das Einzugsgebiet der MHH bei 55 und auf dasjenige des KRH Psychiatrie Langenhagen bei 77. Im Einzugsgebiet des KRH Psychiatrie Wunstorf lag der Wert bei 89, in demjenigen des Klinikum Wahrendorff in Sehnde / Ilten bei 91 pro 100.000 Einwohner.³⁰ Wir verwenden für diese Untersuchung die Anzahl der Zwangseinweisungen gemäß § 18 NPsychKG pro 1.000 Einwohner im Sektor der Wohnadresse der betroffenen Patienten als Merkmal für die Häufigkeit besonderer psychiatrischer Notlagen (M4 „§ 18 NPsychKG Ziffer“).

Die Häufigkeit von Zwangseinweisungen unterliegt verschiedenen Einflüssen

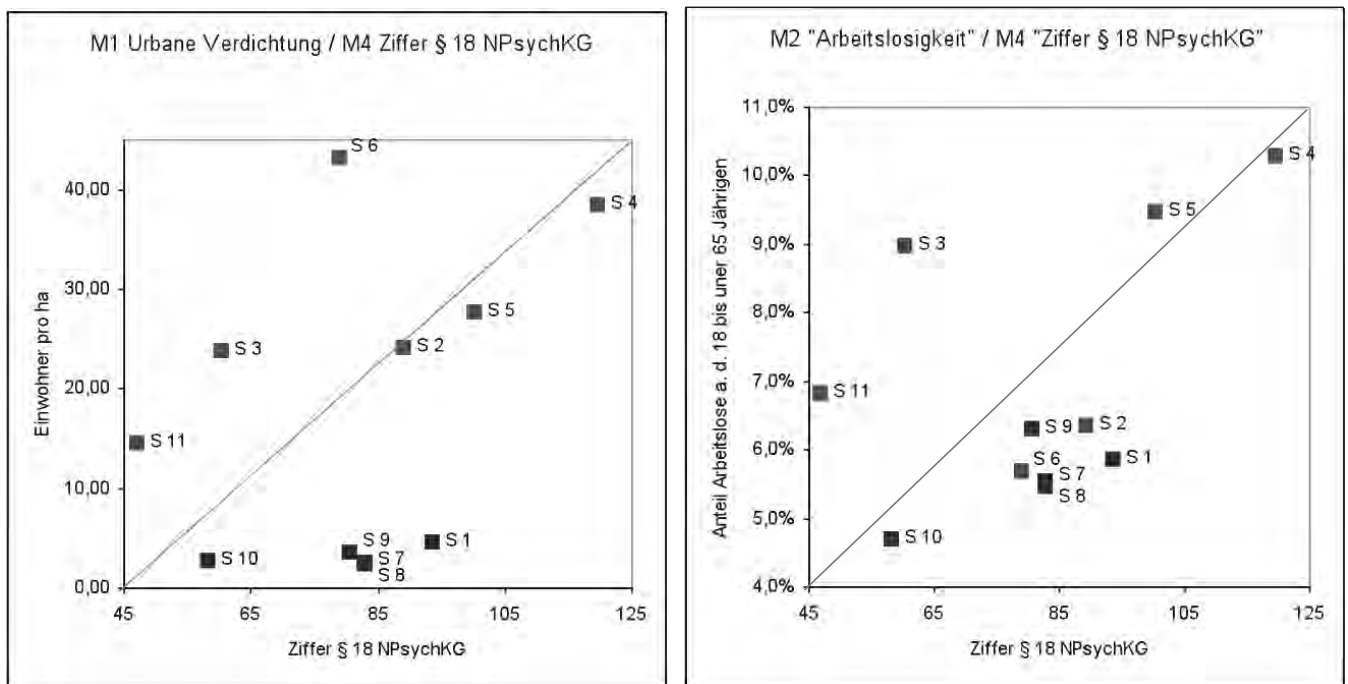
Die genauere Untersuchung der regionalen Ziffern für Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG im Jahr 2009 in den verschiedenen Versorgungssektoren der Region Hannover führt zu Ergebnissen, die interpretationsbedürftig sind. Offensichtlich überlagern sich hier mehrere Einflussfaktoren und führen in der Summe dazu, dass die Einweisungsziffern in einzelnen Sektoren mit der dort gemessenen Arbeitslosigkeit nur einen mäßigen und mit der Siedlungsdichte gar keinen signifikanten Zusammenhang aufweisen (Abbildung 4). Die beiden abgebildeten Graphiken zei-

30 Elgeti H (2008): Auswertung der ärztlichen Zeugnisse gemäß § 18 NPsychKG in der Region Hannover für die Jahre 2002-2007. In: Elgeti H (Hrg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2009. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 103-107

gen die Position der einzelnen Sektoren bei der regionalen Ziffer für Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG (M4) in Abhängigkeit von der Siedlungsdichte (M1) und der Arbeitslosigkeit (M2).

Unabhängig von der Siedlungsdichte weisen die beiden Sektoren 3 (Plauener Straße) und 10 (Langenhagen) im Einzugsgebiet des KRH Psychiatrie Langenhagen eine sehr niedrige Einweisungsziffer auf. Noch niedriger ist die Einweisungsziffer im Sektor 11 (Campus MHH), relativ niedrig auch im innenstadtnahen Sektor 6 (MHH List) mit seiner sehr hohen Siedlungsdichte. Welche Einflussfaktoren könnten hier eine Rolle spielen? Wir vermuten, dass eine stationäre Krisenintervention in einer psychiatrischen Klinik eher freiwillig möglich ist, wenn die Klinik in Wohnortnähe der betroffenen Personen (MHH und KRH Psychiatrie Langenhagen) liegt und ihnen so besser bekannt ist. Ähnlich dürfte die Situation sein, wenn die psychiatrische Klinik integraler Bestandteil eines Allgemeinkrankenhauses ist bzw. vom Ansehen einer Universitätsklinik profitiert, wie es bei der MHH der Fall ist. Als weitere Einflussfaktoren kommen in Frage eine bessere Überschaubarkeit und Vernetzung wohnortnaher Hilfen im Versorgungssektor durch eine niedrigere Einwohnerzahl (Sektor 3, 6 und 11) oder auch die intensiveren ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den Polikliniken der MHH (Sektor 6 und 11).

Abbildung 4: Urbane Verdichtung, Arbeitslosigkeit und Ziffer § 18 NPsychKG



Korrelation = 0,387, Signifikanz = 0,134

Korrelation = 0,538, Signifikanz = 0,054

Alle Umland-Gemeinden weisen eine niedrige Siedlungsdichte auf, mit Ausnahme des Sektors 10 aber relativ hohe Einweisungsziffern. Dies könnte mit einer schlechteren Erreichbarkeit der betroffenen Patienten für aufsuchende Notdienste im ländlichen Raum zusammenhängen, aber auch mit den bis 2010 noch unterschiedlichen Einweisungsverfahren zwischen der Stadt Hannover und dem Umland der Region. Schließlich müssen auch Unterschiede zwischen den Kliniken in Erwägung gezogen werden bei der Einschätzung, wann ein ärztliches Zeugnis nach

§ 18 NPsychKG auszustellen ist, falls ein Patient nachts oder an Wochenenden dringend in der Klinik behandelt werden muss, jedoch nicht auf Station gehen bzw. dort nicht bleiben will.

Soziale und psychiatrische Problemlagen hängen miteinander zusammen

Die vorliegende Untersuchung hat einen Abgleich von allgemeinen Sozialdaten der Region Hannover mit denen des hiesigen Sozialpsychiatrischen Dienstes unternommen. Das Ziel bestand darin, Zusammenhänge zwischen sozialen Lebensumständen und besonderen psychiatrischen Problemlagen zu überprüfen. Die Region Hannover ist insofern eine interessante Untersuchungsgröße, da sie als großflächiges Gebiet sowohl ländliche als auch Großstadtstrukturen aufweist.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Unterschiede in den sozialstrukturellen Rahmenbedingungen zwischen Stadt Hannover und Umland ebenfalls in den sozialpsychiatrischen Indikatoren wiederfinden. So weist die Stadt Hannover gegenüber dem Umland eine größere urbane Verdichtung, mehr alleinlebende Menschen und eine (speziell in den Sektoren 3, 4 und 5) höhere Arbeitslosigkeit auf. Dazu passt die – gegenüber dem Umland – höhere Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Stadt Hannover, wobei die Hilfesuchenden außerdem durchschnittlich einen höheren psychosozialen Risikoscore, also eine sozialpsychiatrisch schwerwiegendere Störung, aufweisen. Die Zwangseinweisungen gemäß § 18 NPsychKG, die gerade im Sektor 4 der Stadt Hannover (unter anderem Linden, Limmer und Ricklingen) sehr häufig sind, weisen zwar auf eine besondere psychiatrische Notlage hin, unterliegen aber offenbar den unterschiedlichsten lokalen Einflüssen, so dass sich kein eindeutiger Zusammenhang herstellen lässt.

Die aufgeführten Zusammenhänge werfen schnell die Frage nach Ursache und Wirkung auf. Beide Sichtweisen, dass Arbeitslosigkeit psychisch krank macht oder psychische Krankheit zu Arbeitslosigkeit führt, sind letztlich plausibel und in ihrer wechselseitigen Bedingtheit zutreffend. Die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen erreichen ihre Zielgruppe der schwerwiegend psychosozial beeinträchtigten Personen. Zur personellen Ausstattung lässt sich sagen, dass die Beratungsstellen des Umlands wegen des vermehrten Aufwands zu bewältigender Anfahrtswege bei Hausbesuchen in ländlichen Gebieten jeweils über mehr Personal als die Beratungsstellen in der Stadt Hannover verfügen. Wenn man hingegen berücksichtigt, dass andererseits die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch schwerwiegend psychisch erkrankte Personen in der Stadt Hannover höher ist (und die große Arbeitsbelastung in diesen Beratungsstellen auch von den dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zunehmend angezeigt wird), ergibt sich daraus der Hinweis auf die Notwendigkeit personeller Aufstockungen gerade in den Beratungsstellen auf dem Gebiet der Stadt Hannover.

Abschließend stellt sich die Frage, ob die hier vorgestellten Daten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen als Gesundheitsfachdaten für sich stehen, oder ob sie als Sozialindikatoren in die Sozialberichterstattung einbezogen werden können, weil sie einen Beitrag zur Beschreibung der sozialen Lage auf sozialräumlicher Ebene leisten. Die Korrelationsanalyse und die Interpretation der Daten hat gezeigt, dass die Inanspruchnahme der Beratungsstellen (M5 „Datenblatt C Ziffer SpDi“) mit den allgemeinen Sozialindikatoren (M1 bis M3), insbesondere mit dem Merkmal „Arbeitslosigkeit“ (M2) hoch korreliert. Auch der „psychosoziale Risikoscore“ (M6) korreliert auf

etwas schwächerem Niveau mit dem Arbeitslosenanteil. Für das Merkmal M4 („Ziffer § 18 NPsychKG“) zeigen sich diese Zusammenhänge so nicht, weil die Daten hier offenbar in stärkerem Maße von den örtlichen Versorgungsstrukturen abhängen und sich somit Daten zur sozialen Problemlage mit Daten zur Versorgungsstruktur mischen. Die beiden erstgenannten Merkmale (M5 und M6) eignen sich hingegen als die psychische Gesundheit beschreibende Sozialindikatoren und können zukünftige Sozialberichte sinnvoll ergänzen.

Anschrift des korrespondierenden Verfassers:

Jörg Gapski · Region Hannover · Dezernat II.3 · Stabsstelle Sozialplanung · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: joerg.gapski@region-hannover.de

Zielvereinbarungen

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

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

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

Wie im Sozialpsychiatrischen Plan 2010 ausgeführt ist 2009 intensiv an dem Thema gearbeitet worden. In 2010 wurden die Bemühungen fortgesetzt die Zielvereinbarung operabel, insbesondere für die Kliniken, zu machen.

Hierbei ist in mehreren Sitzungen und Gesprächen ein Fragebogen für die KJP -Kliniken, wie für die Erwachsenenpsychiatrie, entwickelt worden. Dieser Fragebogen kommt jetzt ab Januar 2011 (KJP) bzw. ab März 2011 (Erwachsenenpsychiatrie) zu Einsatz. Der Fragebogen (KJP) wird nachfolgend zur Kenntnis abgedruckt.

Weiterhin gab es Bemühungen die Arbeitsgruppen auf Sektor-Ebene zwischen den Kliniken und den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen weiterzuentwickeln. Dies gelang aber nur teilweise, weil z.B. einzelne Kliniken, wie das Klinikum Wahrenndorff, sich aus den Arbeitsgruppen zurückzogen.

Über die Bearbeitung der Fragenbögen und deren Auswertung soll nunmehr versucht werden zu weiteren Handlungsempfehlungen in 2011 zu kommen.

Anschrift des Verfassers:

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

Fragebogen für Patienten in KJP- Kliniken

Befragung durch (Klinik, Station): _____

Patient (anonymisiert, lediglich Initialen und Geburtsjahr): _____

1. Welche Wünsche hast Du noch für die restliche Zeit Deiner Behandlung hier in der Klinik?

Zum Beispiel in Bezug auf

a) Medikamente:

b) Dein Zimmer:

c) Bewegung/Freizeit:

d) Besuch/Kontakte:

Welche wichtigen Personen sollen in die Gespräche mit Dir auf Station einbezogen werden?

Welche Themen möchtest Du gerne mit den Therapeuten behandeln?

2. Wer sollte sich nach Deiner Entlassung aus der Klinik um Dich kümmern?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen:)

Familienangehörige

Freundin

Freunde

Hausarzt/Facharzt

Beratungsstelle

Andere Bezugsperson, wer? (z. B. Lehrer/in, Sozialarbeiter/in, Jugendamt, Jugendzentrum? Schulsozialarbeiter/in? Meister?)

kein Bedarf

Auf welche Weise sollte der Kontakt erfolgen?

- Besuch zuhause**
- Treffen in der Wohnung/Dienststelle der gewünschten Person**
- Treffen an einem sonstigen Ort (z. B Café)**
- Telefonisch**
- Per Brief**
- Per E-Mail**
- Im Chat**
- kein Bedarf**

3. Welche Themen (außer medikamentöser Behandlung) sollten mit Dir nach der Entlassung aus der Klinik besprochen werden?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen:)

- Angehörige/Familie**
- Eigene Wohnung**
- Schulische/berufliche Weiterentwicklung**
- Partnerschaft**
- Freizeitgestaltung**
- Finanzen**
- Führerschein**
- Andere Themen, welche?**
- kein Bedarf**

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover:

Projekt zur Verbesserung der Betreuungskontinuität von Männern unter 25 Jahren mit funktioneller Psychose

Alle männlichen Patienten unter 25 Jahren mit funktioneller Psychose in einer psychiatrischen Klinik sollen hier mit Hilfe dieses 2-seitigen Bogens zu ihren Wünschen befragt werden (dabei geht es nicht nur um Ersterkrankungen).

Die Befragung und das Ausfüllen dieses Bogens wird jeweils von Mitarbeiterseite durchgeführt.

Der 1. Abschnitt zum Kontext „aktueller Klinikaufenthalt“ ist mit dem Patienten am sinnvollsten ungefähr 14 Tage nach stationärer Aufnahme zu besprechen.

Der 2. Abschnitt zum Kontext „ambulante Nachsorge“ und der 3. Abschnitt zum Kontext „altersspezifische Interessen“ sind mit dem Patienten am sinnvollsten erst im letzten Drittel der stationären Behandlung zu besprechen.

Das Original des ausgefüllten anonymisierten Fragebogens schickt die Klinik an:

Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover.

Eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens verbleibt in (der Krankenakte) der Klinik.

Fragebogen für Patienten in psychiatrischen Kliniken

Befragung durch (Klinik, Station): _____

Patient (anonymisiert, lediglich Initialen und Geburtsjahr): _____

War der Patient während der aktuellen stationären Behandlung zu irgendeinem Zeitpunkt zwangsuntergebracht? Ja Nein

4. Welche Wünsche haben Sie noch für die restliche Zeit Ihrer Behandlung hier in der Klinik?

Zum Beispiel in Bezug auf

a) Medikamente:

b) Ihr Zimmer:

c) Bewegung/Freizeit:

d) Besuch/Kommunikation:

Welche wichtigen Bezugspersonen sollen in die Gespräche mit Ihnen auf Station einbezogen werden?

Welche Themen möchten Sie gerne mit den Therapeuten behandeln?

Bitte Rückseite beachten

5. **Wer sollte sich nach Ihrer Entlassung aus der Klinik um Sie kümmern?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen:)

- Familienangehörige
- Freunde
- Partner/-in
- Hausarzt/Facharzt
- Beratungsstelle
- Andere Bezugsperson, wer? (Z. B. Sozialarbeiter Jugendzentrum?
Schulsozialarbeiter? Meister?)
- Keiner

Auf welche Weise sollte der Kontakt erfolgen?

- Hausbesuch durch Kontaktperson
- Treffen in der Wohnung/Dienststelle der Kontaktperson
- Treffen an einem sonstigen Ort (z. B. Café)
- Telefonisch
- Per Brief
- Per E-Mail
- Kein Kontakt gewünscht

6. **Welche Themen (außer medikamentöser Behandlung) sollten mit Ihnen nach der Entlassung aus der Klinik besprochen werden?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen:)

- Eigene Wohnung
- Führerschein
- Schulische/berufliche Weiterentwicklung
- Freizeitgestaltung
- Partnerschaft
- Finanzen
- Angehörige/Familie
- Andere Themen, welche?
- Keine

Bericht der Fachsteuerung Hilfekonferenzen

von Therese Schäfer, Irene Röber, Birgit Müller-Musolf, Catrin Lagerbauer (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die im Jahre 2008 und 2009 formulierten Thesen sind weiterhin gültig, mit entsprechenden Folgen für den Arbeitsalltag der Fachsteuerung.

Insbesondere die weitere quantitative Zunahme von Anbietern hat die „Marktsituation“ (insbesondere beim ambulant betreuten Wohnen) verschärft.

In der Folge verändert sich die Qualität von Erstanträgen (Zunahme sog. „weicher“ Diagnosen wie z. B. „Persönlichkeits- und Befindlichkeitsstörungen“), wodurch auch häufiger die Frage des grundsätzlichen Vorliegens einer seelischen Behinderung ins Visier der Fachsteuerung gerät.

In Einzelfällen ist der „Anwerbungsaspekt“ nur schlecht kaschiert. (Wer könnte nicht jemanden brauchen, der einem in schwierigen Lebenssituationen „beisteht“?)

Teilweise wird bereits, ohne Hilfekonferenz bzw. Kostenanerkennnis „vorgearbeitet“, unter Umgehung des Angebots der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen.

Nachdem sich bei Erstkonferenzen Klienten durch Aktivitäten im Vorfeld häufig bereits auf Maßnahmeart und Anbieter fixiert gezeigt haben, wird die Teilnahme von Anbietern bei Erstplanungen als kontraproduktiv angesehen.

Der Begriff „Vertrauensperson“ wird in diesen Fällen instrumentalisiert, was zukünftig durch die Begrenzung auf „Vertrauenspersonen aus dem persönlichen Umfeld“ unterbrochen werden soll (inhaltlich sinnvolle Ausnahmen sind selbstverständlich möglich!).

Dies entspricht auch der ursprünglichen Intention bei Einführung der Hilfekonferenzen (ergebnisoffenes Verfahren, unbeeinflusste Wahl eines passenden Anbieters durch den Klienten, Vermeidung von Konkurrenzsituationen).

Der erklärte konzeptionell/fachliche Grundkonsens, nach Möglichkeit eine Verselbständigung und Unabhängigkeit des Klienten von professionellen Hilfen anzustreben, ist seit einiger Zeit nicht immer zweifelsfrei im Maßnahmeverlauf erkennbar.

Die ursprüngliche Haltung der Fachsteuerung, der zufolge die Qualitätssicherung bei der Durchführung von Maßnahmen Sache der Anbieter ist, gerät folglich unter Druck.

Hilfeplanfortschreibungen, bei denen gravierende fachliche Mängel auffallen, nehmen zu und machen eine qualitativ/inhaltliche Intervention unumgänglich.

Ein „Einstieg“ des Hilfekonferenzverfahrens in die Qualitäts**kontrolle** bei der **Durchführung** von Maßnahmen, als zusätzliche Anforderung, ist somit faktisch bereits erfolgt. Die alleinige Fokussierung der Konferenz auf eine bedarfsgerechte Gestaltung des **Hilfekonzeptes** ist teilweise nicht mehr ausreichend.

Auf diese Entwicklung wurde durch die Fachsteuerung in verschiedensten Kontexten bereits seit längerem hingewiesen.

Die im letzten Sozialpsychiatrischen Plan unter „Ausblick“ formulierten „Gegenmaßnahmen“ sind zwar an unterschiedlicher Stelle diskutiert worden, haben bisher jedoch noch keine praktische Wirksamkeit erlangt.

Zusammenfassende Stellungnahme der Fachsteuerung zur beschriebenen Situation:

Die derzeitige Lage ist eine Strukturfolge der fehlenden Angebotssteuerung in der Region Hannover.

Die gerne vorgenommene Zuschreibung, wonach es die Fachsteuerung ist, die initial, bzw. „willkürlich“ Probleme verursacht (z. B. lange Wartezeiten auf Termine, jetzt Veränderungen in der Teilnehmerzusammensetzung bei Erstplanungen) wird zurückgewiesen.

Die Fachsteuerung ist von der beschriebenen Entwicklung (z. B. Zunahme allein der Erstanträge von **672** im Jahr 2005 auf **822** im Jahr 2009) selber massiv betroffen und **reagiert** darauf!

Die Schwierigkeit des „Über-einen-Kamm-Scherens“, bzw. die „Bandbreite“ auf Anbieterseite, ist hier dabei durchaus bekannt.

In diesem Zusammenhang soll Herr Harig (VPE) zitiert werden, der (zum Thema „ges. Betreuungen“) davon gesprochen hat (AKG 02.09.2010), dass es immer die „schwarzen Schafe“ sind, die einen Gesamteindruck verderben.

Dies lässt sich aus Sicht der Fachsteuerung auf den Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte übertragen.

Da aktuell keine vorgegebene Angebotssteuerung in Sicht ist, muss auf eine wachsende Einsicht bei den Anbietern gehofft werden. Deren Eigeninteressen sind aus hiesiger Sicht durch die aktuelle Situation ebenfalls massiv berührt, so dass Gegenmaßnahmen im Sinne einer „freiwilligen Selbstkontrolle“ indiziert sind.

Ein Ansatz, der die Eindämmung von „Auswüchsen“ durch **strukturelle Begrenzungen** ermöglichen würde („Qualitäts-/Gütesiegel“, „Anbieterverbund“ etc.), wäre u. E. das Gebot der Stunde und sehr zu begrüßen.

Anschrift der Verfasserinnen:

Therese Schäfer · Irene Röber · Birgit Müller-Musolf · Kathrin Lagerbauer · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Weinstr. 2 · 30171 Hannover · E-Mail: Therese.Schaefer@region-hannover.de E-Mail: Irene.Roeber@region-hannover.de · E-Mail: Birgit.Mueller-Musolf@region-hannover.de · E-Mail: Kathrin.Lagerbauer@region-hannover.de

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 11 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Martin Mahlau (*Sprecher der Fachgruppe*)

1. Rahmen der Fachgruppe

Die Fachgruppe arbeitet seit 2001 im Sozialpsychiatrischen Verbund. Vierteljährlich findet die Sitzung in wechselnden Einrichtungen der Teilnehmenden statt. Die Anzahl hält sich i. d. Regel stabil bei ca. 12 – 15 Personen. Besucht wird die Fachgruppe von Vertretern unterschiedlichster regionaler Anbieter arbeitsrehabitativer Dienstleistungen. Die Fachgruppe ist offen für Interessenten, die

- sich über die Angebotslandschaft informieren wollen
- neue Entwicklungen nicht verpassen wollen
- spezielle Fragestellungen diskutieren wollen
- Netzwerke knüpfen wollen

2. Themen der Fachgruppe im Jahre 2010

- 1) Zuverdienstmöglichkeiten für seelisch kranke Menschen
- 2) Potentielle Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen im Maßregelvollzug
- 3) Seelisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund: Anforderung an das Reha-System
- 4) Aktuelle Informationsbörse über neue Angebote und Entwicklungen

3. Rückblick auf die Tagung „Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit“

26.11. – 27.11.2009 im Haus der Region, Hannover

Die Tagung wandte sich an betriebliche Führungskräfte, Personalverantwortliche, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte, Betriebssozialarbeiter/innen, Psychiatrieerfahrene mit und ohne Arbeit sowie Beschäftigte in psychiatrischen Institutionen und Einrichtungen.

Themen des ersten Tages waren der Umgang mit seelisch erkrankten Mitarbeitern sowie der Prävention seelischer Erkrankungen am Arbeitsplatz.

Am zweiten Tag wurden die konkreten Entwicklungen im Bereich der Zuverdienstarbeit für seelisch erkrankte Menschen in der Region Hannover mit anderen Regionen in denen es bereits zu einer Versorgungsvereinbarung gekommen ist verglichen, um neue Wege für die Region Hannover zu eruieren.

Begleitet wurden beide Tage von einer Info-Börse, die mehreren Einrichtungen die Möglichkeit gab, sich dem Fachpublikum vorzustellen.

Über die Rückmeldebögen wurde den Organisatoren eine überwiegend positive Einschätzung der Veranstaltung gegeben sowie der Vorschlag einer weiteren Veranstaltung zu diesem Themenkomplex in zwei Jahren klar befürwortet.

Anschriften der Verfasser:

Martin Mahlau · Pestalozzi-Stiftung Burgwedel, WfbM · Pestalozzistr. 5 · 30938 Burgwedel ·
E-Mail: mmahlau@pestalozzi-stiftung.de

Oliver Weidner · KRH Psychiatrie Langenhagen · Ergotherapeutische Ambulanz · Rohdehof 3 ·
30853 Langenhagen · E-Mail: oliver.weidner@krh.eu

Bericht der Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ für den Zeitraum Juli 2009 bis Juni 2010

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 sieben 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 2-3 statt.

Schwerpunkt der Arbeit waren neben der aufwändigen Sorge für den jährlich erscheinenden Sozialpsychiatrischen Plan diesmal die intensive und sehr anregende Zusammenarbeit mit Herrn Gapski von der Sozialplanung der Region Hannover. Gemeinsam wurde ein Themenschwerpunkt für den Ende 2010 in neuer Form erstmals erscheinenden Sozialbericht der Region zu Berührungspunkten zwischen Sozial- und Psychiatrieberichte konzipiert und realisiert. Der daraus entstandene Beitrag ist Bestandteil des in diesem Sozialpsychiatrischen Plan abgedruckten Jahresberichtes zur regionalen Psychiatrieberichte. Außerdem war im September 2009 die Epidemiologin des Fachbereichs Gesundheit der Region, Frau Gerdes, zu Gast in der Fachgruppe, um Möglichkeiten einer Kooperation zu besprechen.

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzler (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der 2003 gegründeten Fachgruppe werden in Fortführung der Arbeit der Vorjahre vorrangig die Projekte „Erkennung und Behandlung von Fremdgefährdungs- und Gewaltrisiken psychisch Kranker“ sowie die „Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten in das allgemeine Versorgungssystem“ bearbeitet.

Regelmäßig zweimonatlich haben 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 Sozialpsychiatrischen Dienste, der Versorgungsanbieter im Verbund (insbesondere der psychiatrischen Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten, Rehabilitationsträger, Anbieter des betreuten Wohnens), die Betreuungsstelle und weitere rechtliche Betreuer, ein Psychiatrieerfahrener des VPE, eine Vormundschaftsrichterin und die Bewährungshilfe getroffen.

Auch 2010 wurden regelmäßig Kasuistiken von Patienten aus dem allgemeinen Versorgungssystem vorgestellt, bei denen Fremdgefährdungsrisiken unterhalb der Schwelle strafrechtlich bzw. forensisch relevanter Tatbestände erkennbar geworden sind. In einer stets offenen und respektvollen Atmosphäre haben wir unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Blickwinkel der beteiligten Professionellen Handlungsstrategien entwickelt. Durch die mehrjährige sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit ist eine Atmosphäre entstanden, welche gleichzeitig der Formulierung von Sorgen, Ängsten und Bedenken Raum läßt. Die in der Fachgruppe 2009 entwickelten Arbeitshilfen können zur Früherkennung von Risikopatienten beitragen.

Das Projekt wird inzwischen auch in anderen Bundesländern beachtet und übernommen.

Ein Schwerpunkt war in diesem Jahr die Organisation und Durchführung einer Fachtagung zum Thema Aggressivität und Gewalt in der Psychiatrie. Teilnehmer aus ganz Niedersachsen, unter Ihnen Ärzte, Psychologen, Richter, Sozialpädagogen, Pflegekräfte, rechtliche Betreuer, aber auch Betroffene und Psychiatrieerfahrene und Angehörige diskutierten im Februar in der Fachhochschule Hannover über professionelle Strategien zur Prävention, Deeskalation und zur Bewältigung schwieriger Konfliktsituationen.

Sehr hilfreich ist ein professionelles Risikomanagement, mit dessen Hilfe eine realistische Bewertung potentieller Gefahren und gleichzeitig ein humaner Umgang mit aggressivem Verhalten gelingen. Mitarbeiterschulungen, die Deeskalations- und Selbstsicherungstechniken vermitteln, können in Klinik, Einrichtungen und im ambulanten Arbeitsfeld entscheidend zum Schutz und Sicherheit für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter beitragen. Analysiert wurde auch, unter welchen Voraussetzungen Zwangsmaßnahmen, die nicht selten auch die Betroffenen selbst traumatisch verarbeiten, in der Klinik verhindert werden können.

Ein weiteres zentrales Anliegen war die Sensibilisierung der Therapeuten aus Klinik und Praxis für Frühzeichen späterer Gewaltrisiken. Sind die Patienten erst identifiziert, können langfristig angelegte und aufsuchende Hilfe anbietende Therapieprogramme etabliert werden.

Weitere Themenschwerpunkte der Arbeitsgruppe waren in diesem Jahr rechtliche Rahmenbedingungen und therapeutischen Optionen ambulanter Behandlungsmaßnahmen im NPsychKG, die

nach überwiegender Meinung für spezifische risikobehaftete Fallkonstellationen viel zu wenig genutzt werden. Die aufgenommene Diskussion mit den zuständigen Richtern, aber auch den rechtlichen Betreuern soll fortgesetzt werden.

Aktuell beschäftigt sich die Fachgruppe in Zusammenarbeit mit der FG Obdachlosigkeit mit Fremdgefährdungsrisiken von psychisch Kranken im Umfeld von Wohnungslosigkeit bzw. Obdachlosigkeit.

Erfreulich scheint, dass das Interesse, sich mit den problematischen Konstellationen bei Fremdgefährlichkeit und Aggressionsproblemen auseinanderzusetzen, in vielen Bereichen des psychiatrischen Versorgungssystems zunimmt. Die wachsende Sensibilität für diese Fragestellungen spiegelt sich auch in der weiterhin sehr aktiven und von vielen sehr engagierten TeilnehmerInnen getragenen Fachgruppenarbeit.

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*)

Die im Oktober 2008 gegründete Fachgruppe setzt sich mit psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit einer geistigen Behinderung auseinander und tagt alle 2 Monate am jeweils letzten Mittwoch des Monats von 9-11 Uhr.

Schwerpunkte der Arbeit

Das Fehlen von geeigneten psychiatrischen Angeboten erscheint weiterhin als das dringendste Problem. Um uns einen Eindruck von der Situation in anderen Städten zu verschaffen, waren wir im Juni in Osnabrück auf der Spezialstation O2 ("Gartenhaus"), einer geschlossenen psychiatrischen Station für die Behandlung intelligenzgeminderter Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Der leitende Oberarzt Hr. Winkelmann hat im Oktober diese Station im AKG vorgestellt, die Fachgruppe hat auf den dringlichen Bedarf eines solchen Versorgungsangebots in Hannover hingewiesen. Wir erhoffen uns eine Verbesserung des psychiatrischen Angebotes und eine weitere Sensibilisierung für den Personenkreis und seiner besonderen Bedürfnisse.

Außerdem waren Themen:

- Eine Verbesserung der Kooperation zwischen den Fachressortleitungen Sozialmedizin 50.09/ Gesundheit 53.10.
- Information durch Frau Richter Loer über Schwierigkeiten bei Betreuungseinrichtung und -wechsel für diese Personengruppe.
- Der Aufbau einer Internetseite, auf der Informationen zum Thema „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ zu finden sein werden. Wir beabsichtigen, dieses Vorhaben bis zum Jahresende umzusetzen.

Zu den „Potsdamer Forderungen“ (2009) kommt nun der „Heidelberger Appell“ (2010) von der Heilpädagogische Gesellschaft und dem Netzwerk Intensivbetreuung. Der Appell verdeutlicht die Probleme der aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen. Hintergrund für diese Appelle ist die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK), die seit 2009 verbindliche Grundlage für das nationale Recht ist. Insbesondere der Artikel 25 „Gesundheit“ betrifft unser Anliegen:

a) (...) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine (...) Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen (...), b) bieten (...) Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, (...) sowie Leistungen, durch die (...) weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen; c) (...) diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten; d) (...) Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, (...) indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen; (...).

Die Fachgruppe setzt sich für die Umsetzung der UN-Konventionen ein.

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/potsdamer_Forderungen.php

[http://www.dhg-kontakt.de/pdf/Heidelberger Appell Final 2010.pdf](http://www.dhg-kontakt.de/pdf/Heidelberger%20Appell%20Final%202010.pdf)

http://www.alle-inklusive.behindertenbeauftragte.de/cIn_115/nn_1430096/SharedDocs/Downloads/DE/Al/BRK,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/BRK.pdf

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Batram · Hannoversche Werkstätten gem. GmbH · Lathusenstraße 20 · 30625 Hannover ·

E-Mail: susanne.batram@hw-hannover.de

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“

von Frau Regina Wilgeroth (*Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie wird seit 2009 von Frau Meyenburg (stationäre gerontopsychiatrische Pflege) und Frau Wilgeroth (ambulante psychiatrische Pflege) geleitet. Die Gruppe besteht seit ihrer Gründung aus einer sehr stabilen Teilnehmergruppe von etwa 30 Vertreterinnen und Vertretern der gerontopsychiatrischen Pflege, Betreuung und Behandlung.

In 2010 wurde als Schwerpunktthema die **Weiterentwicklung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover** behandelt.

Zu diesem Thema findet unter der Organisation des Caritas Forum Demenz fortlaufend eine Zukunftswerkstatt statt. Teilnehmer sind Einrichtungen der gesamten gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur der Region Hannover.

Die AG der Fachgruppe“ Ambulante psychiatrische Pflege“ unter der Leitung von Frau Fischbach- Region Hannover und der fachlichen Leitung von Frau Wilgeroth besteht aus Mitarbeitern aller ambulanten psychiatrischen Pflegedienste, die in der Region Hannover tätig sind. Die Fachgruppe erstellt zur Zeit einen gemeinsamen Flyer zur Information über das Angebot der ambulanten psychiatrischen Pflege. Ein weiterer Schwerpunkt der Gruppe ist die Fallbesprechung von aktuellen Patientenfällen unter der Leitung von Dr. Thorsten Sueße, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover. Die Gruppe trifft sich alle 6-8 Wochen, für die Fallbesprechungen sind 3 Termine jährlich vorgesehen.

In den Fachgruppensitzungen in der ersten Jahreshälfte stellte Frau Krüger vom sozialpsychiatrischen Dienst Linden, Deisterstr. 85 A das **Konzept und die Entwicklung der sozialpsychiatrischen Dienste vor.**

Frau Wolff von der Landesvereinigung für Gesundheit berichtete ausführlich zum Thema: **Menschen mit dementiellen Erkrankungen im Krankenhaus.** Auf der Grundlage eines Arbeitspapiers der niedersächsischen AG zu diesem Thema soll eine zertifizierte Fortbildung erstellt werden. Das Projekt erstellt ein Curricullum für die Fortbildung. Projektbeteiligte sind die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. und die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin. Diese finanzieren das Projekt zu gleichen Teilen für eine Laufzeit von ½ Jahr. Ein Teil der Projektfinanzierung wurde von der AOK/IKK und der BEK über die Selbsthilfeförderung übernommen. Das Projekt läuft vom 01.04.2010 bis 30.09.2010 Die Fachgruppe wird sich weiter mit diesem Thema als Schwerpunkt 2011 beschäftigen, bei der Sitzung im November 2010 wird zunächst von einem Projekt „Demenz erkrankte im Krankenhaus“ in der Henriettenstiftung berichtet.

Frau Almut Meyenburg hat sich Mitte diesen Jahres aus persönlichen Gründen offiziell als Sprecherin abgemeldet, so dass die Fachgruppe zur Zeit von der Sprechervertreterin Frau Regina Wilgeroth geleitet wird.

Anschrift der Verfasserin:

Regina Wilgeroth · AGZ Linden · Ungerstr.4 · 30451 Hannover · Tel: 0511-210 4371 · Fax: 0511-212 3830 · E-Mail: agz-linden@caritas-hannover.de

Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“

von Alfred Lessing (*Landeshauptstadt Hannover*)

Themen am Runden Drogentisch in den Jahren 2009/2010

Der Runde Drogentisch hat sich in den Jahren 2009/2010 an insgesamt 5 Sitzungen mit folgenden Themen befasst:

In der Märzsession 2009 wurde das Schwerpunktthema „Glücksspielsucht“ bearbeitet, unter Beteiligung von folgenden Referentinnen und Referenten

- Frau Ilona Füchtenschnieder vom Fachverband Glücksspielsucht aus Nordrhein-Westfalen,
- Herrn Dr. Felix Wedegärtner von der Medizinischen Hochschule Hannover,
- Vertreterinnen und Vertretern aus den Suchtberatungsstellen in Hannover,
- Herrn Eckard Graf, als Vertreter der Selbsthilfegruppe „Spielfrei leben“ aus Hannover.

Darüber hinaus wurde ein aktueller Sachstandsbericht zum Thema Diamorphin –gestützte Therapie von Herrn Stadtrat Thomas Walter vorgetragen.

In der Septembersitzung 2009 widmete sich der Runde Drogentisch dem Schwerpunktthema „Jugendliche und Alkoholkonsum“.

Hierzu wurden

- Zwischenergebnisse des HALT-Projektes vorgestellt von Herrn Krüger (Drobs Hannover) und Herrn Lenzen (Neues Land e. V.),
- Zwischenergebnisse des Projektes „Mehr Fun – weniger Alkohol“ vorgestellt von Herrn Woike (Jugendschutz LHH),
- ein Sachstandsbericht vorgetragen zum Thema Krankenhausbehandlung von Jugendlichen mit Alkoholvergiftung, von Herrn Dr. Wygold (Kinderkrankenhaus Auf der Bult),
- ein Sachstandsbericht vorgetragen zu Alkoholtestkäufen von Jugendlichen, von Frau Taut (Polizeidirektion Hannover),
- ein Sachstandsbericht vorgetragen zum Thema Jugendliche und Alkohol in der Öffentlichkeit und bei Veranstaltungen, von Herrn Westermann (Polizeiinspektion Hannover-Mitte).

Ein weiterer Berichtspunkt war der Sachstandsbericht zur Diamorphingestützten Therapie, da im Juli 2009 überraschenderweise das Gesetz zur Diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger in Kraft getreten war.

In der Dezembersitzung 2009 war das Schwerpunktthema „Neue Entwicklungen in der Suchtbehandlung“, vorgetragen von Dr. Lottermoser, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztliche Leiterin der Fachklinik Am Hils der STEP gGmbH.

Weitere Berichtspunkte waren

- die Vorstellung der neuen Teen Spirit Island-Entzugsstation von Frau Pingel und Herrn Günzel,
- ein Sachstandsbericht über die Entwicklung der Methadon Substitutionsbehandlung in Niedersachsen, von Herrn Lessing.

In der Juni-Sitzung 2010 gab es folgende Tagesordnungspunkte:

- Methadon-Substitutionsbehandlung in Niedersachsen, vorgetragen von Frau Dr. Lautenschlager, als Vertreterin des AK Substitution,
- Sachstandsbericht Diamorphin-gestützte Therapie, vorgetragen von Herrn Stadtrat Walter und Herrn Lessing,
- Ablehnung von Therapieanträgen von Gefängnisinsassen der JVA Hannover,
- Neuwahl des Geschäftsführenden Ausschusses des Runden Drogentisches.

In der Septembersitzung 2010 gab es folgende Berichtspunkte:

- Vorstellung des Modellprojektes „Familien stärken“, durch Frau Weske (Drobs Hannover),
- Sachstandsbericht zur Diamorphin-gestützten Therapie durch Herrn Stadtrat Walter,
- Bekanntgabe der neugewählten Mitglieder des Geschäftsführen Ausschusses des Runden Drogentisches,
- Grundsatzdebatte über Inhalte und Ziele der Geschäftsordnung des Runden Drogentisches, mit dem Ergebnis der Aktualisierung der Geschäftsordnung.

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“

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

Zeitraum September 2009 bis September 2010

Die Fachgruppe für Kinder und Jugendliche besteht seit dem Jahr 2000. Sie hat sich zur Aufgabe gesetzt, die Entwicklung sozialpsychiatrischer, sozialpädagogischer und/oder therapeutischer Strukturen zu begleiten.

Durch aktive Kooperation mit den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe respektive Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychotherapie werden Kenntnis und Verständnis für Aufgaben und Möglichkeiten der unterschiedlichen Institutionen erweitert. Neue Institutionen und Entwicklungen können so kennengelernt und in das multiprofessionelle Hilfenetz integriert werden. Durch stärkere Differenzierung innerhalb von Institutionen und Systemen ergab sich eine Erweiterung der Fachgruppenmitglieder (gegenwärtig 41). An den vier Treffen während des Berichtszeitraumes nahmen regelmäßig 20 bis 30 Mitglieder teil. Als neue Institutionen wurden die Einrichtungen KiD (Kind in Diagnose) und Löwenzahn (Hilfe für trauernde Kinder), die medizinischen Beratungsstellen Kinderschutz sowie das Koordinationszentrum Kinderschutz von Region und Stadt Hannover vorgestellt.

Von einer Zunahme insbesondere schwerer Störungen, über die Komplexität der Fälle und das serienmäßige Versagen verschiedener Hilfen und Helfersysteme wurde mit Sorge berichtet. Beschrieben wurde eine Verunsicherung bei Eltern und Erziehern, eine Abnahme von Erziehungskompetenz und eine Zunahme von Bindungsstörungen bei gleichzeitig fehlenden spezialisierten Einrichtungen. Beobachtet wurde auch eine Häufung von Sprachentwicklungsstörungen und -behinderungen.

Berichtet werden konnte von der Einrichtung verschiedener neuer, den beschriebenen Entwicklungen Rechnung tragender Hilfen. Neben den medizinischen Beratungsstellen Kinderschutz richtete die Region in den Familien- und Erziehungsberatungsstellen eine frühe Beratung ein, die Interaktion und Erziehungskompetenz unterstützen will. Das Sozialpädiatrische Zentrum erweiterte im Berichtszeitraum das Angebot nicht nur um diagnostische, sondern auch therapeutische Möglichkeiten (Elterntraining, ADHS Gruppe). Seitens der KJP in Wunstorf wurde eine engere Vernetzung mit der Erwachsenenpsychiatrie erreicht, eine Sprechstunde für Eltern eingeführt und ein Familienzimmer eingerichtet.

Teen Spirit Island konnte erweitert werden.

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder- und Jugendliche bietet eine Gruppe für Kinder psychisch kranker Eltern an.

Im Rahmen des Bündnisses gegen Depression fand eine Vielzahl von Informationsveranstaltungen statt und wurde mit großem Engagement Öffentlichkeitsarbeit geleistet.

Immer wieder steht die Zunahme der (schweren) Störungen des Sozialverhaltens im Fokus und wirft die Frage nach der Notwendigkeit einer stationären klinischen und/oder pädagogischen geschützten Unterbringung auf. Auch nach Eröffnung einer ersten geschützten Jugendhilfeeinrichtung in Niedersachsen (Vechta) fehlen weiterhin Lösungskonzepte für den Umgang mit dieser Personengruppe. Eine noch stärkere Vernetzung der verschiedenen Systeme ist hier notwendig. Dazu beitragen möchte die Arbeitsgruppe Kooperationen in der KJP.

Im Bereich des Kinderschutzes wurde über Anstrengungen berichtet, eine noch stärkere und bessere Vernetzung zu erreichen. Die Weiterentwicklung der Kooperationsmodelle hat zu intensivem Austausch auf Leitungsebene geführt. Eine stärkere Transparenz für die aktive Arbeit im Alltag wird hier in Zukunft erwartet.

Ausblick

Fortsetzung des intensiven Gedankenaustausches zu allen Themen.

Die Arbeitsgruppe Kooperation in der KJP wird die fach- und institutsübergreifende Interventionsarbeit fortsetzen mit dem Ziel Lösungsstrategien für den Umgang mit Störungen des Sozialverhaltens zu entwickeln.

Die besondere Problematik von Kinderschutz und Elternrecht bei psychisch kranken Eltern und bei Familien mit Migrationshintergrund wird Thema sein.

Besondere Aufmerksamkeit wird sich auf die Gruppe psychisch kranker und entwicklungsverzögerter Heranwachsender richten. Als Grenzgänger zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie, Jugendhilfe und Sozialhilfe drohen sie im System verloren zu gehen.

Die Kriterien für eine angemessene Einschätzung emotionaler Vernachlässigung in verschiedenen Berufsgruppen und die Beurteilung der Folgen für die Entwicklung werden die Fachgruppe im Rahmen eines Workshops mit (sozial-) pädagogischen, psychologischen, juristischen und ärztlichen Kollegen 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

Fachgruppe „Legale Suchtmittel“

von Reinhold Hemmesmann (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ setzt sich zusammen aus

- VertreterInnen ambulanter und stationärer Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenversorgung der Region Hannover,
- VertreterInnen der Suchtberatung und des Psychologischen Dienstes der Justizvollzugsanstalt Hannover,
- VertreterInnen der Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker.

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 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.

Im vergangenen Jahr haben die Sitzungen der Fachgruppe im Besonderen der Besuche verschiedener Einrichtungen und dem inhaltlichen Austausch über deren Angebot und Arbeit gedient. Hierfür zu nennen sind die Justizvollzugsanstalt Hannover, die Jugendwerksiedlung e.V. und die Fachklinik für Abhängigkeitskranke (Klinik am Kronsberg).

Zudem wurden in den Sitzungen Veränderungen und Innovationen der verschiedenen teilnehmenden Einrichtungen bekannt gegeben und besprochen, so dass dies einer Verbesserung der Vernetzung und Zusammenarbeit dienlich ist.

Leider hat sich im Verlauf des Jahres die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen deutlich reduziert, so dass eine konkrete, an zusätzlichen inhaltlichen Schwerpunkten ausgerichtete Zusammenarbeit nicht entstanden ist. Eine Stellungnahme der Fachgruppe zum inhaltlichen Schwerpunkt dieses Jahresplans – Suchtversorgung in der Region Hannover – konnte nicht verfasst werden. Für die weitere Arbeit der Fachgruppe wird es zunächst wichtig sein, sich über Verbindlichkeiten und Arbeitsinhalte auszutauschen, um auch in Zeiten sich reduzierender persönlicher und institutioneller Ressourcen wieder eine gemeinsame Arbeitsebene zu finden.

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe Migration und Psychiatrie im Jahr 2009/2010

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

In der Region Hannover leben mehr als 260.000 Menschen mit einem sogenannten Migrationshintergrund. Mittlerweile wissen wir aus zahlreichen Studien, dass Migranten/-innen aufgrund von sprachlichen, kulturellen und migrationsspezifischen Faktoren mindestens genauso häufig von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind wie die Mehrheitsbevölkerung aber seltener die bestehenden Hilfeangebote in Anspruch nehmen.

Dies konnten wir auch mit der im Jahr 2008 veröffentlichten Studie der Fachgruppe Migration zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten/-innen in der Region Hannover belegen. Darin zeigte sich, dass der Anteil hilfeschender Migranten/-innen in den meisten psychiatrischen Hilfeeinrichtungen eher gering ist und sie eigentlich nur die Krisendienste häufiger in Anspruch nehmen. Daneben haben viele Fachkräfte aus den Fachdiensten die Rückmeldung gegeben, dass sie mehr Hintergrundinformationen über die kulturellen, familiären und psychosozialen Lebenslagen von Migranten/-innen benötigen und sich mehr Zugang und direkte Begegnungsmöglichkeiten mit Migranten/-innen wünschen.

Im Jahr 2010 fanden insgesamt 5 Fachgruppensitzungen statt. Es haben insgesamt 15 Teilnehmer, aus 12 verschiedenen Einrichtungen regelmäßig an den Fachgruppensitzungen teilgenommen. Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2009/2010 schwerpunktmäßig mit der Umsetzung der Ergebnisse und Empfehlungen der sozialpsychiatrischen Studie aus dem Jahr 2008 befasst und den Themenschwerpunkt 2010 zur 2. Psychiatriewoche in der Region Hannover vorbereitet. Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen und Ergebnisse in einer kurzen Zusammenfassung wiedergegeben.

1. Interkulturelle Psychiatriewoche 2010

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

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

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

Insgesamt haben wir von den Beteiligten eine positive Rückmeldung bekommen. Es gab aber auch kritische Aspekte, so ließ die Beteiligung von Mitgliedern aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, aber auch von den Migrant*innenorganisationen insgesamt zu wünschen übrig. Es haben weit

weniger Einrichtungen sich an der Woche aktiv beteiligt als möglich gewesen wäre. Allerdings sind wir weiterhin vom interkulturellen Ansatz überzeugt, da die geringe Teilnahme auch eben unsere Ausgangsfeststellung bestätigt, nämlich dass beide Seiten erhebliche Schwierigkeiten haben aufeinander zuzugehen und miteinander zu kooperieren. Mit mehr Zeit- und Personalressourcen können mit Sicherheit in Zukunft auch bessere Ergebnisse erzielt werden.

2. Symposium Migration und Psychiatrie

Innerhalb der Psychiatriewoche wurde am 27.10.2010 zusätzlich auch ein Symposium durch die Fachgruppe zum Thema Migration und Psychiatrie durchgeführt. Ziel des Symposiums war es psychiatrischen Fachkräften aktuelle wissenschaftliche und praktische Zugänge zum Thema zu vermitteln und sie fortzubilden. Das Symposium sollte ursprünglich mit der Arbeitsgruppe Migration des Landesfachbeirates Psychiatrie organisiert und durchgeführt werden, was aber leider nicht zustande kam.

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

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

3. Sonstiges

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

Für 2011 steht auf dem Plan der Fachgruppe die Diskussion einer qualitativen Nacherhebung zu der Studie aus dem Jahr 2008 an. Zudem ist angedacht die Fachgruppe um neue Kollegen und Mitglieder zu erweitern, sowie mit den anderen Fachgruppen intensiver in den Austausch zu gehen

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

von Uwe Reichertz-Boers und Ira Lesemann (*Sprecherteam*)

Die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit ist eine der ältesten Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. Seit vielen Jahren dient sie der Kooperation, der Vernetzung, der Weiterbildung und der Bedarfsermittlung für den Kreis der Wohnungslosen mit psychiatrischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit.

Die Fachgruppe befasste sich im Berichtsjahr schwerpunktmäßig mit folgenden Themen:

- **Behandlungsermächtigung der Sozialpsychiatrischen Dienste**

Hier wurde besonders deutlich, für wie viele Einrichtungen es notwendig ist, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste diese Behandlungsermächtigung behalten, da sie ein fester Bestandteil der fachärztlichen Versorgung für Wohnungslose und Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosigkeit darstellen.

- **Kooperation mit der Fachgruppe Forensik**

Während einer Fachtagung der Fachgruppe Forensik entstand die Idee, sich gemeinsam mit der Fachgruppe Forensik dem Thema Gewalt in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu

nähern. Hier steht die Frage im Zentrum, ob Gewalt zunimmt, wie oft eine psychiatrische Erkrankung zugrunde liegt, ob die ausführenden Personen immer jünger werden und ob Behandlungsdefizite und Kostendruck Ursachen von vermehrter Gewalt in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe darstellen. Hier soll ein entsprechender Fragebogen entwickelt werden, um eine gemeinsame Resolution beider Fachgruppen zu erstellen und dem AKG vorzustellen.

- **„Schnittstelle Jugendhilfe und weiterführende Hilfen“ Gespräch mit Herrn Bode von den Leinelotsen**

Dieses Thema beschäftigt die Fachgruppe sehr, da in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aber auch in anderen wie z. B. Betreutes Wohnen, die Hilfesuchenden zunehmend jünger werden. Hier möchte die Fachgruppe mit ergründen, wie diese Tatsache zustande kommt, ob Behandlungs- und Betreuungsdefizite eine Rolle spielen oder ob Einsparungen hier eine tragende Rolle spielen.

- **Besuche verschiedener Einrichtungen**

In der Fachgruppe ist es seit vielen Jahren üblich, Einrichtungen des Versorgungsnetzes zu besichtigen, sich über Konzepte zu informieren und Schnittstellenangebote kennenzulernen. Hierzu gehörten in diesem Jahr die GBH, Therapieeinrichtungen und Tagestreffs.

- **Wechsel in der Fachgruppenleitung**

Im vergangenen Berichtszeitraum gab es auch einen Wechsel in der Fachgruppenleitung. Frank Mehnert, der über viele Jahre der zweite Sprecher war, ist zurückgetreten. An seine Stelle ist dankenswerter Weise Ira Lesemann von der Heuberg GmbH in Schneeren getreten. Mit ihr hat die Fachgruppe eine innovative und engagierte Kollegin für die Fachgruppe gewinnen können.

Die Fachgruppe trifft sich weiterhin jeden Mittwoch im Monat in der Zeit von 14 bis 16 Uhr. Interessierte aus der Region und der Stadt Hannover sind immer herzlich willkommen!

Interessante Themen, Diskussionen, Fallbesprechungen und Besichtigungen werden auch das Jahr 2011 begleiten.

Die Gruppe trifft sich im **Werk Heim e. V.** von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr.

Anschrift der VerfasserIn:

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

Ira Lesemann Heuberg · GmbH Heuberg 10-12 · 31535 Neustadt · Tel.: 05036/924410 · Fax: 05036/924428 · E-Mail: iralesemann@yahoo.de

Fachgruppe "Soziale Wiedereingliederung"

von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe sind vertreten: MitarbeiterInnen von Leistungsanbietern mit ambulanten Angeboten, teilstationären Tagesstrukturierungsangeboten, stationären Wohnangeboten) und weitere Mitglieder des AKG. Vertreter der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen haben zuletzt nicht mehr teilgenommen, werden aber eingeladen. 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 09/09 – 08/10:

1. Verfahren zur Zuordnung von Hilfebedarfsgruppen (Schlichthorster Modell)

Fast alle Termine im Berichtszeitraum waren mit diesem Thema belegt. Das lag vor allem daran, dass wir Vertreter der Stadt Hannover (Herrn König) und der Region Hannover (Frau Conrad) geladen hatten. Es war zum einen nicht gelungen, beide Vertreter zu einem gemeinsamen Termin zu laden, zum anderen hatte es Verzögerungen gegeben, bis es zur Teilnahme kam.

Die hauptsächlichen neuralgischen Punkte wurden schon im letzten Jahresbericht geschildert. Diese sind:

1. Der zeitliche Ablauf des Verfahrens bei Neuaufnahmen in stationäre Einrichtungen ist unklar: binnen 90 Tagen wird vom Träger eine Eingruppierung vorgenommen. Die Herstellung eines Einverständnisses zur Zuordnung zur Hilfebedarfsgruppe (HBG) müsste danach sowohl vom Ablauf, als auch in Bezug auf einen zeitnahen Rahmen verbindlich geregelt werden. Sowohl Herr König, als auch Frau Conrad konnten in diesem Punkt nicht wirklich Hoffnung auf klare Abläufe machen. Allerdings hat Frau Conrad bei Einzelfallproblematik unbürokratische Hilfe angeboten. Die Lage bleibt für die Anbieter stationärer Einrichtungen weiterhin sehr unbefriedigend. Teilweise dauert die Einverständlichkeit so lange, dass Verjährungsfristen drohen und gerichtliche Entscheidungen nötig werden könnten.
2. Der Umfang der Entwicklungsberichte und die Erläuterungen zu den 29 Items des Ermittlungsbogens zur Einstufung in eine HBG ist ebenfalls nicht klar. Abgefragt werden 29 Kategorien, wie z. B.: Antrieb, Realitätsbezug, Sinnorientierung des Lebens, störendes/fremdgefährdendes Verhalten, Partnerschaft, Ernährung, Umgang mit Geld, Tag-/Nachtrhythmus u. v. a. m. Jede dieser Items ist zwischen 0 und 5 zu beurteilen und schriftlich zu erläutern. Dies stellt einen immensen Arbeitsaufwand dar, deren Sinn bezweifelt werden darf, zumal er nicht verpreislacht ist und diese Verwaltungszeit auf Kosten des Hilfeempfängers geht.

Hier wird als Lösung vorgeschlagen, da die meisten Hilfeempfänger HBG II erhalten (mittel), nur bei Hilfeempfängern von HBG III (schwer) die einzelnen Items ausführlich zu begründen, oder eine Extrabegründung zu formulieren.

Diese Diskussion ist noch nicht abgeschlossen. Frau Conrad wird in der nächsten Sitzung den Sachstand ihrer Abteilung und des Teams Gemeindepsychiatrie mitteilen.

2. Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen

Vor mehr als einem Jahr hatte ein aus der Fachgruppe gebildeter Arbeitskreis einen umfangreichen Textvorschlag für Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen der Region zukommen lassen. Nun ist Bewegung in die Sache bekommen.

Bei einem ersten Arbeitstreffen mit der Region Hannover, dem Team Gemeindepsychiatrie und dem Arbeitskreis der Fachgruppe wurde an diesem Text entlang diskutiert. Der Fachgruppe ist wichtig, dass nicht nur Qualitätsmerkmale der Anbieter formuliert werden, sondern auch für die Träger (z. B. Teilnahme an Hilfekonferenzen, Mindestzeiträume der Hilfestellung für Hilfeempfänger).

Am Ende der Diskussion, die irgendwann in 2011 sein wird, sollen Qualitätsstandards entwickelt sein, die von den derzeitigen Anbietern nachträglich unterzeichnet werden sollen und die für alle neuen Anbieter verpflichtend unterzeichnet werden müssen.

Eine höhere Transparenz insbesondere der Schwerpunkte mancher Anbieter ist angestrebt. Die Standards sollen über die Leistungsvereinbarung hinausgehen und verbindliche Aussagen zum Beispiel über Angaben über die Qualifizierung der MitarbeiterInnen, Gewährleistung von Betreuung und Krankheitsvertretung, Erreichbarkeit und Fortbildung machen.

3. Verschiedenes

Der Punkt Verschiedenes ist zu einem wichtigen Bestandteil der Fachgruppe geworden, in dem ein reger Austausch über neue Entwicklungen und Möglichkeiten bei der Betreuung von psychisch Behinderten stattfindet, z. B. neue Entwicklungen im Umgang mit den Hilfekonferenzen.

Ausblick:

2010/2011 werden die Themenschwerpunkte sein:

- Eingruppierung in Hilfebedarfsgruppen
- Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen
- Zuverdienstmöglichkeiten für psychisch Behinderte

Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung im September 2010

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 (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Treffen der Arbeitsgemeinschaft fanden wie in den früheren Jahren auch in den Räumlichkeiten Deisterstraße 85 A und zwar weiterhin ¼-jährlich allerdings jetzt jeweils am 2. Mittwoch des 2. Monats eines Quartals in der Zeit von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr statt.

Im Durchschnitt kamen im Berichtszeitraum 7 – 12 Teilnehmer verschiedenster Anbieter psychiatrischer Hilfen aus dem Sektor Hannover-Süd-West zu den Treffen. Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes, verschiedenste Anbieter des ambulant Betreuten Wohnens, Vertreter der Polizei, Vertreter verschiedenster Pflegedienste sowie des Klinikums Region Hannover Wunstorf GmbH, Mitarbeiter verschiedenster Senioreneinrichtungen u.a. des Godehardstifts und des Roten Telefon e.V.; Mitarbeiter des Karl-Lemmermann-Hauses und ein Vertreter des Job-Centers Calenberger Esplanade.

Schwerpunktt Themen der Sektor-AG-Treffen waren:

- Vorstellung der Arbeit der Job-Center der Region Hannover sowie
- Der Beratungsstelle für Spielsuchtabhängige im Bereich der Stadt Hannover und
- Bericht über das Projekt Wohnen + (eine Kooperation zwischen der GBH und der Johanniter Unfallhilfe).

Darüber hinaus wurden bei allen vier Treffen die Möglichkeit des Berichtes aus den jeweiligen Einrichtungen mit einem regen Austausch und Diskussionen über sich daraus ergebenden Fragestellungen und Überlegungen genutzt.

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

- Gerontopsychiatrische Angebote im Sektor Hannover-Süd-West sowie
- die Suchtkrankenhilfe und
- die möglichen Kooperationen mit der im Sektor bereits vorhanden sowie mit der neu entstehenden psychiatrischen Tagesklinik.

Im Übrigen sind wir auch weiterhin offen für Themen, die sich aus dem Kreis der anwesenden Teilnehmer heraus entwickeln.

Anschrift der Verfasserin:

Doris Rolfes-Neumann · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Deisterstr. 85 A · 30449 Hannover · E-Mail: sozialpsychiatrie04@region-hannover.de ·

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße

von Hildegard Georgiadis (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die SAG findet an jedem ersten Mittwoch im Quartal in den Räumen der Beratungsstelle statt. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung zusammen. Vertreter von Ämtern, Behörden und Institutionen nahmen ebenfalls teil.

Die psychiatrische Versorgung unter Einbeziehung sozialer Aspekte war ebenso Themenschwerpunkt, wie die Vorstellung neuer bzw. bereits etablierter Anbieter.

Themenschwerpunkte waren:

- Diskussion hinsichtlich des drohenden Verlustes der Behandlungsermächtigung und dann doch noch deren Erhalt
- Für den gerontopsychiatrischen Bereich die Vorstellung neuer Angebote und WG's für Demenzerkrankte, sowie Infos über bereits bestehende WG's und freie Plätze
- das gleiche gilt für die WG's psychisch Gesunder
- die Vorstellung der ambulanten psychiatrischen Pflegeeinrichtung „Is ja Pflege“;
- Diskussionen zum Bereich der Wiedereingliederungshilfe
- die Vorstellung von Projekten wie der „Hart Times Band“ und deren Theaterstück „best time of my life“
- Verabschiedung von der langjährigen Teilnehmerin Frau Krause (beta 89), die in den Ruhestand ging
- die Vorstellung des psychologischen Dienstes des BBW Annastift
- gesetzliche Neuerungen „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz“
- Nutzungsmöglichkeiten des Sozialtickets
- Ehrenamtliche Betreuungen
- Die Teilnehmer wiesen auf eigene Veranstaltungen hin

Es besteht im Rahmen der SAG-Treffen die Möglichkeit, Fallbeispiele vorzustellen und zu besprechen.

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 (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

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 regelmäßig 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, regelmäßig und arbeiteten aktiv mit.

Interessierte Gäste sind nach wie vor in der SAG stets willkommen. So wurden diesjährig aufschlussreiche Fachvorträge gehalten und interessante 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 ; Mitteilungen über aktuelle Fortbildungsangebote.
- Information und Hinweise auf Fortbildungen, Referate und Vorträgen zu interessanten Themen der psychiatrischen Arbeit in der Region Hannover
- Thema: Die zunehmende Häufigkeit der Fälle psychisch kranker Menschen, die durch das Job-Center nicht vermittelt werden könnten. Alternativ kämen Anbieter psychiatrischer Hilfen in Betracht, die Ein-Euro-Jobs einrichten können. Insbesondere können gemeinnützige Einrichtung bei der Arge einen Antrag zur Einrichtung eines Ein-Euro-Jobs stellen.
- Thema: Ein-Euro-Job für Klienten, Kooperationsprojekt von beta89 – ErA Angebote der MHH, KfPP Langenhagen, Zukunftsaussicht für Ein-Euro-Jobs im Pflegeheim Dr. med. E.A. Wilkening. Erstrebens- und wünschenswert wäre eine Liste der „Ein-Euro-Jobanbieter“ mit vorgesehener Kapazität.
- Verschärftes Vorgehen durch „energcity“ bei säumigen Kunden. Ausnahmeregelungen sind nicht mehr vorgesehen, auch nicht bei psychisch Erkrankten Menschen.

Vorstellungen:

- Frau Kröger von DIA-DEM Bethel-Birkenhof stellt sich und ihre Einrichtung in der SAG vor.
- Frau Bühring vom Pflegeheim Dr. E.-A. Wilkening, Unterstütztes Wohnen stellt sich und die durch sie vertretende Einrichtung als ständige Teilnehmerin in der SAG vor.
- Frau Meißner als Gast vom Job-Center in der Walter-Gieseckingstrasse

- Frau Assauer stellt den Standort in der Rotermundstrasse der Ergotherapeutischen Ambulanz vor.
- Herr Juhnke „Hannoverschen Werkstätten“, Wohnassistenz berichtet über das Modellprojekt Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit Autismus.
- Herr Toderow stellt den Verein Ambulante Hilfe für Menschen mit Behinderung (AHMB) e.V. vor, der sich an Menschen mit Migrationshintergrund richtet.
- Herr Wallbaum, PI Mitte, Kontaktbeamter stellt sich als ständiges Mitglied in der Sektor-AG vor.
- Herr Schaper, Pd Bodestraße, Kontaktbeamter stellt sich als ständiges Mitglied in der Sektor-AG vor.
- Frau Kragel-Weber stellt „Fa bel“ im Nikolaistift in der List vor. Das Tagesstättenangebot beinhaltet 12 Plätze.
- Frau P. Engelhardt, Herr G. Krause, JobCenter, Region Hannover stellen sich als ständige Mitglieder neu in der SAG vor.

Tagungsorte:

- Balance , Brühlstrasse 3
- KRH Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Hannover

Der kooperative Zusammenarbeit in der SAG, ist es letztlich auch zu verdanken, dass sich das Versorgungsangebot psychisch erkrankten Bürger kontinuierlich verbessern konnte.

Insbesondere hat sich in der SAG herausgearbeitet, dass für die betroffenen Klienten das Thema Arbeit und Beschäftigung eine zentrale Rolle in Bezug auf die Tagesstrukturierung und die gesellschaftliche Anerkennung spielt. Die zukünftige Arbeit in der SAG stellt u.a. darauf ab, in diesem Bereich (neue) Wege zu erschließen, zumindest eine geeignete Informationsmöglichkeit zu eröffnen.

Anschrift des Verfassers

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

Sektor Arbeitsgemeinschaft Laatzen

von Horst-Peter Michel (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

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: Ein Treffen fand im KRH-Psychiatrie Wunstorf statt. Dort wurde uns von der zuständigen Stationsleitung das Mutter-Kind-Projekt anhand einer Power-Point-Präsentation und Stationsbesichtigung vorgestellt und zahlreiche Fragen beantwortet. Frau Dr. Oestereich berichtete anschließend noch über aktuelle Veränderungen im KRH-Wunstorf.

Eine weitere Sitzung fand in der Einrichtung Sonnenhof Völksen (STEP GmbH) statt. Dort berichtete der Einrichtungsleiter Herr Huuk über das stationäre Angebot für chronisch suchtkranke substituierte Frauen und Männer. Ein Bewohner erläuterte sehr eindrucksvoll seine Biographie und seine positiven Erfahrungen in der Einrichtung.

Herr Gniesmer (Betreuungsstelle Region Hannover) hielt während einer weiteren Sitzung am regulären Tagungsort im DRK-Gebäude in Springe einen ausführlichen Vortrag über das Betreuungsrecht. Im Anschluss wurden, wie auch bei den vorherigen Veranstaltungen, zahlreiche Fragen beantwortet und es fand eine rege Diskussion statt.

Im November wurde mit dem Themenschwerpunkt Gerontopsychiatrische Versorgung begonnen.

Laatzen/Hemmingen: An dem bereits erwähnten Treffen im Sonnenhof in Völksen nahmen aufgrund des überregionalen Einzugsgebietes auch die Teilnehmer der Sektorarbeitsgemeinschaft Laatzen und Hemmingen teil.

Eine weitere Sitzung fand im Laatzenener Rathaus mit dem Themenschwerpunkt „Bündnis gegen Depression in der Region Hannover“ statt.

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

Anschrift des Verfassers:

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Sybille Klug und Doris Stelljes (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

2009 beschäftigte die Sektor-AG sich zunächst mit der Auswertung der Ergebnisse der Kleingruppenarbeit vom 18.03.

Es wurde u. a. erarbeitet, mit welchen Themen sich die Teilnehmer zukünftig beschäftigen möchten.

Hier sind zu nennen:

- Häusliche Gewalt
- Persönliches Budget
- Psychiatrische Pflege
- Kontrolliertes Trinken
- Armut und deren Auswirkungen
- Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Bei den nächsten Treffen war das Schwerpunktthema „Häusliche Gewalt“.

Frau Wegenast (Frauennotruf Langenhagen) stellte ihre Einrichtung und die Tätigkeitsbereiche ausführlich vor.

In diesem Zusammenhang wies sie auch auf die Bedeutung der Präventionsarbeit (z.B. Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit) hin.

Zur Methodik der Gesprächsführung mit von Gewalt betroffenen Frauen gab Frau Wegenast Anregungen.

Nach gemeinsamer Diskussion fand eine Besichtigung der Räumlichkeiten statt.

(Ausführliche Informationen findet man unter: www.frauennotruf-langenhagen.de)

Bei den Treffen der Sektor-AG gab es darüber hinaus die Möglichkeit aktuelle Fragestellungen zu erörtern und zu diskutieren.

Anschrift der Verfasserinnen:

Sybille Klug und Doris Stelljes · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Ostpassage 7 · 30853 Langenhagen

Sektor-Arbeitsgemeinschaft der List

von Stefan Bartusch (*Sozialpsychiatrische Poliklinik List, MHH*)

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft wurde im Berichtsjahr 2009 genutzt von Vertretern aus folgenden Bereichen: Betreuungsgericht, Krankenhaussozialdienst, Altenpflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Betreuungsstelle, Kontaktdienst der Polizei, Kommunalen Senioren Service, Patientenvertreter (VPE), Betreuungsvereine, stationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche des Krankenhauses (MHH), Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen (Therapeutisches Wohnheim, Ambulant Betreutes Wohnen, Ambulante Psychiatrische Pflege, Tagespflege, Wohnprojekt „FaBeL“). Vertreter des Kommunalen Sozialdienstes fehlten weiterhin durchgehend.

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:

- Praxis der Gewährung von Wiedereingliederungsmaßnahmen,
- Probleme mit der Erreichbarkeit der zuständigen JobCenter
- Möglichkeiten im Vorfeld von Zwangsunterbringungen und 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 der Medizinischen Hochschule Hannover

von Susanne Steinmüller (*Sozialpsychiatrischer Dienst in der Psychiatrischen Poliklinik auf dem Campus der MHH*)

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.

Aufgrund des personellen Wechsels in einigen Einrichtungen und entsprechend vielen neuen Delegierten in der SAG stellten sich die teilnehmenden Institutionen z.T. auch vor Ort vor: beta Tagesstätte, AHMB (ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen und Migrationshintergrund) sowie das Sozialpsychiatrische Zentrum Seelberg mit der Tagesstätte Resonanz.

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 · Poliklinik auf dem Campus · Sozialpsychiatrischer Dienst · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover · Email: steinmueller.susanne@mh-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Regelung besteht weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle zwei Monate, jeweils am zweiten Dienstag des Monats, von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr trifft. Insgesamt fanden aufgrund des Umzugs der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Plauener Straße bis einschließlich September 2010 vier 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., Mitarbeiter der Institutsambulanz und der Ergotherapie des KRH Psychiatrie Langenhagen, eine Mitarbeiterin der Vahrenheider Werkstatt sowie ein Mitarbeiter des Werkheimes e. V., ein Mitarbeiter vom Birkenhof Ambulante Pflegedienste und eine Mitarbeiterin der Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle der Landeshauptstadt Hannover.

Als neue Teilnehmer konnten wir eine Mitarbeiterin des Koordinierungszentrums Kinderschutz begrüßen, die im November die Einrichtung vorstellte. Außerdem widmeten wir eine Sitzung der Arbeit der Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle. In diesem Zusammenhang be-

suchten wir das KRH Psychiatrie Langenhagen um uns über die neu eingerichtete Behandlungsmöglichkeit von Müttern mit kleinen Kindern zu informieren.

Die Versorgung von Müttern mit kleinen Kindern und Kinder psychisch kranker Eltern wird im Herbst weiter vertieft.

In Diskussion innerhalb der Sektorarbeitsgemeinschaft hat sich ein Defizit für Tageseinrichtungen für Mütter mit Säuglingen und kleineren Kindern herausgestellt. Der Bedarf an tagesklinischen Behandlungsmöglichkeiten für die Mutter in einem beziehungsfördernden Setting im Raum Hannover ist vorhanden, es gibt aber keine Einrichtungen.

Anschrift der Verfasserin:

Sabine Tomaske · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Plauener Str. 12 A · 30179 Hannover · E-Mail: Sabine.Tomaske@region-hannover.de Telefon 0511 / 168 - 48405

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg – Empelde

von Martin Fochler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

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

Im Berichtszeitraum fand nur am 09.12.2009 eine Sektor-Arbeitsgemeinschaft statt. Die quartalsweisen Treffen wurden dann unterbrochen. Da eine räumliche Veränderung ansteht, sollen regelmäßig in dreimonatigem Abstand Treffen erst in den neuen Räumlichkeiten, wieder ab ca. Juli 2011 stattfinden.

Zur Vorbereitung auf diese Treffen ist ein von der Beratungsstelle entworfener Fragebogen an alle Institutionen, Verbände und Einzelpersonen, die zu den Sektor-Arbeitsgemeinschaften eingeladen werden, verschickt worden. Die Rückläufer sind ausgewertet worden.

Folgendes ist dabei festzuhalten:

- Es wurde von den Teilnehmern gewünscht, dass zukünftige Treffen alternativ auch in anderen Einrichtungen des Sektors stattfinden sollten.
- Neben einem Schwerpunktthema sollte dem Punkt „Aktuelles aus den Einrichtungen“ zukünftig größeres Gewicht zukommen.
- Außerdem sollten diverse Fragestellungen zur Wertigkeit und zu unterschiedlichen Interessenslagen der Einrichtungen mehr Aufschluss über das zukünftige Anforderungsprofil an unsere Sektor-AG vermitteln, die aber hier nicht einzeln aufgeführt werden, da dies den Rahmen dieses kurzen Berichtes sprengen würde.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft 09.12.2009

Schwerpunktthema: Die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder – und Jugendliche und deren Familien. Als Referent hatte sich freundlicherweise Herr Stefan Pohl zur Verfügung gestellt, der die Arbeit der Beratungsstelle vorstellte, ebenso die Vernetzung mit an-

deren Einrichtungen und dann 2 typische Fallbeispiele darstellte. In dem Zusammenhang ergab sich eine rege Diskussion.

Nach Umzug in die neuen Räumlichkeiten wird dann vermutlich im 3. Quartal 2011 die nächste Sektor-Arbeitsgemeinschaft stattfinden. Bis dahin bleiben die Treffen, wie anfänglich erwähnt, ausgesetzt.

Anschrift des Verfassers:

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

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) 2009/2010

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 81 stimmberechtigte Mitglieder, 41 nichtstimmberechtigte Mitglieder und Gäste mit beratender Stimme an. In bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Behandlung, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 81 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 217 Angeboten für Psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten. Damit wird der kontinuierliche Ausbau der Angebote 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 und können entsprechend Einfluss nehmen.

Durchschnittlich haben an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Berichtszeitraum ca. 50 Personen (davon ca. 25 – 30 stimmberechtigte Mitglieder) teilgenommen. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches verstanden werden.

Folgende Themen wurden bearbeitet:

06.08.09

- Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum „Persönlichen Budget“ in der Region Hannover
- Behandlungsmöglichkeiten für „Mutter und Kind“ im Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf

03.09.09

- Ein Jahr Hannover – eine Standortbestimmung: Herr Prof. Dr. Bleich als neuer Leiter der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie stellt sich und die Arbeit / Ausrichtung der Klinik unter seiner Leitung vor
- Aussprache und Diskussion

01.10.09

- Vorstellung des Projekt HaLT (Hart am Limit) und Erfahrungen nach einem Jahr Praxis
- Vorstellung und aktueller Stand Diamorphin (Heroin) Abgabe in Hannover und die Perspektiven nach der Änderung der bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen

05.11.09

- Vorstellung der Arbeit der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ unter dem besonderen Aspekt der (fach)ärztlichen Behandlung des betroffenen Personenkreises

03.12.09

- Arbeit des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover
- Vorstellung des Selbsthilfegruppen im Bereich Depression in der Region Hannover

07.01.10

- Entwicklung und Perspektiven im Klinikum Wahrenndorff gGmbH
- Aussprache und Diskussion

04.02.10

- Entwicklung und Perspektiven im Klinikum Region Hannover – Psychiatrie Wunstorf
- Aussprache und Diskussion

04.03.10

- Entwicklung und Perspektiven im Klinikum Region Hannover – Psychiatrie Langenhagen
- Aussprache und Diskussion

01.04.10

- Vorstellung und Schwerpunkte „Sozialpsychiatrischer Plan 2010“
- Zusammenarbeit mit der Stadt Hannover / Region Hannover – Sachstandsmitteilung aus der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“
- 2. Psychiatriewoche vom 25.10. bis 29.10.2010

06.05.10

- Vorstellung der Arbeit der 3 Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken mit Zuständigkeit für die Region Hannover
- Aussprache und Diskussion

03.06.10

- Krankenhausplanung für Psychiatrie / Psychotherapie / Psychosomatik im Land Niedersachsen

01.07.10

- Durchführung eines Ausbildungsganges Ex-In zur Gesundheitsbegleiterin/-begleiter in der Region Hannover

Die Übersicht der Themen läßt erkennen, daß der AKG weiterhin regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt, neue Themen der psychiatrischen Arbeit aufnimmt und vertieft und damit zugleich für alle Teilnehmenden eine wichtige Funktion in der gegenseitigen Qualifizierung erfüllt. Im Berichtszeitraum standen die Weiterentwicklungen und Neuausrichtungen der Psychiatrischen Kliniken – die Aufgaben der Pflichtversorgung in der Region Hannover wahrnehmen – als Schwerpunktthema im Focus des Interesses.

Anschrift des Verfassers:

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

Bericht des Regionalen Fachbeirates (RFP) Mitte 2009 bis Ende 2010

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

Aufgrund organisatorischer Veränderungen in den Zuständigkeiten innerhalb der Region Hannover tagte der RFP in der Zeit von Oktober 2009 bis Ende 2010 nicht.

Es ist beabsichtigt ab Januar 2011 den RFP wieder einzuberufen nach Abklärung der Zuständigkeiten und dem zukünftigen Beratungsauftrag.

Anschrift des Verfassers:

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

3. Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle Berichtszeitraum 2009/2010

von Jürgen Gundlach (*Mitglied der Ombudsstelle*)

1. Einblick in unsere Arbeit

Vor fast 6 Jahren, im Februar 2005, nahm die Ombudsstelle ihre Arbeit auf. Sie versteht sich als Ansprechpartner/Vermittler für Patienten und Patientinnen/Klienten und Klientinnen oder ehemalige Patienten und Patientinnen/Klienten und Klientinnen psychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen und Dienste in der Region Hannover. Gleichzeitig können Angehörige psychisch kranker Menschen in der Region die Ombudsstelle einschalten.

Wir bearbeiten Beschwerden, befassen uns mit Anregungen oder Fragen im Zusammenhang mit Unterbringung, ärztlicher Behandlung, Therapie oder psychosozialer Betreuung.

Das übergeordnete Ziel der Ombudsstelle ist die Stärkung der Situation der Patienten und damit auch eine Verbesserung der Qualität der Versorgung der psychisch kranken Menschen in der Region Hannover. Im Vordergrund steht dabei die Sicherung und Verbesserung der psychiatrischen, psychologischen, sozialpädagogischen und nicht zuletzt die menschliche Behandlung von Betroffenen. Die Ombudsstelle begleitet und unterstützt dabei Menschen bei der Wahrung ihrer Rechte und Interessen gegenüber unterschiedlichen Institutionen bzw. Fachpersonen.

Jeder bei uns schriftlich eingereichten Beschwerde gehen wir nach. Wir bearbeiten die Beschwerden unabhängig von bestimmten Interessengruppen. Im Sinne von Transparenz und Partizipation werden die einzelnen Schritte mit den Beschwerdeführern vorher besprochen und abgestimmt. Überdies sind wir nicht an Weisungen gebunden und stehen unter Schweigepflicht.

Die Ombudsstelle setzt sich aus 5 Personen, die ehrenamtlich beziehungsweise zugeordnet im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit arbeiten, zusammen. Als beratende Mitglieder unterstützen uns unabhängig der Teamleiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover.

Bevor Mitglieder der Ombudsstelle in einer Angelegenheit aktiv werden, muss eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht verbindlich vorliegen. Die Ombudsstelle tagt in der Regel einmal im Monat. Es ist jeweils obligatorisch ein Protokoll zu erstellen. Die Beschlüsse werden eingehend diskutiert und gemeinschaftlich verabschiedet. Dabei werden die nächsten Schritte der Beschwerdebearbeitung festgelegt und die Aufgaben untereinander verteilt.

Über unsere Arbeit in den Jahren 2005/2006 und 2007/2008 haben wir jeweils einen Bericht schriftlich verfasst.

2. Beschwerdefälle

Im Berichtszeitraum (Betrachtungszeitraum: 24 Monate) wurden 56 Beschwerden bearbeitet. Davon entfielen 33 Beschwerden auf das Kalenderjahr 2009 und 23 Beschwerden auf das Kalenderjahr 2010. Im Berichtszeitraum 2007/2008 wurden 52 Beschwerden bearbeitet. Das bedeutet für den Berichtszeitraum eine Steigerung von fast 8 %.

Betroffene selber beschwerten sich bei der Ombudsstelle in 41 Fällen, Angehörige wie beispielsweise Ehe-/Lebenspartner und Eltern in 15 Fällen. Damit sind die Beschwerden von Betroffenen im Vergleich zum Berichtsjahr 2007/2008 leicht rückgängig.

Aus dem Bereich der Landeshauptstadt Hannover kamen 21 Beschwerden, der Rest verteilte sich auf das Umland der Region Hannover. Eine Beschwerde wurde vom Wohnort Celle und eine Beschwerde vom Wohnort Landkreis Schaumburg an uns herangetragen.

Die Auswertung hat ergeben, dass Beschwerden über das Klinikum „Wahrendorff“ in 9 Fällen, über das Klinikum „Langenhagen“ der Region Hannover in 6 Fällen und über das Klinikum „Wunstorff“ der Region Hannover in 4 Fällen an uns gerichtet wurden. Ansonsten verteilten sich die Beschwerden auf unterschiedliche Institutionen/Personen in der Region Hannover.

Als Beschwerdegründe wurden beispielsweise angeführt:

- Klinische Behandlungen
- Probleme mit Betreuern
- Auseinandersetzungen mit der ARGE/Jobcenter

- Unterbringungen in Kliniken
- Heimunterbringungen/-betreuungen
- Sozialhilfe/Grundsicherung
- Leistungen von Krankenkassen/Rentenversicherungen
- Schwierigkeiten mit Geldinstituten

Die Bearbeitungszeiten von Beschwerden richten sich nach der Komplexität der einzelnen Fälle. Hervorzuheben ist, dass die Beschwerden von der Ombudsstelle möglichst zeitnah bearbeitet werden. Ein Informationsaustausch über die bei uns eingereichten Fälle erfolgt in den Sitzungen und/oder über telefonische Absprachen unter den Mitgliedern der Ombudsstelle. Meist erfolgen intensive Beratungsgespräche und weitere Kontakte mit den Betroffenen, teilweise werden auch andere Institutionen zu schriftlichen Stellungnahmen aufgefordert oder die Fälle werden an zuständige Stellen, wie beispielsweise die Besuchskommission, weitergeleitet. In wenigen Fällen reichen für die Bearbeitung der Beschwerden Einmalkontakte aus. Herauszustellen ist, dass bei der Klärung der Beschwerden die eingeschalteten Institutionen ausgesprochen kooperativ und verständnisvoll mit uns zusammengearbeitet haben.

3. Fallbeispiele zur Darstellung der Tätigkeit der Ombudsstelle

Beispiel 1:

Mehrere Patienten aus dem Land Berlin beschwerten sich über die geschlossene Unterbringung im Klinikum Wahrendorff GmbH. Anzumerken ist, dass in Berlin diese Art von Unterbringung gesetzlich nicht vorgesehen ist. Dabei beklagen die Patienten unter anderem den Verlust von Kontakten zu ihrem engeren sozialen Umfeld, wie beispielsweise zu Verwandten, Freunden und Bekannten. Dadurch sind Patienten neben der psychiatrischen Erkrankung noch zusätzlich erheblichen persönlichen Belastungen, die zu Stress und auch Aggressionen führen können, ausgesetzt. Die Ombudsstelle setzt sich für eine Rückführung nach Berlin ein, entsprechende Gespräche werden momentan geführt.

Beispiel 2:

Psychisch erkrankte Patienten beklagen sich immer wieder über erhebliche Schwierigkeiten/Auseinandersetzungen bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Behörden, wie beispielsweise der ARGE, dem Sozialamt, dem Jugendamt, der Schulbehörde, der Kranken- oder Rentenversicherung. Zu bemängeln ist aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Menschen ein oft angstauslösender (un-sensibler) Umgang gegenüber den Antragstellern. Die Ombudsstelle setzt sich in diesen Fällen mit den Behörden in Verbindung, um zu vermitteln und eine einvernehmliche Lösung zu erzielen.

Als Erfolg ist zu werten, dass beispielsweise ein Schulwechsel von der Sekundarstufe I in eine Förderschule vermieden werden konnte. Auch konnte erreicht werden, dass einer Patientin regelmäßige Leistungen vom Jobcenter der Region Hannover zugesprochen wurde.

Beispiel 3:

Eine Beschwerde richtete sich gegen die Anordnung einer Unterbringung in die geschlossene Abteilung einer Klinik. Durch den Einsatz der Ombudsstelle wurde die Unterbringung vermieden. In diesem Beispiel hatten wir durch Gespräche mit der Betroffenen den Eindruck, dass die Vor-

aussetzungen für eine geschlossene Unterbringung nicht vorlagen. Gemeinsam mit der Betroffenen wurden Gespräche mit einem Arzt der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle der Region Hannover geführt. Dieser schloss sich nach einem Gespräch unserer Meinung an und bestätigte dieses gegenüber der zuständigen Betreuungsrichterin. Diese hob den Beschluss nach einem persönlichen Gespräch, dass wir gemeinsam mit der Betroffenen geführt haben, auf.

4. Ausblick

Erfreulich ist, dass sich die Beschwerden in den letzten Jahren auf ein überschaubares Niveau eingependelt und stabilisiert haben. Dieses zeigt, dass die Arbeit der Ombudsstelle bei allen beteiligten Institutionen nachhaltig Wirkung gezeigt hat.

Immer wieder ist festzustellen, dass Betroffene im Alltag beispielsweise gegenüber Betreuern, Behörden und Klinikmitarbeitern ängstlich und zurückhaltend agieren. Sie scheuen Auseinandersetzungen und fürchten sich auch vor möglichen persönlichen Folgen, wie beispielsweise Vorwürfen, Missachtungen, Ehrverletzungen, Strafen, die dann nach unserer Einschätzung zu weiteren erheblichen – persönlich belasteten – Stigmatisierungen führen könnten.

Erfreulich ist, dass unsere Arbeit nach unseren Erfahrungen durch facettenreiche Gespräche und das gemeinsame Suchen/Finden nach Lösungen wesentlich zur Verbesserung der Atmosphäre zwischen Beschwerdeführern und Beschwerdegegnern beiträgt. So setzen wir uns auf der einen Seite für die Durchsetzung der Rechte der Erkrankten ein; und auf der anderen Seite treten wir als neutraler „Mittler“ gegenüber verschiedenen Institutionen auf.

Für die Ombudsstelle:

Eva Amende, Margarete Wonnemann, Rudolf Breske, Jürgen Gundlach, Christian Harig
Geschäftsstelle und beratende Mitglieder:

Lothar Schlieckau, Psychiatriekoordinator der Region Hannover

Dr. Thorsten Sueße, Teamleiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover, Weinstr. 2,
30171 Hannover

Anschrift des Verfassers:

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

Sonderteil:

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien

von Matthias Eller und Stefan Pohl (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche*)

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.

Lesehilfe: 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 2009 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 · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien · Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Stefan.Pohl@region-hannover.de · E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de

Ambulante Versorgung

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien im Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover

von Stefan Pohl (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche*)

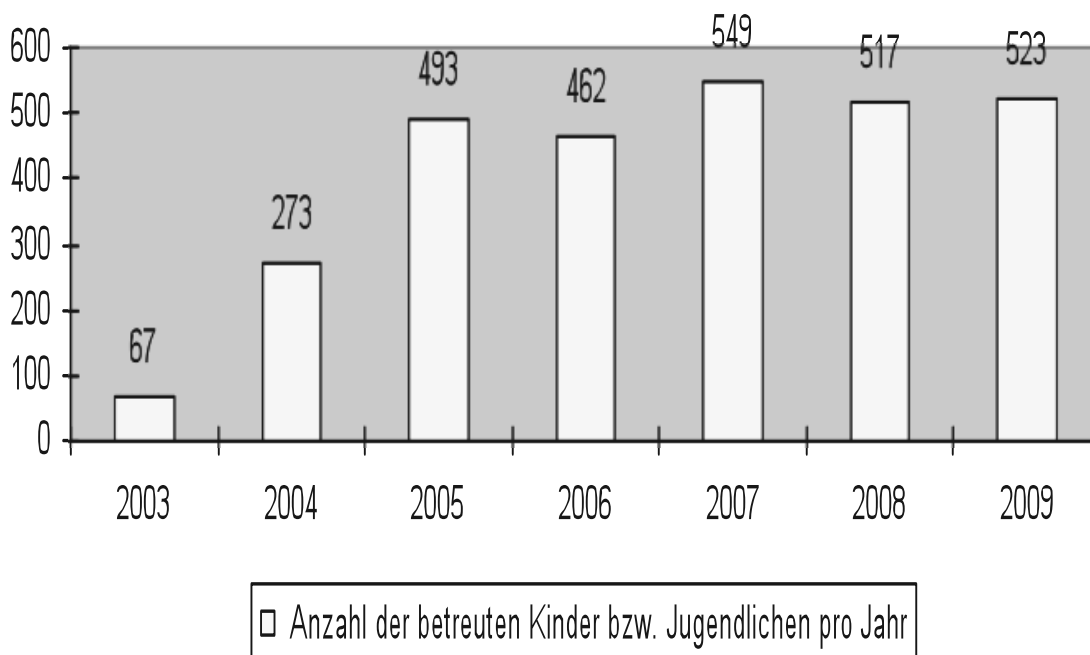
Im Sommer 2010 fragte das Landesgesundheitsamt in Verbindung mit einer Erhebung verschiedener Daten aus dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich in Niedersachsen bei uns nach, ob wir Ihnen einen Bericht zu unserer Arbeit erstellen können. Wir haben daraufhin die relevanten statistischen Zahlen unserer Einrichtung von 2003 (zunächst Aufbau der Beratungsstelle)

bis 2009 zusammengefasst. Der Sozialpsychiatrische Plan ist eine gute Gelegenheit, die wichtigsten Daten und Informationen zur sozialpsychiatrischen Tätigkeit hier aufzuführen, da nach wie vor Fragen nach unserer Arbeit an uns herangetragen werden.

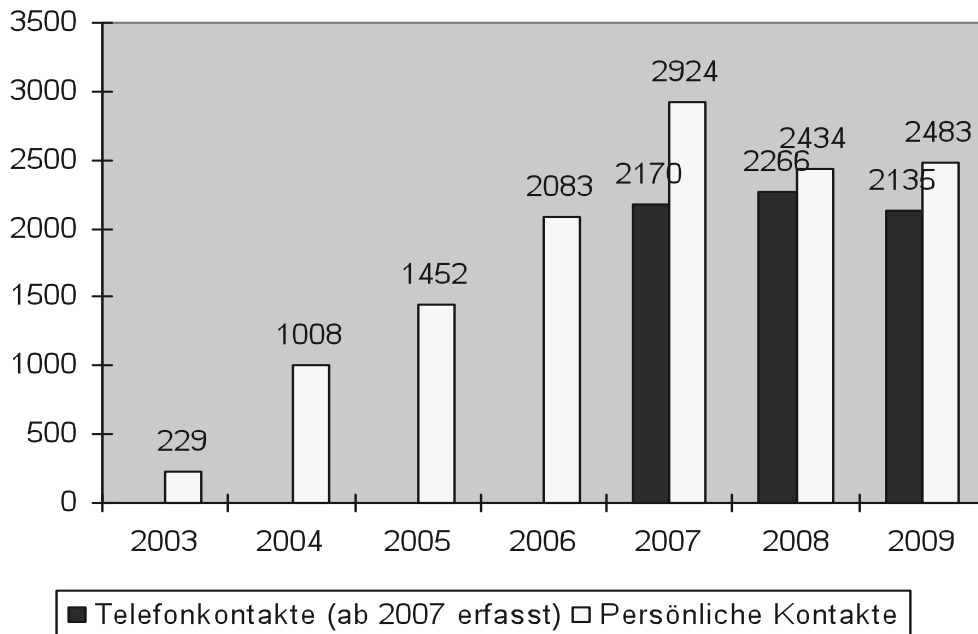
Das Profil der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle

Das vorrangige Ziel unserer Tätigkeit besteht in der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die sich in ausgeprägten Krisen (meistens mit Selbst- und/oder Fremdgefährdung) befinden und psychische Störungen aufweisen. Es geht um Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem NPsychKG und dem BGB §1631b. Dabei klären wir die Notwendigkeit von stationären Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab, leisten Kriseninterventionen und vermitteln ggf. in geeignete ambulante weiterführende Maßnahmen. Durch unsere Interventionen können stationäre Einweisungen vermieden werden. Wir begleiten die Familien im Sinne einer sozialpsychiatrischen Betreuung und Case-Management. Unsere Einrichtung hat dadurch eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie. Es besteht zudem eine umfangreiche Vernetzung mit den verschiedenen Institutionen teils mit konkreten Kooperationsvereinbarungen (Jugendamt, Jugendhilfeträger, Kliniken, Schulen und Schulsozialarbeit, andere Beratungsstellen, Familiengerichte, niedergel. Ärzte und Therapeuten) Wir klären alle telefonischen und persönlichen Anfragen fachlich fundiert ab. Dabei vermitteln wir gezielt und in Absprache mit den Hilfesuchenden weiter, falls wir nicht zuständig sein sollten (> ca. 50 % der Anfragen). Für akute Kriseninterventionen sind wir immer zuständig und verteilen je nach Dringlichkeit zeitnah – im Notfall sofort – Termine. Es gibt keine Wartelisten wie bei therapeutischen oder stationären Angeboten.

Klientenzahlen



Anzahl der Kontakte



- **Regionale Verteilung:** Die KlientInnen kommen durchschnittlich zu 50 % aus der Landeshauptstadt Hannover und zu 50 % aus dem Umland der Region Hannover.
- Das **Geschlechterverhältnis** liegt durchschnittlich bei etwa 40% weiblich und 60% männlich.
- Die **Altersstruktur** der Inanspruchnahme unserer Einrichtung hat sich im Laufe der Jahre zugunsten der Jugendlichen verschoben. Ungefähr Dreiviertel der Index-KlientInnen ist im Alter zwischen 13 und 17 Jahren
- Die **Kontaktaufnahme** erfolgt in der Regel durch die sorgeberechtigten Eltern; oftmals auf Anraten anderer Institutionen.
- Die häufigsten **Vorstellungsgründe** sind:
 - Autoaggressives Verhalten und Suizidalität
 - Langandauernde Schulabstinenz
 - Depressive Entwicklungen
 - Gewalterfahrungen oder Gewaltausübung
 - Emotionale Störungen
- **Nationalität:** Es kamen Eltern mit knapp 30 verschiedenen Nationalitäten. Der Anteil der deutschen Familien liegt bei 75%. Ansonsten führen Familien mit türkischer Nationalität – vor den deutschrussischen Familien – die Liste der anderen Nationalitäten an.
- **Familienzusammenleben:** Bei fast 75 % der Familien, die zu uns kamen, leben die Eltern getrennt bzw. in neuen Familienzusammenhängen.
- **Sozialstruktur:** Etwa 40 % der Eltern sind Hartz IV – Empfänger. Dieser Anteil ist überdurchschnittlich hoch; ansonsten kommen die Familien aus allen sozialen Schichten.
- **Psychisch kranke Eltern:** Bei der Hälfte der Kinder und Jugendlichen ist mind. ein Elternteil psychisch erkrankt (inkl. Suchterkrankungen).

- Folgende **ICD 10-Diagnosen** sind am häufigsten bei den Kindern und Jugendlichen: Schwere Anpassungsstörungen (mit PTBS) und Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen.
- **Aufsuchende Tätigkeit:** Es fanden in den letzten Jahren der Beratungsstellentätigkeit durchschnittlich 58 Hausbesuche pro Jahr statt. Die Hausbesuche werden im Zusammenhang mit schweren Krisen teilweise als Notfälle (ca. 25%) durchgeführt. In zehn Fällen pro Jahr kam es durchschnittlich zu stationären Einweisungen nach §1631b BGB, ansonsten konnte oftmals eine stationäre Unterbringung verhindert werden.

Anschrift des Verfassers:

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

Winnicott-Institut,

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

Zu 1.)

Die Ausbildungsambulanz des Winnicott Institutes (Institut der Fachhochschule Hannover) wird weiterhin hoch frequentiert: Bis zu 120 Kinder und Jugendliche befinden sich auf der Warteliste. In der Ausbildungsambulanz arbeiten Studenten mit der Berechtigung zur Behandlung unter Supervision (ca. 50 Studierende sind im Behandlungspraktikum).

Neben der Ausbildungsambulanz unterhält das Winnicott Institut ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit 2,5 Fachkräften (Psychiater und KJP) sowie eine Eltern-Säuglings- / Kleinkinderambulanz.

Zu 2.)

Aufgrund der langen Warteliste und der schlechten Versorgungssituation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen war es dringend notwendig, die Ausbildungsambulanz mit einem MVZ zu erweitern und somit an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Besondere Beachtung erfährt dabei unsere o. g. Eltern-Säuglings- / Kleinkinderambulanz.

Zu 3.)

Die Anzahl und Schwere von Entwicklungsauffälligkeiten und psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen hat deutlich zugenommen. Beachtenswert sind die bereits im frühesten Kindesalter auffallenden Regulationsstörungen (extrem unruhige Kinder, Schreikinder, Kinder mit Essstörungen, ect.). Dem versuchen wir durch unsere o. g. Eltern- Säuglings- / Kleinkinderambulanz entgegen zu wirken.

Anschrift des Verfassers:

Kurt Brylla · Winnicott-Institut · Geibelstraße 104 · 30173 Hannover · info@winnicott-institut.de

Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten

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

Im vergangenen Berichtszeitraum haben sich keine wesentlichen Veränderungen in diesem Bereich ergeben.

In der Hannover-Region versorgen (laut KVN) mittlerweile ca. 24 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ihre ambulanten Patienten, wobei ein Teil nur z. T. niedergelassen ist, z. T. Teilzeit tätig ist oder vorrangig supervisorisch. Der größte Teil der niedergelassenen Praxen ist sozialpsychiatrisch organisiert, mit nicht-ärztlichem Personal im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung, deren erste Evaluation durch die Krankenkassen demnächst ansteht. Der Bedarf an fundierter Diagnostik und entsprechender Therapie im kinderpsychiatrischen Bereich ist ungebrochen. Wartezeiten sind weiterhin deutlich vorhanden, im ländlichen Bereich mehr als im städtischen.

Tendenziell ist, wie schon in den letzten Jahren feststellbar, eine Verunsicherung im Erziehungsverhalten bei den Eltern zu bemerken, bei gleichzeitig ansteigendem Leistungsdruck schon in den ersten Jahren der Grundschule.

Anschrift des Verfassers:

Rainer F. Janitzek · Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie · Brabeckstraße 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*)

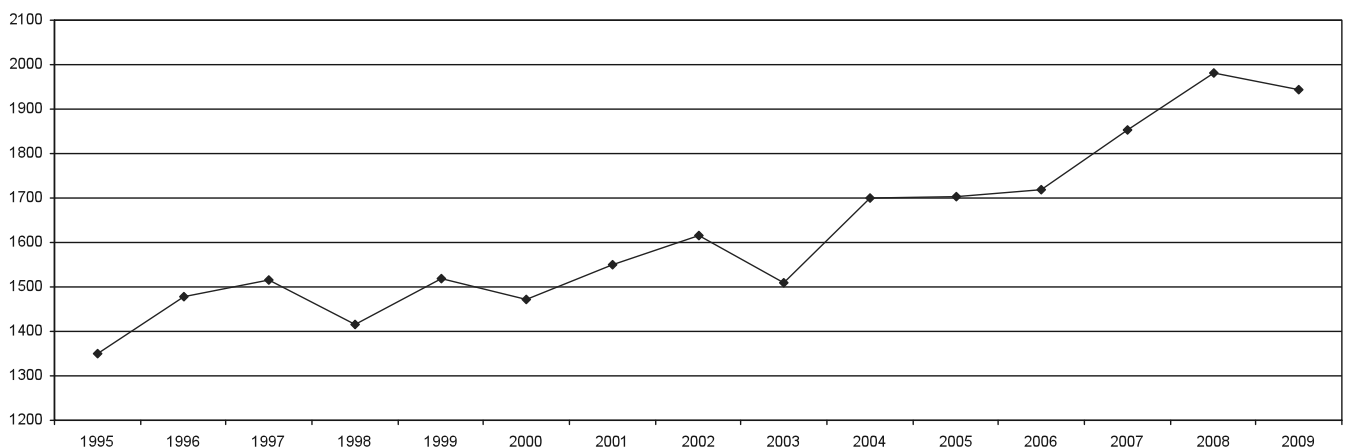
Versorgungssituation

Im Berichtsjahr 2009 sind die Anmeldezahlen in den 3 Beratungsstellen der Region Hannover regional unterschiedlich: in der FEB Burgdorf haben die Anmelde- und Fallzahlen gegenüber 2008 weiter zugenommen, in der FEB Neustadt sind sie auf Vorjahresniveau geblieben und in der FEB Barsinghausen haben sie sich nach starken Zuwächsen in den Vorjahren etwas verringert.

Die meisten Empfehlungen zur Anmeldung haben die Sozialen Dienste der Jugendämter ausgesprochen (21,9%).

79,4 % aller Beratungen sind innerhalb von 10 Sitzungen abgeschlossen worden.

Bearbeitete Fälle im 15-Jahres-Vergleich



Die zum 01. März 2008 eröffnete Außenstelle der FEB Barsinghausen in Seelze wurde von der Bevölkerung so gut angenommen, dass das Beratungsangebot ab dem 1. November 2009 auf zwei Tage wöchentlich ausgedehnt wurde.

In den Sprechstunden der FEB Burgdorf in Sehnde und Uetze wurden jeweils 100 Beratungen durchgeführt

Trends/Entwicklung

In den Beratungen bei Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind wird oft berichtet, dass das betreffende Kind schon im Säuglings- und Kleinkindalter anders gewesen sei, häufiger geweint habe, sich nicht gerne berühren oder nicht leicht füttern ließ. Wir gehen davon aus, dass manche Auffälligkeiten in der frühesten Kindheit begründet sind.

Seit Mitte 2009 nehmen drei Mitarbeiterinnen aus den drei FEBs an einer Weiterbildung im Potsdamer Institut „Vom Säugling zum Kleinkind“ teil, die sie für die Beratung von Eltern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren besonders qualifiziert. Im Sinne von Prävention und früher Intervention soll verhindert werden, dass frühe Störungen sich verfestigen und zu einer dysfunktionalen Familiendynamik führen. Im September 2010 wird das Angebot „Frühe Beratung“ offiziell beginnen. Im August 2010 werden die Kooperationspartner ausführlich informiert mit dem Ziel, diese Information an möglichst viele junge Eltern weiterzugeben.

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

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie

von Michael Wachtendorf (*Leitender Psychologe*)

Zu 1.)

Trotz Erhöhung des Personalschlüssels in allen Bereichen, bestehen weiterhin lange Regelwar-tezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich.

Die Zahl der behandelten Patienten ist ebenso wie die Zahl der Anmeldungen ge-stiegen.

Zu 2.)

Durch das qualitativ und quantitativ deutlich verbesserte Angebot der Diagnostik und Therapie mit autistischen Kindern, haben sich neue Behandlungsschwerpunkte ge-bildet. Zusätzlich wird eine Elternbegleitung angeboten.

Bei allen speziellen Therapieangeboten werden begleitende Arbeitsgruppen gebildet und quali-tätssichernde, wissenschaftlich evidente Evaluationen durchgeführt.

Zu 3.)

Die Auffälligkeiten im Bereich der Sprache nehmen deutlich zu. Hierbei steht die spezifische Sprachentwicklungsstörung an vorderster Stelle.

Die Anzahl der bindungsschwachen bzw. bindungsgestörten Eltern nimmt stetig zu. Eine daraus resultierende Steigerung der Zahl bindungsgestörter Kinder ist die Fol-ge.

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*)

In der Versorgungssituation der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat es in 2009 keine wesentlichen Veränderungen gegeben.

Die Versorgungssektoren und Zahl der stationären (30) Plätze sind unverändert geblieben. Die Anzahl der teilstationären Plätze ist von 8 auf 9 angestiegen.

Der Trend zu einer seit 2006 beschriebenen anhaltend hohen Zahl an Notaufnahmen war auch 2009 weiterhin stabil. Die Stationen waren voll ausgelastet, die durchschnittlichen Wartezeiten für eine reguläre Aufnahme lagen bei etwa 3-4 Monaten.

Die bereits im Jahre 2008 zu verzeichnende Tendenz von erhöhten Aufnahmezahlen Jugendli-cher mit suizidalen Krisen hält weiter an. Seit Ende 2009 häufen sich auch notfallmäßige Aufnah-men von Kindern unter 14 Jahren.

Für die Institutsambulanz gab es auch in 2009 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).

Im Bereich der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gab seit Ende 2009 eine leichte Entlastung durch die Eröffnung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis im Landkreis Nienburg.

Anschrift der Verfasserin:

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

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

von Burkhard Neuhaus (*Chefarzt*)

Zu 1.)

Es besteht eine unverändert hohe Inanspruchnahme für alle ambulanten, teilstationären und stationären Angebote der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Der Personalstand entspricht der Psych.-PV. Auch bzgl. der überregional angebotenen Schwerpunkte Therapie bei Essstörungen, Psycho-Traumata und Suchterkrankungen besteht eine hohe Nachfrage.

Zu 2.)

Im Januar 2010 wurde die Therapiestation für Abhängige Jugendliche Teen-Spirit-Island (TSI) um 6 Therapieplätze für medienabhängige Jugendliche und Heranwachsende erweitert. Es besteht eine hohe Inanspruchnahme.

Am 01.08.2010 erfolgte die Übergabe der chefarztlichen Verantwortung. Neue Chefärzte sind Herr Dr. Christoph Möller und Herr Dr. Burkhard Neuhaus.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Burkhard Neuhaus · Kinderkrankenhaus auf der Bult · Abteilung für Kinder- und Jugend-psychiatrie und Psychotherapie · Janusz-Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover ·

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 des Landkreises Hannover

Landkreis Goslar

Stadt Salzgitter

Stadt und Landkreis Northeim

Spektrum des Behandlungsangebots

Die Behandlung ist verhaltenstherapeutisch und systemisch orientiert und geht auf die Anliegen und Bedürfnisse aller Beteiligten ein. Wir therapieren multiprofessionell und es wird je nach vorliegendem Störungsbild für den Patienten individuell ein Behandlungsplan vom Team erstellt. Unser Team ist multiprofessionell mit Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Fachtherapeuten und Mitarbeitern aus dem Pflege- und Erziehungsdienst zusammengesetzt.

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 der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Aggressionen bei Kindern mit dem THAV-Programm.

In der Institutsambulanz wurden feste Elterngruppen für Triple-P (Positives Erziehungsprogramm) 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 Schulabstentismus und Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis, speziell Asperger-Syndrom, beobachtet. Weiter haben sich die krisenbedingten Aufnahmen von Jugendlichen deutlich erhöht.

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

Eingliederungshilfe

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH – THZ

von Christine Voigt (*Leitende Dipl. Pädagogin*)

zu 1.)

Der Träger „Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH“ gliedert sich in die Angebotsbereiche „Sonderkindergarten“ und „Schule im Bonhoeffer-Haus/anerkannte Tagesbildungsstätte mit integrierten Internatsplätzen“ (THZ), „Ambulanz und Beratungsstelle“ (Amb) sowie „Vollstationäre Wohngruppen für autistische Kinder und Jugendliche“ (WG) auf.

(THZ) Mit Stichtag 1.10.09 wurden im Sonderkindergarten 8 und in der Tagesbildungsstätte 31 Kinder und Jugendliche mit Autismus gefördert. Dieser Angebotsbereich war zu diesem Zeitpunkt in 6 Gruppen differenziert. Im angegliederten Internat konnten 2009 wöchentlich durchschnittlich 4 Kinder und Jugendliche betreut werden. In der Regel bieten wir anfragenden Kindern und Jugendlichen zum Schuljahrsbeginn eine Aufnahme an. In dringenden Fällen konnten wir im Jahr 2009 auch kurzfristig Aufnahmen durchführen.

(Amb) Von der Ambulanz und Beratungsstelle wurden durchschnittlich 60 Kinder und Jugendliche mit durchschnittlich 2 Fachleistungsstunden pro Woche gefördert. Die Wartezeiten betragen zwischen 3 und 6 Monate.

(WG) In den vollstationären Wohngruppen für Kinder und Jugendliche mit Autismus in Giesen bei Hildesheim waren im angegebenen Zeitraum alle 12 Plätze belegt.

Zu 2.)

(THZ) Im Sonderkindergarten konnten wir einen überproportionalen Zuwachs verzeichnen. Deswegen konnte die Kindergartengruppe nach langer Zeit wieder mit 8 Kindern voll ausgelastet werden.

(WG) Aufgrund des hohen Aggressionspotentials der Bewohner haben wir die Konzeption einer Wohngruppe im Hinblick auf die pädagogischen Herausforderungen weiterentwickelt. Ziel war es dabei, weiterhin als offene Wohngruppe arbeiten zu können.

Zu 3.)

(Amb) Der Trend aus dem Jahr 2008, dass zunehmend Kinder und Jugendliche mit Asperger-Autismus eine ambulante Fördermaßnahme benötigen, setzte sich auch im Jahr 2009 fort.

Um dem steigenden Förderbedarf von autistischen Kindern in anderen Einrichtungen gerecht zu werden, bieten wir einmal jährlich für pädagogisch-therapeutische Fachkräfte unsere Seminarreihe „Autismus“ an. In 6 Seminarteilen gehen wir auf das breite Spektrum Autismus ein und stellen die Besonderheiten der einzelnen Formen heraus. Bisher konnten 60 TeilnehmerInnen dieses Angebot wahrnehmen.

(THZ) Trotz aller positiven Entwicklung in Richtung Inklusion in Schulen verzeichnen wir für unser besonderes Angebot in der Tagesbildungsstätte eine konstante Nachfrage. Aufgrund des besonderen Förderbedarfs der Kinder und Jugendlichen mit Autismus ist es oft nicht möglich oder auch schon gescheitert, diese SchülerInnen in größeren Gruppen zu unterrichten. Eltern äußern oft sehr explizit den Wunsch, ihre Kinder in unserer Tagesbildungsstätte beschult zu wissen.

Anschrift der Verfasserin:

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

**Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover,
Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und
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 Laatzen und Springe wurde die Diagnostik bis zum 30.06.2009 und für die Stadt Burgdorf bis zum 31.10.2009 durchgeführt. Die Städte Burgdorf, Laatzen und Springe bearbeiten die Anträge auf Eingliederungshilfe jetzt incl. der erforderlichen Diagnostik selbständig.

2009 standen der Arbeitsgruppe 12 Fachkräfte mit 143 Arbeitsstunden pro Woche (3,6 Personalstellen) und 2 Schreibkräfte mit insgesamt 58,5 Std. pro Woche (1,5 Personalstellen) zur Verfügung. Bearbeitet wurden 2009 insgesamt 579 Anträge, davon ca. 69,2% im Zusammenhang mit vorliegenden Lese- und Rechtsschreibstörungen, ca. 25,4% im Zusammenhang mit einer vorliegenden Rechenstörung und ca. 5,4% im Zusammenhang mit kombinierten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

In 81,5% der gestellten Anträge kam die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis, dass eine Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII erforderlich ist, in 9,3% zu dem Ergebnis, dass die Leistungsvoraussetzungen des § 35a SGB VIII nicht vorliegen, in 9,2% 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 2009 (542) im Vergleich zum Jahre 2008 (589) um ca. 8% zurückgegangen.

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 Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII**
von Katrin Deiters-Winkler (*Fachbereich Jugend*)

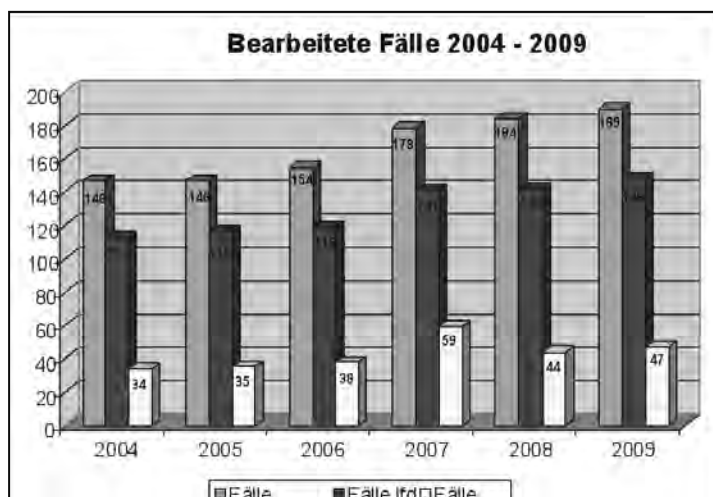
Unser Fachdienst 51.10 im FB Jugend ist zuständig für die Anträge auf Eingliederungshilfe gem. § 35a für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige im Zuständigkeitsbereich der Region Hannover ohne die Städte Burgdorf, Laatzen, Langenhagen, Springe und Stadt Hannover. Ausgenommen sind Anträge im Zusammenhang mit Lese – und Rechtschreibstörungen.

Wir verfügten 2009 über ein Kontingent von 2 ½ Vollzeitstellen, die wir uns mit 4 Kolleginnen teilten. Seit 2009 ist eine Mitarbeiterin mit 25 % der Arbeitszeit zuständig für die Bearbeitung von besonderen Fragestellungen /Abgrenzungsfragen zum SGB XII, Kooperationsvereinbarungen, Konzeption, Ansprechpartner bei Verwaltungsgerichtsverfahren.

Zu unseren wesentlichen Aufgaben gehört die

- Beratung von Eltern und jungen Menschen auf der Grundlage medizinischer Stellungnahmen
- Feststellung, ob eine seelische Behinderung vorliegt
- Abklärung und Abstimmung des Hilfebedarfs
- Auswahl geeigneter Einrichtungen und Dienste und die
- weitere Begleitung des Verlaufs einer Leistung.

2009 konnten insgesamt 189 Fälle – 148 laufende und 47 begonnene – von uns bearbeitet und gem. § 36 SGB VIII begleitet werden.



Auffallend war eine erhebliche Zunahme von Neuanträgen in Höhe von 45 % im Vergleich zum Vorjahr. Dies führte zu Wartezeiten von bis zu 3 Monaten für die Antragssteller bzw. zu einer Bearbeitung zahlreicher Anträge bis in das Jahr 2010 hinein.

Die hohe Anzahl von Neuanträgen sehen wir im Zusammenhang mit einer stetigen Zunahme von immer jüngeren Kindern mit massiven seelischen Störungen, die nicht in der Lage sind, einen Kindergarten oder eine Schule ohne Unterstützung erfolgreich zu besuchen.

Diese Kinder benötigen in der Regel Plätze in Sonderkindergärten bzw. in integrativen Gruppen der Regelkindergärten oder Unterstützung in Form von Schulbegleitungen.

Für die Zukunft gehen wir davon aus, dass die Fallzahlen weiter steigen werden:

- Die Kinder mit diagnostizierten seelischen Störungen werden immer jünger.
- Die Diagnosemöglichkeiten der Fachärzte/Kliniken haben sich in den vergangenen Jahren verbessert.
- Die „Hemmschwelle“ von Eltern Unterstützung Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrien in Anspruch zu nehmen ist gesunken.

Anschrift der Verfasserin:

Katrin Deiters-Winkler · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Hildesheimer Str. 18 · 30169 Hannover ·
E-Mail: Katrin.Deiters-Winkler@region-hannover.de

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen der Pestalozzistiftung von Michael Theidel (*Pestalozzi Stiftung*)

zu 1.)

Stationäre Jugendhilfe

Unsere zehn Wohngruppen mit 97 Plätzen waren im Jahr 2009 kontinuierlich gut ausgelastet. Die gute Belegungssituation aus 2008 hat sich somit 2009 in der stationären Jugendhilfe fortgesetzt. Die Fluktuation in den Wohngruppen war gering – es handelte sich oft um langfristige Unterbringungen.

Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im stationären Bereich.

2009 wurde der Personalschlüssel in den Wohngruppen von 3,5 auf 4 Stellen erhöht. In den Familienorientierten Wohngruppen und dem Leistungsbereich Jugendhof blieb der Personalschlüssel konstant. Die Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden blieben in allen stationären Angeboten unverändert.

Teilstationäre Jugendhilfe

Die fünf Tagesgruppen mit 43 Plätzen waren im Jahr 2009 gut ausgelastet. Die durchschnittliche Belegungsdauer der Tagesgruppen lag bei zwei Jahren.

Bei einem Kind zeigte sich im Verlauf der Hilfe, dass eine teilstationäre Maßnahme nicht ausreichend war. Mit einer internen Verlegung in eine stationäre Wohngruppe wurden wir dem veränderten Hilfebedarf der Familie gerecht.

Bei zwei Familien schloss sich nach Beendigung der Tagesgruppe eine flexible Erziehungshilfe an. Es gab keine Wartezeiten bei den Aufnahmeanfragen im teilstationären Bereich.

In 2009 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden konstant.

Ambulante Jugendhilfe

Flexible Erziehungshilfen:

Die Fallzahlen im Bereich der flexiblen Erziehungshilfe nahmen seit 2008 bis heute zu, so dass sich das Mitarbeiterteam entsprechend vergrößert hat. Von ursprünglich 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei 54 Hilfen zu Beginn des Jahres 2008 ist unser Team der flexiblen Erziehungshilfen auf mittlerweile 21 Mitarbeitende bei aktuell 84 Hilfen zur Erziehung angestiegen.

Die Wartezeiten im Bereich der flexiblen Erziehungshilfe konnten trotz dieser gestiegenen Nachfrage gering gehalten werden.

Unser Konzept der Aktivierenden Familienarbeit war 2009 in der Landeshauptstadt Hannover sehr gut nachgefragt. Bei 9 von insgesamt 13 Familien konnte eine Rückführung von Kindern in ihre Familie empfohlen und begleitet werden.

Soziale Gruppenarbeit:

Der Bereich der Sozialen Gruppenarbeit mit 12 Plätzen war im Jahr 2009 gut ausgelastet. Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen.

Elternteraining „Aktive Eltern“:

Das Elternteraining „Aktive Eltern“ ist ein Präventionsprojekt in der Region Hannover. Wir vermitteln dabei bewährte und im Alltag leicht umsetzbare Erziehungsmethoden, die die Familien im Umgang mit ihren Kindern stärken und ihr Selbstvertrauen stärken. 2009 wurde es an fünf Standorten der Region Hannover durchgeführt.

zu 2.)

Wir haben unser Angebot im Leistungsbereich Jugendhof um 10 Plätze erweitert und planen in 2011 eine weitere Erhöhung um vier Plätze.

zu 3.)

Seit ca. zwei Jahren ist ein deutlich spürbarer Anstieg der Nachfrage nach stationären Plätzen festzustellen. Spezialisierte Angebote, wie beispielsweise unser Leistungsbereich Jugendhof für Jugendliche im Grenzbereich zur geistigen Behinderung, werden verstärkt nachgefragt.

Im stationären Jugendhilfebereich haben wir vermehrt Anfragen bei denen eine schnelle Rückführung zu den Eltern angedacht ist. Dieses setzt eine intensive Familienarbeit voraus.

Wir suchen für eine 5-Tage-Gruppe eine Immobilie in der Landeshauptstadt Hannover.

Im teilstationären Bereich wurden 2009, im Gegensatz zu 2008, wieder vermehrt jüngere Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren angefragt.

Der Anteil an jungen Menschen, die bereits durch einen Psychriaufenthalt und/oder eine andere Jugendhilfemaßnahme, meistens eine flexible Erziehungshilfe, unterstützt wurden ist hoch. Oft haben die Eltern eine hohe Eigenproblematik bis hin zu psychiatrischen Erkrankungen. Um hier erfolgreich arbeiten zu können, ist eine enge Abstimmung aller am Hilfeprozess Beteiligten und anderen Helfern, wie beispielsweise dem Hausarzt, erforderlich. Die Familienarbeit findet in diesen Fällen überwiegend im häuslichen Bereich statt.

Wir planen eine Soziale Gruppe am Standort Burgwedel.

Die Vernetzung mit Schulen wird gerade im Hinblick auf die Themen Ganztagsbeschulung und Inklusion ein Kernthema für die kommenden Jahre.

Anschrift des Verfassers:

Michael Theidel · Erziehungsleiter · 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 der Landeshauptstadt Stadt*)

zu 1.)

Die Versorgungs- und Aufnahmesituation in der Clearingstelle bewegt sich im Vergleich zum Jahr 2008 auf stabilem Niveau. Unterschiede ergeben sich durch die gestiegene Anzahl von Rufbereitschaftseinsätzen gemäß §8a SGB VIII.

Insgesamt bearbeitete die Clearingstelle im Jahr 2009 insgesamt 720 (2008: 729) Krisenfälle. Es wurden 338 Kinder und Jugendliche in Obhut genommen und 142 Plätze für die Bezirkssozialarbeit vermittelt. Insgesamt wurden im Jahr 2009 480 Kinder und Jugendliche im Stadtgebiet Hannover in Obhut genommen. Die Personalsituation hat sich nicht verändert.

zu 2.) und zu 3.)

Durch die praktischen Erfahrungen der letzten 10 Jahre Clearingstelle veränderte sich der Arbeitsansatz der Clearingstelle hin zu einem erweiterten Verständnis von Krisenarbeit.

Es zeigt sich, dass innerfamiliäre Krisen oft komplex und widersprüchlich verlaufen, Eltern immer häufiger Beratung und Unterstützung in Erziehungsfragen suchen oder Kinder und Jugendliche zwischen unterschiedlichen Helfersystemen wie Psychiatrie, Jugendhilfe und Schule wandeln und aufgrund vielfältiger Problemkonstellationen keine verlässlichen Beziehungen eingehen können. Damit verschob sich der konzeptionelle Handlungsansatz weg von einem rein zielgruppenzentrierten und parteilichen Verständnis von Jugendhilfe, hin zu einem komplementären Verständnis von Krisenarbeit.

Im Schwerpunkt kommen in diesem Handlungsansatz beratende und unterstützende Aspekte für Eltern und Soziale Dienste aber auch interventionistische und parteiliche Handlungsaspekte wie der gesetzlich verbriefte Kinderschutz zum tragen.

Mit der Implementierung des Schutzparagraphen § 8a SGB VIII erweitert sich das Selbstverständnis der Clearingstelle auf die Aspekte der Jugendhilfe, in denen ein schnelles und interventionistisches Eingreifen unausweichlich wird, besonders wenn Erziehungsberechtigte aufgrund unterschiedlichster sozialer und psychiatrischer Probleme, wie z.B. schwerwiegenden Suchterkrankungen oder anderen Risikofaktoren keine adäquate Erziehung und sozialen Umgang für ihre Kinder garantieren können.

Das Selbstverständnis der Clearingstelle lässt sich daher nicht ausschließlich auf den Aspekt der Inobhutnahme und den Schutz von Kindern und Jugendlichen fokussieren, sondern erweitert sich durch ein interdisziplinäres Selbstverständnis zu einem für alle Helfersysteme und Kinder, Jugendliche und Familien offenen Krisendienst im Spannungsfeld zwischen Elternarbeit und Kinderschutz.

Anschrift der Verfasser:

Rene Seiser & Ulla Lerch Fricke (Leitung) · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie ·
Nicoleistraße 13 · 30159 Hannover · E-Mail: Ursula.Lerch@Hannover-Stadt.de

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

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

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) besteht aus folgenden Gremien:

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

Sektor-Arbeits- gemeinschaften (SAG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

Fachgruppen (FG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

Codierungsliste

Legende zu den Datenblättern A:		
Code Kostenträger:	01 = Krankenversicherung	
	02 = Rentenversicherung	
	03 = Arbeitsverwaltung	
	04 = Überörtlicher Sozialhilfeträger	
	05 = Kommune/ örtlicher Sozialhilfeträger	
	06 = Pflegeversicherung	
	07 = Eigenmittel des Einrichtungsträgers (einschl. Spenden)	
	08 = Eigenmittel des Patienten/Klienten	
	09 = Hauptfürsorgestelle	
	10 = Nds. Wissenschaftsministerium	
	11 = Nds. Sozialministerium (einschl. Beihilfen der Bezirksregierung)	
	12 = Nds. Justizministerium	
	13 = Bundesministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	
	88 = Sonstige Kostenträger; Bitte Klartext angeben:	
	99 = Unbekannt/Unklar	
Code Einzugsgebiet:	01 = BS Ronnenberg/Empelde	Versorgungsarten:
	02 = BS Freytagstraße	1 = ambulant
	03 = BS Plauenerstraße	2 = teilstationär
	04 = BS Deisterstraße	3 = stationär
	05 = BS Königstraße	
	06 = BS List /MHH	
	07 = BS Burgdorf	
	08 = BS Neustadt	
	09 = BS Laatzen	
	10 = BS Langenhagen	
	11 = BS Poliklinik/MHH	
	12 = Andere Teilgebiete der Region	
	13 = Gesamtes Gebiet der Region Hannover	
	14 = Gesamtes Stadtgebiet Hannover	
	15 = Andere Teilgebiete der Stadt Hannover	
	16 = Gesamtes Umland in der Region	
	17 = Andere Teilgebietes des Umlandes	
	19 = Kein definiertes Einzugsgebiet	
Angebotsformen:	Code-Nr.	
Ambulante Hilfen	10	Ambulante Dienst für Erwachsene (PIA/SpDi)
	11	Ambulante Dienst für Kinder (PIA/SpDi)
	12	Psychoziale 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, Heilhilfebberufe, 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, Heilhilfeberufe, Facharbeiter					
4 Verwaltungspersonal					

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

Berichtsjahr:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Fortsetzung auf der Rückseite)

- 3.1. psychiatrische Erstdiagnose**
0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / 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

Batram, Susanne	Dipl.- Psychologin, Hannoversche Werkstätten gem. GmbH, Lathusenstraße 20, 30625 Hannover
Bartusch, Stefan, Dr.	Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Bethge, Hans-Jörg	Leitender Psychologe, AMEOS Klinikum Hildesheim, Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Goslarsche Landstraße 60, 31135 Hildesheim
Blanke, Uwe	Dipl.-Sozialarbeiter /-pädagoge, Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str.1, 30623 Hannover
Brylla, Kurt	Leiter der Ambulanz und Leiter der Fortbildung, Winnicott-Institut, Geibelstraße 104, 30173 Hannover
Bunde, Wolfgang	Dipl.-Pädagoge, Sprecher der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Arbeiterwohlfahrt, Deisterstr. 85 a, 30449 Hannover
Deiters-Winkler, Kathrin	Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover
Eicke, Friederike	Sozialpädagogin Region Hannover, Jugendhilfe, Jugend und Seminarhaus Gailhof, 30900 Wedemark, Am Jugendheim 7
Elgeti, Hermann, Dr.	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
Eller, Matthias	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover

Fochler, Martin	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Hansastr. 38, 30952 Ronnenberg
Gapski, Jörg	Region Hannover, Dezernat II 3, Stabsstelle Sozialplanung, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Georgiadis, Hildegard	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12A, 30169 Hannover,
Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Harig, Christian	Dipl.-Sozialwirt, Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE), Rückertstr. 17, 30169 Hannover
Heckert, Andre	Sozialpädagoge, Präventiver Jugendschutz, Region Hannover, Jugendhilfe, Jugend und Seminarhaus Gailhof, 30900 Wedemark, Am Jugendheim 7
Hemmesmann, Reinhold	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Sprecher der Fachgruppe Legale Sucht Geschäftsführer der SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
Janitzek, Rainer F.	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Pädagoge, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
Klug, Sybille	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Systemische Familientherapeutin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7, 30853 Langenhagen
Koch, Vera	Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe Dokumentation Psychiatrische Pflegeheime Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH, Wolfstr. 36, 30519 Hannover

Kruse, Gunther, Prof. Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse, Chefarzt des Klinikums Region Hannover, Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen
Lagerbauer, Catrin	Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Lerch-Fricke, Ursula	Dipl.-Sozialpädagogin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nicolaistraße 13, 30159 Hannover
Lesemann, Ira	Heilpädagogin, im Sprecherteam der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit Heuberg GmbH, Heuberg 10-12, 31535 Neustadt
Lessing, Alfred	Landeshauptstadt Hannover, Dez. III Fachbereich Jugend- und Sozialdienst, Ihmeplatz 5 , 30449 Hannover
Mahlau, Martin	Dipl.-Sozialwirt (FH), Dipl.-Sozialpädagoge (FH), staatl. anerk. Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation, Pädagogische Werkstattleitung der Pestalozzi-Werkstatt für behinderte Menschen, Pestalozzistr. 22, 30938 Burgwedel
Michel, Horst-Peter, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
Müller-Musolf, Birgit	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Neubacher, Ursula	Sozialarbeiterin/-pädagogin, Sozialtherapeutin Sucht, Diakonisches Werk, Stadtverband Hannover e.V., Zentrale Beratungsstelle für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, Hagenstr. 36, 30161 Hannover
Neuhaus, Burkhard, Dr.	Facharzt für Kinder- und Jugend-psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt im Kinderkrankenhaus auf der Bult , Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover

Noort-Rabens, Ingeborg	Ärztin, Sprecherin der Fachgruppe Kinder- und Jugendliche, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Pietsch, Monika	Sozialpädagogin, Region Hannover, Jugendhilfe, Jugend und Seminarhaus Gailhof, 30900 Wedemark, Am Jugendheim 7
Pohl, Stefan	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Preis, Manfred	Dipl.-Psychologe, Geschäftsführer, Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH, Liebigstr. 6, 30851 Langenhagen
Redslob, Anette	Chefärztin, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Reichertz-Boers, Uwe	Dipl.-Sozialpädagoge, im Sprecherteam der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit, SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
Röber, Irene	Dipl.-Pädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Roempler, Andreas	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstraße 6, 30175 Hannover
Rolfes-Neumann, Doris	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
Schäfer, Therese	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekoordinator, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover

Seelhorst, Rose-Marie	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
Seiser, Rene	Sozialpädagoge, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nicolaistr. 13, 30159 Hannover
Steinmüller, Susanne	Dipl.-Sozialpädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Poliklinik I, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Stelljes, Doris	Dipl.-Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7, 30853 Langenhagen
Stosch, von, Petra	Leitung der Familien- und Erziehungsberatungsstelle, Region Hannover, Fachbereich Jugend Neustadt, Schillerstr. 2, 31535 Neustadt
Sueße, Thorsten, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Sprecher der Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst, Interkultureller Beauftragter im Betrieb + Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Tänzer, Andreas	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe Forensische Psychiatrie, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 30515 Wunstorf
Theidel, Michael	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
Thiermann, Holger	Dipl.- Psychologe, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Tomaske, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover

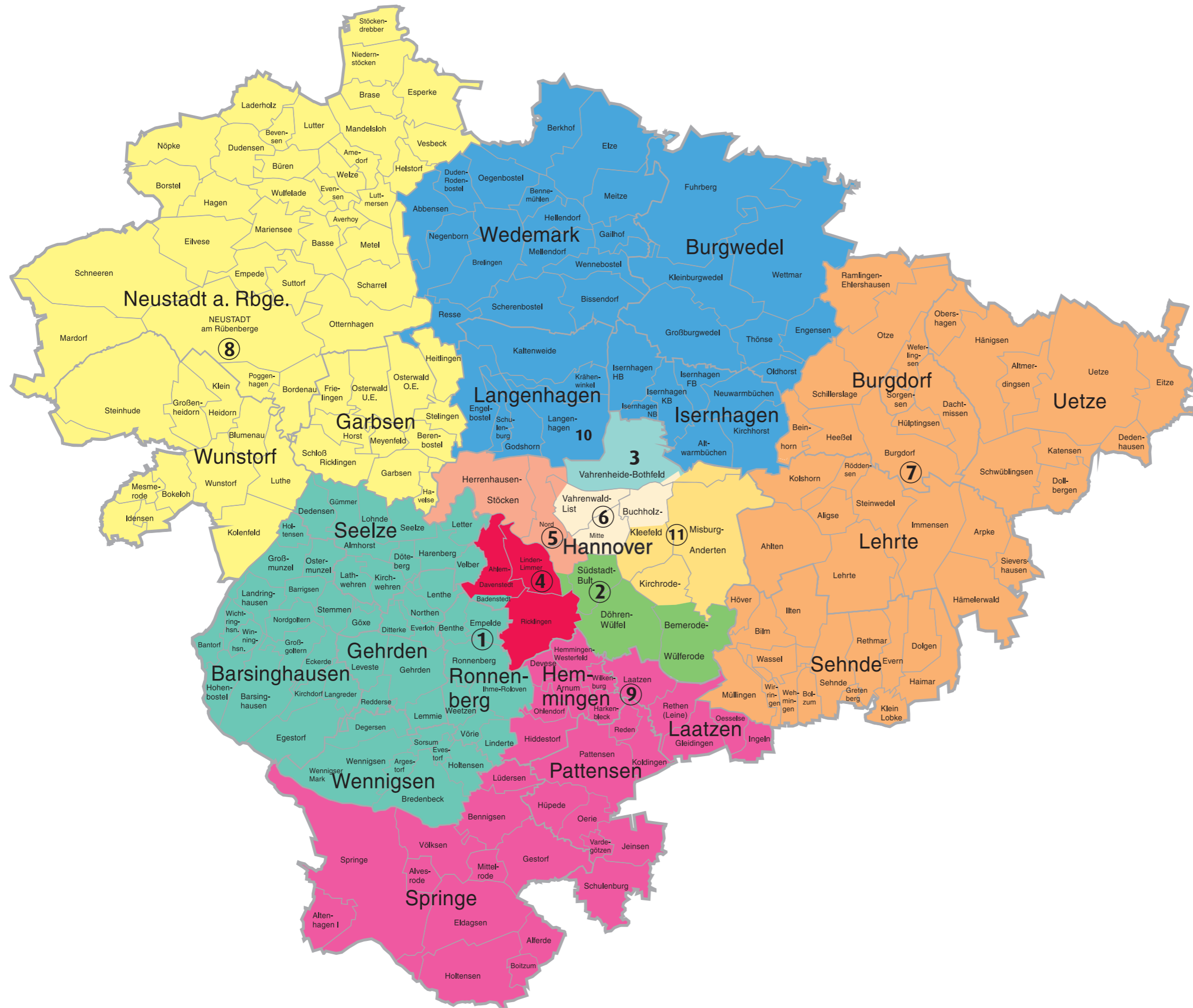
Voigt, Christine	Leitende Dipl.-Pädagogin, Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH, Prinz-Albrecht-Ring 63, 30657 Hannover
Wachtendorf, Michael	Leitender Psychologe, Sozialpädiatrisches Zentrum, Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover
Wilgeroth, Regina	Krankenschwester, Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung, AGZ Linden, Ungerstr.4, 30451 Hannover



Einteilung der Versorgungssektoren des Teams Gemeindepsychiatrie

Legende:

- 1 OE 53.10.01
Beratungsstelle Ronnenberg/Empelde
- 2 OE 53.10.02
Beratungsstelle Freytagstraße
- 3 OE 53.10.03
Beratungsstelle Plauener Straße
- 4 OE 53.10.04
Beratungsstelle Deisterstraße
- 5 OE 53.10.05
Beratungsstelle Königstraße
- 6 OE 53.10.06
Beratungsstelle List der MHH
- 7 OE 53.10.07
Beratungsstelle Burgdorf
- 8 OE 53.10.08
Beratungsstelle Neustadt a. Rgbe.
- 9 OE 53.10.09
Beratungsstelle Laatzen
- 10 OE 53.10.10
Beratungsstelle Langenhagen
- 11 OE 53.10.11
Beratungsstelle Poliklinik I der MHH








Region Hannover

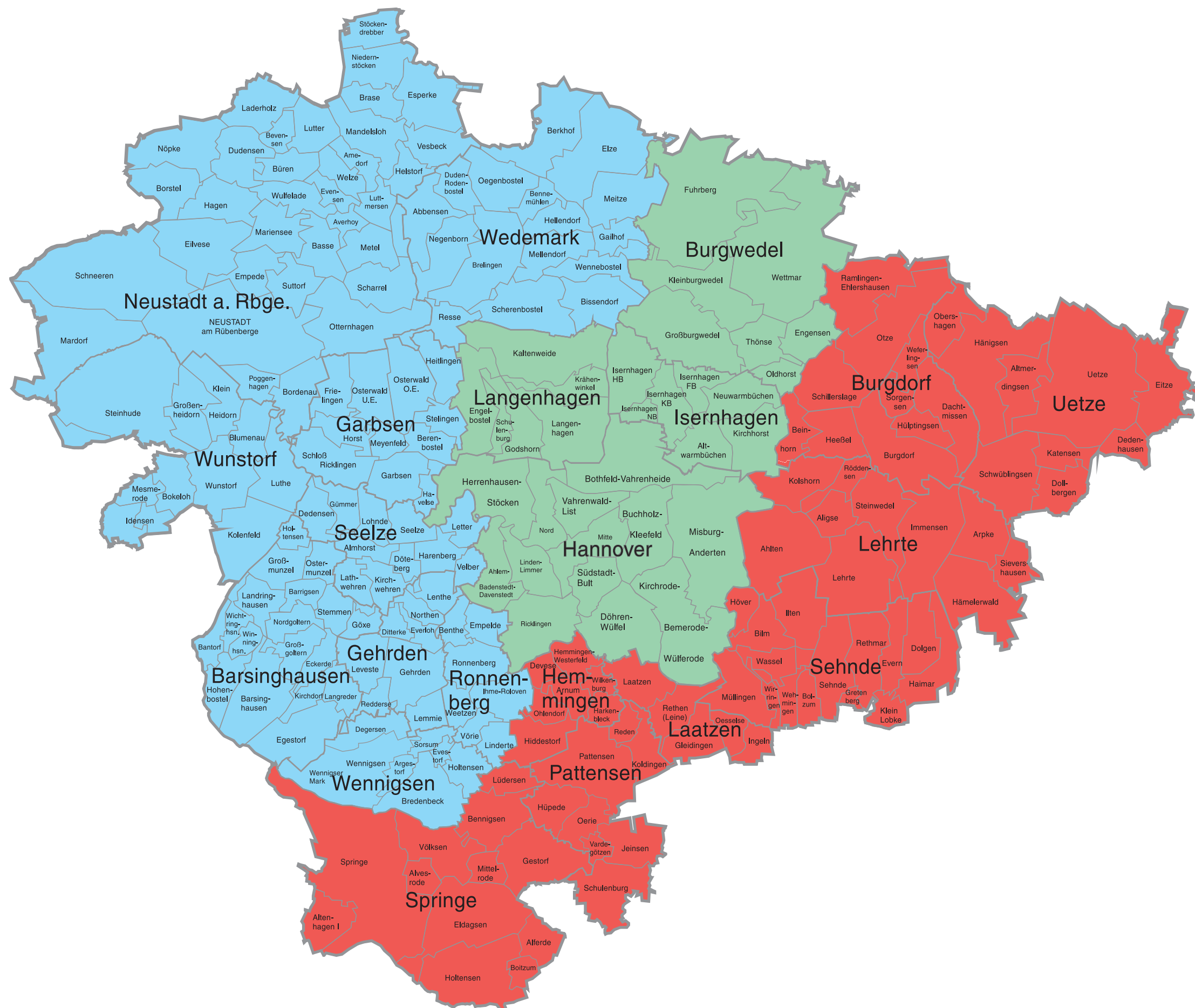
Einzugsgebiete der drei psychiatrischen Kliniken für Kinder und Jugendliche

Legende:

-  Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf
-  AMEOS Klinikum Hildesheim
-  Kinderkrankenhaus Auf der Bult in Hannover

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in der Podbielskistraße ist für das gesamte Gebiet der Region Hannover zuständig

Stand: 2010







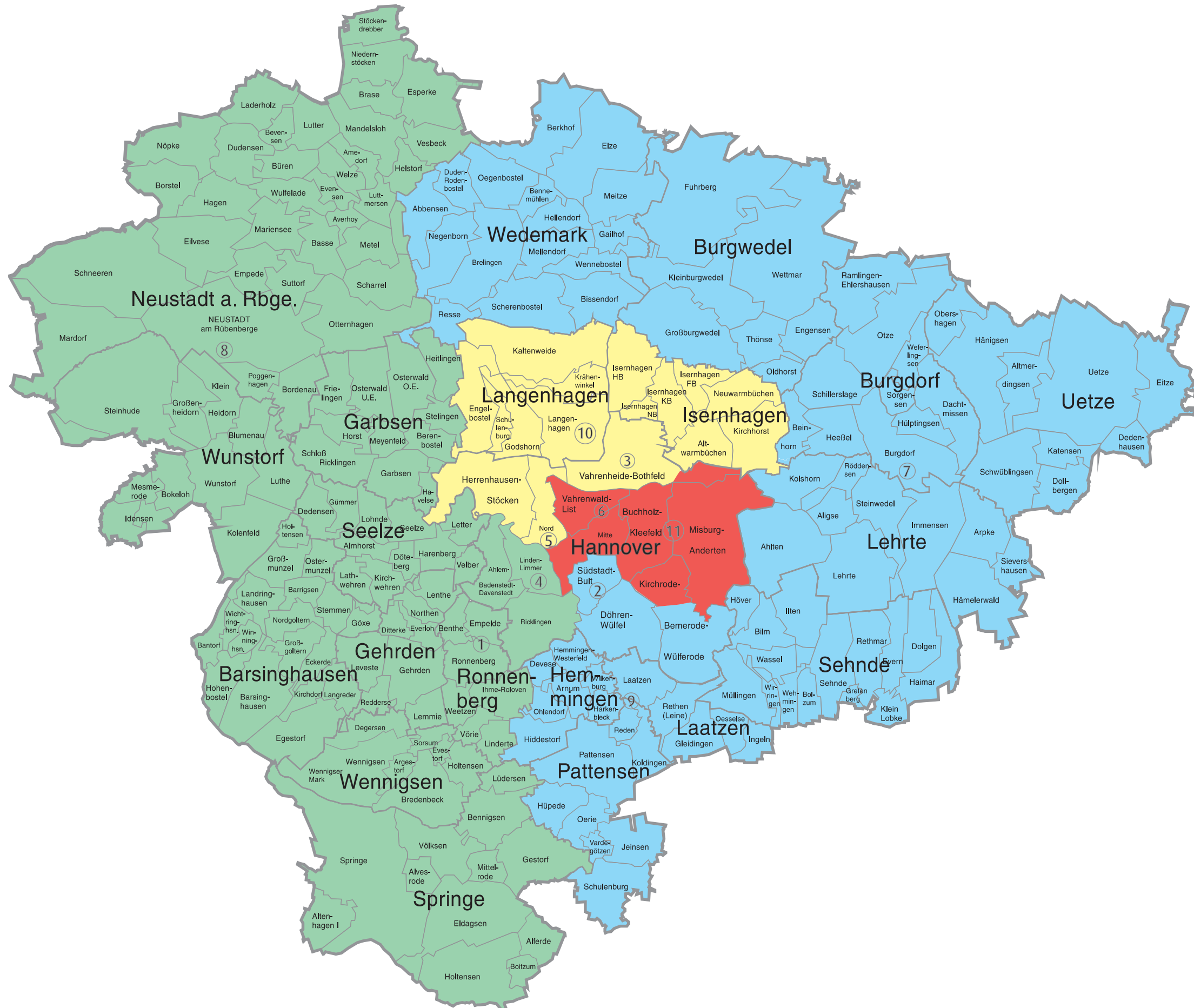


Region Hannover

Einteilung der Versorgungssektoren der vier psychiatrischen Kliniken

Legende:

-  Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf
-  MHH, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
-  Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen
-  Klinikum Wahrendorff GmbH



- 1 Beratungsstelle Ronnenberg/Empelde
- 2 Beratungsstelle Freytagstraße
- 3 Beratungsstelle Plauener Straße
- 4 Beratungsstelle Deisterstraße
- 5 Beratungsstelle Königstraße
- 6 Beratungsstelle List der MHH
- 7 Beratungsstelle Burgdorf
- 8 Beratungsstelle Neustadt a. Rgbe.
- 9 Beratungsstelle Laatzen
- 10 Beratungsstelle Langenhagen
- 11 Beratungsstelle Poliklinik I der MHH

Herausgeber

Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Weinstraße 2
30171 Hannover
www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de
ISSN 1865-7699