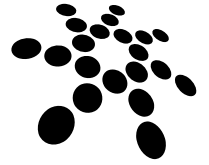




SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2012 DES SOZIALPSYHIATRISCHEN VERBUNDES DER REGION HANNOVER



Sozialpsychiatrischer Dienst

Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Plan 2012

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Herausgeber:
Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Weinstraße 2 • 30171 Hannover



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

Dr. Hermann Elgeti

Medizinische Hochschule Hannover,
Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List,
Podbielskistr. 158, 30177 Hannover (bis 31.12.2011)
– 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

Symptomarm in der chemischen Zwangsjacke? – Zum Sachstand der Psychopharmakotherapie in der Sozialpsychiatrie Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung (<i>Thorsten Sueße</i>)	8
---	---

Schwerpunktthema 2012: Psychopharmaka

Denn seine große Stunde kam, immer wenn er Pillen nahm ... – oder: Welche Psychopharmaka gegen welche psychischen Störungen helfen (sollen) (<i>Thorsten Sueße</i>)	12
Motivationen rund um den Einsatz von Psychopharmaka (<i>Hermann Elgeti</i>)	15
Herausforderungen bei der Psychopharmakotherapie in der Langzeitbehandlung chronisch und schwer psychisch erkrankter Menschen (<i>Stefan Bartusch</i>)	19
Herausforderungen an den Einsatz und die Handhabung von Psychopharmakotherapie an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie komplementärer Versorgung bei psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Hilfebedarf (<i>Doris Rolfes Neumann</i>)	22
Psychopharmakotherapie im Alter (<i>Oliver Rosenthal</i>)	28
Psychopharmakotherapie von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (<i>Eva-Maria Franck</i>)	33
Zwangsmedikation, Problematik im Pflegeheim (<i>Vera Koch</i>)	35
Zwangsmedikation in der Psychiatrie aus Sicht einer Betreuungsrichterin (<i>Annette Loer</i>)	37
Gedanken einer Angehörigen zur Medikamentenbehandlung im Rahmen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems (<i>Rose-Marie Seelhorst</i>)	40
Das Tabuthema Psychopharmaka – aus Sicht von Psychiatrie-Erfahrenen (<i>Christoph von Seckendorff</i>)	42
Mythos: Psychosen sind gut behandelbar (<i>Wolfgang Bunde</i>)	45

Regionale Psychiatrieberaterstattung

Auswertung der ärztlichen Zeugnisse gemäß § 18 NPsychKG in der Region Hannover für die Jahre 2002 - 2012 (<i>Hermann Elgeti</i>)	46
Regionale Berichterstattung für das Jahr 2010 (<i>Hermann Elgeti</i>)	50
Zielvereinbarungen (<i>Lothar Schlieckau</i>)	68
Bericht der Fachsteuerung Hilfekonferenzen (<i>Therese Schäfer, Irene Röber, Birgit Müller-Musolf, Catrin Lagerbauer</i>)	68

Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Berichte von 11 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (<i>Oliver Weidner</i>)	71
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ (<i>Hermann Elgeti</i>)	72
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (<i>Andreas Tänzer</i>)	73
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ (<i>Susanne Batram</i>)	74
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (<i>Regina Wilgeroth</i>)	75
Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“ (<i>Alfred Lessing</i>)	76
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (<i>Ingeborg Noort-Rabens</i>)	77
Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ (<i>Lothar Schlieckau</i>)	79
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (<i>Ahmet Kimil</i>)	79
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (<i>Uwe Reichertz-Boers, Ira Lesemann</i>)	81
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ (<i>Wolfgang Bunde</i>)	83

Sektor-Arbeitsgemeinschaften

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße (<i>Doris Rolfes-Neumann</i>)	85
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße (<i>Hildegard Georgiadis</i>)	86
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße (<i>Andreas Roempler</i>)	86
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (<i>Sabine Böhland, Christine Prella</i>)	88
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (<i>Ulrike Jamroszczyk-Brändle</i>)	89
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (<i>Stefan Bartusch</i>)	90
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Medizinische Hochschule (<i>Susanne Steinmüller</i>)	91
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (<i>Sabine Tomaske</i>)	91

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) 2010/2011 (<i>Uwe Blanke</i>)	92
---	----

Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP) (<i>Lothar Schlieckau</i>)	96
---	----

Sonderteil

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien (<i>Stefan Pohl u. Matthias Eller</i>)	98
---	----

Ambulante Versorgung

Versorgung durch die Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater
(*Rainer Janitzek*) 99

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
im Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover (*Ingeborg Noort-Rabens*) 99

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

Familien- und Erziehungsberatungsstellen in Barsinghausen, Burgdorf und
Neustadt (*Petra von Stosch*) 101

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie (*Michael Wachtendorf*) 102

Stationäre Versorgung

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des
Klinikums Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf (*Anette Redslob*) 103

Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie (*Gunther Seute*) 104

AMEOS Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie Hildesheim (*Hans-Jörg Bethge*) 104

Eingliederungshilfe

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH – THZ (*Christine Voigt*) 105

Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfe gemäß
§35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw.
Rechenstörungen (*Holger Thiermann*) 107

Arbeitsgruppe 51.10 der Region Hannover, Fachdienst für Jugendliche /
Eingliederungshilfe gem. §35a SGB VIII (*Kathrin Deiters-Winkler u. Dieter Luczak*) 108

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung (*Michael Theidel*)... 114

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen des Stephansstiftes (*Petra Dehmlow*) ... 115

Clearingstelle des Fachbereichs Jugend und Familie der Stadt Hannover
(*Ursula Lerch-Fricke*) 117

Sozialpsychiatrischer Verbund

Organigramm	118
Codierungsliste	119
Datenblätter A, B und C	121

Autorenverzeichnis	125
---------------------------------	------------

Anlagen

Übersichtskarten der Versorgungssektoren

Symptomarm in der chemischen Zwangsjacke? – Zum Sachstand der Psychopharmakotherapie in der Sozialpsychiatrie

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 2012 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?

Psychopharmaka sind das Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans.

In meinem Fachartikel ab S. 12 gebe ich als Einführung ins Thema eine grundsätzliche Übersicht über die verschiedenen Gruppen von Psychopharmaka und ihre Einsatzgebiete in der Allgemeinpsychiatrie, wobei sich der Artikel vorrangig an medizinische Laien wendet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und des besseren Verständnisses habe ich mir erlaubt, einige medizinisch-pharmakologische Zusammenhänge in vereinfachter und verkürzter Form darzustellen. Ich hoffe, dass es mir die medizinischen Experten unter den Lesern verzeihen werden, dass die eine oder andere Aussage in meinem Artikel der wissenschaftlichen Komplexität der Thematik nicht gerecht wird.

Ab S. 15 widmet sich Hermann Elgeti der Geschichte und den Grundlagen der Psychopharmakologie und verweist auf die Schwierigkeit bei der wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit von Psychopharmaka. Außerdem geht es in seinem Beitrag um den Stellenwert der Psychopharmaka in unserer Gesellschaft, die sozialen Auswirkungen der verordneten Medikation auf den Alltag des Behandelten und die Rolle der Pharmaindustrie auf das Ordnungsverhalten der Ärzte.

Stefan Bartusch beschäftigt sich ab S. 19 mit den grundsätzlichen Regeln der Verordnung von Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen. Er geht auf Wechselwirkungen zwischen gleichzeitig verordneten Medikamenten ein und verweist gleichzeitig auf sinnvolle Medikamentenkombinationen. Neben dem Ordnungsverhalten der behandelnden Ärzte berührt er zudem die Rolle des Hausarztes für die notwendige Durchführung von Routineuntersuchungen.

Die Frage, in welchen Fällen eine Psychopharmakotherapie durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover möglich ist, beantwortet Doris Rolfes-Neumann ab S. 22. Psychisch Kranke, die durch das kassenärztliche System nicht ausreichend erreicht werden, können in den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen auf dem Gebiet der Landeshauptstadt von Ärzten mit einer Behandlungsermächtigung vertragsärztlich (und damit insbesondere auch psychopharmakologisch) versorgt werden. Ein Plädoyer für die weitere Erteilung einer Behandlungsermächtigung für Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Oliver Rosenthal beschäftigt sich ab S. 28 mit den Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter. Er zeigt unter anderem Vor- und Nachteile unterschiedlicher Antidepressiva und Antipsychotika bei der Behandlung der Altersdepression bzw. Demenz-assoziiertes Verhaltensstörungen auf.

Die Besonderheiten bei der Psychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen, auch bezüglich der Indikation, sind das Thema von Eva-Maria Franck ab S. 33. Sie geht auf die Sinnhaftigkeit von „Off-Label“-Verschreibungen¹ und deren formale Voraussetzungen ein und weist auf die allem Anschein nach unkritische (und unangemessene) Verschreibungszunahme von Stimulanzien wie „Ritalin“® bei ADHS hin. Außerdem unterstreicht sie, dass eine Psychopharmakotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur innerhalb eines umfassenden Behandlungskonzeptes erfolgen sollte.

In dem Artikel von Vera Koch ab S. 35 geht es um den Umgang mit chronisch psychisch Kranken, die in einem Wohnheim leben und sich ablehnend gegenüber der Einnahme von Psychopharmaka äußern. Die schwierige Frage, ob ein Heimmitarbeiter bereits Zwang ausübt, wenn er einen Bewohner zur Einnahme der ungewünschten Medikation überredet, muss letztendlich offen bleiben. Grundsätzlich hält die Autorin in ihrer Funktion als Heimleitung die Psychopharmaka-Einnahme in manchen Fällen zur Vermeidung aggressiver Verhaltensweisen für unumgänglich.

Annette Loer äußert sich ab S. 37 zu den juristischen Aspekten, wann eine Zwangsmedikation durchgeführt werden darf / sollte / muss. Sie widmet sich der Rolle des Arztes und des rechtlichen Betreuers bzw. des rechtlich Bevollmächtigten. Dabei unterstreicht sie die Bedeutung von Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung.

Zur Sichtweise der Angehörigen nimmt ab S. 40 Rose-Marie Seelhorst Stellung, die betont, dass es eine Belastung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen ist, wenn diese unerwünschte Nebenwirkungen und/oder Zwangsbehandlungen (mit-)erleben müssen. Sie geht davon aus, dass die Bereitschaft des Patienten, sich auf eine Medikation einzulassen, viel vom Vertrauensverhältnis zum verordnenden Arzt abhängt. Zur Vermeidung ablehnender Verhaltensweisen sollte der Patient durch aufsuchende Pflege zu Hause betreut werden, wo er nicht aus seinem vertrauten Umfeld herausgerissen werden muss.

Ab S. 42 vertritt Christoph Seckendorff die Sichtweise der Psychiatrie-Erfahrenen. Er unterstreicht, dass psychisch Kranke ihr gesundheitliches Leiden überwiegend durch die Nebenwirkungen der eingenommenen Psychopharmaka wahrnehmen. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient empfindet er in Gesprächen über Art und Höhe der Medikation als besonders hierarchisch. Er sieht einen Zusammenhang zwischen der unregelmäßigen Einnahme von Psychopharmaka oder deren vorzeitigem Absetzen und der unzureichenden Aufklärung des Patienten über die Sinnhaftigkeit der Medikamenteneinnahme. Es ist sein Wunsch, dass an der Erarbeitung von Richtlinien zur Reduktion von Psychopharmaka neben Medizinern auch Patienten mitwirken sollen.

Und schließlich äußert Wolfgang Bunde auf/ab S. 45 Skepsis, dass Psychosen grundsätzlich (durch Psychopharmaka) gut behandelbar seien.

¹ „Off-Label-Use“ = Verordnung eines zugelassenen Medikaments außerhalb des offiziell zugelassenen Anwendungsbereiches

Ab S. 46 stellt Hermann Elgeti seine Auswertung der ärztlichen Zeugnisse gemäß § 18 NPsychKG in der Region Hannover für die Jahre 2002 bis 2010 vor. Die gefundenen Unterschiede zwischen den einzelnen Einzugsgebieten lassen sich bezüglich möglicher Ursachen gegenwärtig nur auf der Ebene allgemeiner Vermutungen interpretieren.

Die regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2010 von Hermann Elgeti findet sich ab S. 50 wieder, die die Planung und Analyse von Hilfen für psychisch Kranke unterstützen soll. Daher appelliert er an Politik und Kostenträger, wirksame Anreizsysteme für Leistungserbringer zu schaffen, damit sich diese vermehrt an der Datenerhebung beteiligen.

Die Mitarbeiterinnen der Fachsteuerung Hilfekonferenzen des Sozialpsychiatrischen Dienstes thematisieren ab S. 68 die von Ihnen begrüßte „Arbeitsgruppe Qualität“, an der auch Vertreter der Anbieter ambulant betreuten Wohnens und des Sozialhilfeträgers teilnehmen. Außerdem geht es den Autorinnen um eine Standortbeschreibung ihrer derzeitigen Rolle im Prozess der Hilfebedarfsermittlung für Menschen mit seelischer Behinderung.

Zum Sachstand der Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien in der Region Hannover gibt der Sonderteil ab S. 98 Auskunft.

Ab S. 71 berichten die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes (Fachgruppen, Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, Sektor-Arbeitsgemeinschaften) über ihre Arbeit (Berichtsjahr von Mitte 2010 bis Mitte 2011).

Was ist aus meiner Sicht noch im Jahr 2012 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

2011 hatte sich der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie über mehrere Sitzungen intensiv mit der Thematik der von der AOK geplanten selektiven integrierten Versorgung schizophrener Kranker in Niedersachsen auseinandergesetzt. Ergebnis der sehr kontroversen Diskussion war eine Stellungnahme, in der der Sozialpsychiatrische Verbund seine Kriterien formuliert hat, in welchen Punkten und unter welchen Voraussetzungen eine Kooperation zwischen der Region Hannover und der von der AOK beauftragten Managementgesellschaft „I3G“ möglich sein könnte. Die Region hat ihre Überlegungen, ob sie einen Kooperationsvertrag mit der „I3G“ eingeht, noch nicht abgeschlossen. Vonseiten der „I3G“ ist der geplante Umsetzungsbeginn der integrierten Versorgung auf dem Gebiet der Region Hannover inzwischen offenbar auf den 1. Juli 2012 verschoben worden.

In der Region Hannover läuft in den psychiatrischen Kliniken im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2012 die schon im letzten Jahr angekündigte Befragung von jungen Männern unter 25 Jahren mit einer funktionellen Psychose. Befragt werden die Betroffenen von Klinikmitarbeitern zu ihren Wünschen bezüglich ihrer augenblicklichen stationären Behandlung, einer evtl. ambulanten Nachsorge und ihren persönlichen Zielsetzungen außerhalb der medizinisch-psychiatrischen Behandlung. Die anonymisierten Fragebogen werden 2013 zentral vom Sozialpsychiatrischen Dienst ausgewertet, um dadurch möglicherweise nützliche Hinweise auf die tatsächlichen Anliegen und Erwartungen dieser Klientel zu erhalten. Die Ethik-Kommission der MHH hat den Fragebogen 2011 auf seine Unbedenklichkeit überprüft.

Im Verlauf dieses Jahres ist in der Region Hannover damit zu rechnen, dass die Steuerung der Eingliederungshilfe durch den Sozialhilfeträger durch Einführung eines Fallmanager-Modells (zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes) verändert wird, wobei ich Umfang und Auswirkungen der Veränderung noch nicht abschätzen kann.

Die Auswirkungen der neuen Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung werden sich erst nach und nach zeigen. Im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sollte 2012 über den Umgang mit denjenigen Patienten gesprochen werden, die sich nicht behandeln lassen wollen und deshalb langfristig wegen Fremdgefährdung ohne ärztliche Behandlung auf einer geschlossenen Station bleiben müssen (wobei die Krankenkasse wegen eines „Nicht-Behandlungsfalles“ nicht die Kosten erstattet). Kommt es dadurch in Einzelfällen wieder zur Langzeitverwahrung ohne Therapie?

Aus der aktuellen Auslegung zur Gesetzeslage bei Zwangsunterbringungen gemäß § 1906 BGB resultiert derzeit in der Region Hannover bei der Zu- und Rückführung von Patienten in die Klinik ein sehr umständliches und teilweise gar nicht mehr praktikables Verfahren. Besonders problematisch finde ich die momentan gängige Praxis, dass selbstgefährdete Patienten bei der Notwendigkeit der Anwendung unmittelbaren Zwangs nicht mehr von Rettungssanitätern (im Status des Verwaltungsvollzugsbeamten), sondern nur noch von der Polizei in die Klinik gebracht werden dürfen.

Am 25. Januar 2012 findet die vierte Zukunftswerkstatt Gerontopsychiatrie in der Region Hannover statt. Eine wesentliche Zielsetzung ist die Erarbeitung von Versorgungspfaden mit verschiedenen Modulen als Empfehlungsstandards für den Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten in unterschiedlichen Kontexten.

Im Auftrag der Region Hannover wird das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover im Jahr 2012 eine erneute Erhebung der sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten im Regionsgebiet unter Federführung der Fachgruppe Migration des Sozialpsychiatrischen Verbundes durchführen. Das Ziel ist, Erkenntnisse zu erlangen, ob und welche Veränderungen nach der ersten Untersuchung 2007 (siehe „Sozialpsychiatrische Schriften“ Band 2) in der Versorgungslandschaft eingetreten sind bzw. welche weiteren Defizite oder Hürden noch bestehen. Die Ergebnisse sollen dann 2013 im Verbund diskutiert werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Weinstr. 2 · 30171 Hannover ·
E-Mail: Thorsten.Suess@region-hannover.de

Denn seine große Stunde kam, immer wenn er Pillen nahm ... – oder: Welche Psychopharmaka gegen welche psychischen Störungen helfen (sollen) von Thorsten Sueße (*Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover*)

Wer von uns ein gewisses Alter erreicht hat, kann sich möglicherweise noch an Tankwart Stanley Beamish erinnern, einen schwächlichen und ängstlichen Gnom, der seine physischen und psychischen Schwächen mittels einer Pille erfolgreich bekämpfen konnte und dadurch zum selbstbewussten Superheld mutierte – aber immer nur für jeweils kurze Zeit, solange das Medikament wirkte. Und sollte der Held dieser amerikanischen Fernsehserie, die 1970 im Vorabendprogramm des ZDF ausgestrahlt wurde, einmal versehentlich mehr als die zulässige Tagesdosis schlucken (wie erinnern uns: 1 große Pille mit 1-Stunden-Wirkung und 2 kleine mit 10-Minuten-Wirkung), dann musste Stanley extreme unerwünschte Begleitwirkungen befürchten. Vieles von dem ähnelt dem aktuellen Umgang mit unseren modernen Psychopharmaka, wobei Stanley heute allerdings zur Überwindung von Ängsten oder körperlicher Schwäche neben Medikamenten in erster Linie Verhaltenstherapie oder Sport angeboten würde.

Psychopharmaka haben in der heutigen Psychiatrie einen festen Platz, als ein Baustein neben anderen gleichberechtigten Therapieformen wie Psycho-, Ergo- oder Milieuthherapie. Bezogen auf die Allgemeinpsychiatrie möchte ich in diesem Artikel eine kurze Übersicht geben über die verschiedenen Gruppen von Psychopharmaka und ihre Einsatzgebiete².

Antidepressiva werden, anders als der Name vielleicht vermuten ließe, nicht nur zur Behandlung von depressiven Syndromen eingesetzt, sondern ebenfalls unter anderem bei Panik- und Angststörungen, Zwängen oder posttraumatischer Belastungsstörung sowie bei bestimmten Schmerzsyndromen. Der Einsatz bei depressiven Symptomen ist weitgehend unabhängig von der vermuteten Ursache und orientiert sich eher am Schweregrad der Symptome (Faustregel: Bei leichtem Schweregrad Verzicht auf Gabe von Psychopharmaka). Die Einteilung der Antidepressiva sollte sich heutzutage bevorzugt nach dem „primären Angriffspunkt“ im Zentralen Nervensystem richten, betonen Benkert/Hippius³, die gleichzeitig darauf hinweisen, dass die Placeboansprechraten in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen haben, so dass der Placebo-Antidepressivum-Unterschied gegenwärtig nicht mehr als 15 % beträgt.⁴

Antidepressiva können in erster Linie stimmungsaufhellend und antriebsverbessernd wirken. Es ist zu beachten, dass sich der Wirkungsspiegel im Blut langsam aufbaut und deshalb erst nach ungefähr zwei bis vier Wochen erfolgter Medikamenteneinnahme beurteilt werden kann, ob das eingenommene Medikament (grundsätzlich bzw. in der verordneten Dosierung) überhaupt wirkt. Eine körperliche Abhängigkeit ist bei Antidepressiva nicht zu befürchten. Die Behandlung mit Antidepressiva setzt insofern auf Geduld bei ausreichend langen Zeiträumen für die Gabe des jeweiligen Medikaments. Ein abruptes Absetzen der Medikation kann zu einem „Rebound-Phänomen“, dem verstärkten Wiederauftreten der behandelten Symptome, führen.

² Welche der in diesem Artikel vorgestellten Substanzen sich möglicherweise in der Superpille von Stanley Beamish befunden haben könnten, vermag ich nicht sicher zu sagen. Da Stanley damit auch in der Lage war zu fliegen, handelte es sich vielleicht auch nur um die Vorstufe jenes österreichischen Energiegetränks, das in den letzten Jahren (nicht nur Sebastian Vettel) Flügel verleiht.

³ Benkert/Hippius: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 7. Aufl., Heidelberg 2009, S. 1ff.

⁴ Ebenda, S. 9.

Als mögliche Nebenwirkung können unter anderem Störungen der Erregungsleitung am Herzen, sexuelle Funktionsstörungen oder Gewichtszunahme auftreten.

Antipsychotika (oder Neuroleptika) werden eingesetzt zur Behandlung psychotischer Symptome, wobei vorrangig an schizophrene Psychosen zu denken ist. Aber auch psychotische Episoden im Rahmen anderer Störungen wie manische Episoden, schizoaffektive Störungen, wahnhaft ausgestaltete depressive Störungen sowie psychotisches Erleben bei Abhängigkeitserkrankungen oder Demenz. Die klassische Einteilung der Antipsychotika sprach von hoch-, mittel- und niedrigpotent. Dabei bezog sich „hoch“ auf die ausgeprägte antipsychotische Wirkung ohne direkten beruhigenden (sedierenden) Effekt. Niedrigpotente Antipsychotika waren demnach gering antipsychotisch wirksam, beruhigten (sedierten) dafür aber umso besser. Hochpotente klassische Antipsychotika sind für ihre unerwünschten Störungen von Bewegungsabläufen bekannt (wie das „Extrapyramidalmotorische Syndrom [„EPS“]), niedrigpotente für die Verursachung von Kreislaufproblemen. Die klassischen Antipsychotika vermögen sehr gut akut auftretende psychotische Symptome zu unterdrücken, bei chronischen psychotischen Verläufen (wie der schizophrenen „Negativsymptomatik“) sind sie in der Regel nicht gut wirksam.

Von den „klassischen“ Antipsychotika sind inzwischen die neu entwickelten sogenannten „atypischen“ Antipsychotika abzugrenzen. Diese „Atypika“ sollen im Vergleich zu klassischen Antipsychotika insbesondere folgende Charakteristika aufweisen: Weniger „EPS“, Wirksamkeit sowohl bei Negativsymptomatik als auch bei Therapieresistenz.

Antipsychotika machen nicht körperlich abhängig. Viele der klassischen Antipsychotika können in Depotform verabreicht werden, inzwischen auch einige der atypischen. Patienten mit einer schizophrenen Psychose wird die langfristige Einnahme von Antipsychotika über 1 Jahr (bei Ersterkrankung) bzw. über 2 bis 5 Jahre (bei Wiedererkrankung) empfohlen.⁵

Weitere Nebenwirkungen, insbesondere bei längerer Einnahme, sind bei Antipsychotika bekannt: beispielsweise Gewichtszunahme, kognitive Störungen, Depressivität oder sexuelle Funktionsstörungen.⁶

Medikamente zur Behandlung bipolarer affektiver Störungen, also Schwankungen zwischen extremen Stimmungszuständen in sehr unterschiedlichen Zeitabständen, gibt es seit vielen Jahren, wobei jetzt zunehmend Medikamente mit ursprünglich ganz anderen Einsatzgebieten (wie Antiepileptika) zusätzlich erfolgreich zum Einsatz gekommen sind. Zur Stabilisierung der Stimmung – und damit auch prophylaktisch wirksam – werden Lithium, verschiedene Antiepileptika (Antikonvulsiva) und atypische Antipsychotika eingesetzt. Um gefährliche Überdosierungen, die bei Lithium und den Antiepileptika vorkommen können, zu vermeiden, sind Bestimmungen des Medikamentenspiegels im Blut hilfreich. Die Einnahme solcher Medikamente ist langfristig angelegt.

Nebenwirkungen können bei Lithium und Antiepileptika je nach Präparat ganz unterschiedlich sein, unter anderem Tremor, Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Durchfall, Benommenheit, Schläfrigkeit, kognitive Störungen oder allergische Hautreaktionen. Schwangere sollten diese Medikamente wegen des erhöhten Risikos von embryonalen Fehlbildungen möglichst nicht einnehmen. Benkert /Hippius weisen darauf hin, dass zahlreiche Patienten langfristig Lithium ohne unerwünschte Wirkungen einnehmen. Die häufig zu Beginn einer Lithium-Behandlung auftretenden Nebenwirkungen verschwinden meistens wieder spontan.⁷

5 Siehe S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN, 2006

6 Benkert/Hippius, a.a.O., S. 214

7 Ebenda, S. 163.

Bei den **Anxiolytika** (zu Deutsch **Angstlösern**) ist die wichtigste Gruppe die der Benzodiazepine, die zur Akutbehandlung von ausgeprägten Angstsymptomen eingesetzt werden, weil sie eine schnelle angstlösende Wirkung haben. Daher werden diese Medikamente in der Regel auch bereitwillig von den Patienten eingenommen. Das große Problem ist die körperliche Abhängigkeit, die sich bei längerem Gebrauch einstellen kann (länger meint in diesem Fall nicht Jahre, sondern bereits mehrere Monate). Insofern sollte der Zeitraum der Verordnung klar begrenzt sein. An Nebenwirkungen treten z. B. Tagesmüdigkeit und Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens auf. Bei gleichzeitigem Alkoholkonsum ist wegen der gegenseitigen Wirkungsverstärkung Vorsicht geboten. Ein abruptes Absetzen von Benzodiazepinen kann ein „Rebound-Phänomen“ und/oder Entzugssymptome auslösen.

Es gibt neben den Benzodiazepinen noch andere Anxiolytika, die sich dadurch auszeichnen, dass sie weder körperlich abhängig machen noch problematische Wirkungsverstärkungen mit Alkohol hervorrufen. Dafür wirken diese Medikamente auch nur bei leichten (bis maximal mittelgradig ausgeprägten) Angstzuständen und die therapeutische Wirkung tritt erst nach ungefähr zwei Wochen ein.

Als **Hypnotika** werden Medikamente bezeichnet, die zur Schlafförderung bei Ein- und Durchschlafstörungen eingesetzt werden. Verwendet werden als Hypnotika verschiedenste Präparate, wie Benzodiazepine, Antidepressiva, „niedrigpotente“ Antipsychotika und diverse andere chemische Substanzen.

Besonders zu erwähnen sind die sog. „Non-Benzodiazepinhypnotika“ („Non“ bezieht sich auf die strukturchemischen Unterschiede zu den Benzodiazepinen). Die Wirkungen und Nebenwirkungen entsprechen grundsätzlich denen der Benzodiazepine, das Risiko der Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit soll jedoch geringer (aber nicht auszuschließen) sein.⁸

Auch für Hypnotika gilt die Leitlinie, die Zeiträume der Verordnung klar zu begrenzen.

Darüber hinaus gibt es weitere Psychopharmaka zur Behandlung von sexuellen Störungen, Abhängigkeit und Entzugssyndromen, verschiedenen Formen der Demenz, ADHS oder Essstörungen, auf die ich in diesem Artikel jedoch nicht weiter eingehen möchte.

Für die verordnenden Ärzte bedeuten die ständig (kleinen) Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der Psychopharmaka, dass es wichtig ist, sich mit dem Wissen über Möglichkeiten und Risiken der psychiatrischen Pharmakotherapie auf dem aktuellen Stand zu halten – im Rahmen seriöser Fortbildungen, in denen die Fachlichkeit und nicht das Verkaufsinteresse von Herstellern im Vordergrund steht.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Weinstr. 2 · 30171 Hannover ·
E-Mail: Thorsten.Suess@region-hannover.de

⁸ Ebenda, S. 373.

Motivationen rund um den Einsatz von Psychopharmaka

von Hermann Elgeti (*Sozialpsychiatrische Poliklinik List, MHH*)

Der Bedarf an Psychopharmaka und die Frage nach ihrer Wirkung

Der Umgang mit schwerwiegenden Abweichungen im Erleben und Verhalten einzelner Mitglieder stellte menschliche Gesellschaften schon in vorgeschichtlicher Zeit vor große Herausforderungen. Geisteskranken Menschen wurde damals keine Sonderstellung beigemessen, und wenn sie nicht mehr tragbar schienen, wurden sie vermutlich wie Alte und Sieche getötet⁹. Archaische Gesellschaften bzw. Stammeskulturen sahen Leib und Seele nicht als getrennt an und erfassten diese auch in ihren sozialen Verflechtungen¹⁰. Sie deuteten alle Krankheiten als Folge übersinnlicher Einflüsse, und die Heilkunde gehörte zum Bereich der Religion. In ihren therapeutischen Praktiken kamen Psychopharmaka gemeinsam mit anderen Heilmitteln zum Einsatz, „Medizin“ und „Psychotherapie“ wurden nicht unterschieden, und der vom Schamanen praktizierte Zauber konnte heilend oder mörderisch sein¹¹. Im antiken Griechenland hatte der Begriff „Pharmakon“ zur Zeit Homers noch die Doppelbedeutung von „Heilmittel“ und „Gift“; erst die hippokratische Medizin begründete die wissenschaftliche Lehre von einer „natürlichen“ Krankheitsentstehung und ihrer „gezielten“ Behandlung.

Die Psychiatrie in dem uns bekannten Sinne startete verhältnismäßig spät, und zwar an der Schwelle vom 18. zum 19. Jahrhundert, zu Beginn der Moderne, in einer Zeit erster Begegnungen zwischen aufgeklärten und romantischen Vorstellungen von der Psyche¹². Sie war zunächst reine Anstaltspsychiatrie, etablierte sich als medizinische Fachdisziplin und strebte den Naturwissenschaften nach. Im psychiatrischen Alltag erzeugte die Wucht psychischer Auffälligkeiten und ihre vertrackte Verknüpfung mit sozialen Problemlagen allerdings jede Menge Ohnmachtsgefühle. Auf der Flucht davor verbarrikadierten sich die meisten Psychiater in einem einseitig biologischen Krankheitsmodell und sahen die Ursachen der Erkrankungen am liebsten in einer konstitutionellen (vererbaren) Minderwertigkeit oder einer körperlichen Krankheit. Mit allerlei körpertechnischen Eingriffen, die aus heutiger Sicht nur als Folter bezeichnet werden können, wollte man die Kranken „zur Vernunft bringen“.¹³

Medikamente mit einer Wirkung auf das zentrale Nervensystem versprachen da eine sanftere, humanere Behandlung für die stetig ansteigende Zahl der Anstaltsinsassen. Alkohol und Opium waren als psychotrope Sucht- und Heilmittel ja schon seit dem Altertum bekannt. Mitte des 19. Jahrhunderts begann die wissenschaftliche Psychopharmakologie und hatte 1869 ihren ersten Höhepunkt: Oskar Liebreich behandelte in Berlin psychotische Erregungszustände mit Chloralhydrat, einem Wirkstoff, den Justus von Liebig 1832 aus Alkohol und Chlor synthetisiert hatte, ohne seine Brauchbarkeit als Schlafmittel gleich zu erkennen.¹⁴ ¹⁵Viele weitere technisch herge-

9 Haisch E (1959): Irrenpflege in alter Zeit. CIBA-Zeitschrift Nr. 95 (Band 8)

10 Kraft H (1995): Über innere Grenzen – Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse. München: Eugen Diederichs Verlag

11 Meißel T (2001): Psychoanalyse und Psychopharmakotherapie. In: Lempa G, Troje E (Hg.): Andere Methoden der Psychosebehandlung aus psychoanalytischer Sicht. Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie (Band 4). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 9-25

12 Elgeti H (2011): Was haben Aufklärung und Romantik in der Psychiatrie zu suchen? Sozialpsychiatrische Informationen 41(3): 3-7

13 Elgeti H (2007): Geschichte des Zwangs in der Psychiatrie. Kerbe 25(3): 7-11

14 Linde OK (2004): Psychiatrische Behandlungsmethoden von der Zeit der Bäder- und Fiebertherapien bis zur modernen Psychopharmakotherapie. Psychopharmakotherapie 11(4): 120-125

15 Schott H, Tölle R (2006): Geschichte der Psychiatrie. München: C.H. Beck; S. 491

stellte Wirkstoffe kamen in den nächsten fast 150 Jahren bis heute in der Psychiatrie zum Einsatz, mal zufällig entdeckt, mal durch systematische Beobachtung oder klinische Prüfung gefunden. Anfangs immer hochgejubelt, zeigten neue Psychopharmaka später in der Regel auch ihre Schattenseiten und verschwanden nicht selten wieder vom Markt. Die besten Präparate beseitigen relativ zuverlässig bestimmte Symptome einer psychischen Krankheit, nie deren Ursachen. Eigentlich verwandeln sie einen psychiatrischen Patienten in einen neurologischen und sollten Neuropharmaka statt Psychopharmaka heißen.¹⁶

Randomisierte, placebokontrollierte Studien (Doppelblindstudien) sind seit vielen Jahrzehnten der Goldstandard der naturwissenschaftlichen Pharmakologie und „evidenzbasierten Medizin“ beim Wirksamkeitsnachweis eines Medikamentes. Danach gilt ein Medikament (Verum) als wirksam, wenn es die Symptome der Krankheit erfolgreicher bekämpft als ein Scheinmedikament ohne Wirkstoff (Placebo), bei zufälliger Zuordnung der Patienten und ohne Wissen der Ärzte, wer Verum und wer Placebo erhalten hat. Störend in diesem Konzept sind nachweisbare Veränderungen auch bei den Personen, die ein Placebo erhielten. Diese – nicht vom Wirkstoff verursacht! – Behandlungseffekte sind auch bei den Patienten einzurechnen, die das Verum erhielten. Gerade bei Doppelblind-Studien mit Antidepressiva ist der Behandlungseffekt in der Placebo-Gruppe oft groß und kaum vorhersagbar. Er unterliegt dem Einfluss vielfältiger sozialer Faktoren, den Erwartungen von Untersucher und Patient, der Intensität und Dauer ihrer Kontakte, dem Zustand der „therapeutischen Allianz“ (Einfühlungsvermögen, Mitgefühl, teilnehmendes Zuhören, Hilfsbereitschaft)¹⁷. Psychische Krankheit ist eben keine bloße Stoffwechselstörung, der Leib lässt sich nicht wirklich von der Seele und dem sozialen Umfeld trennen. Das Einfache ist der Grenzfall des Komplizierten, die Seele ist komplizierter als der Körper, und der psychisch erkrankte Mensch verhält sich nicht wie ein Objekt naturwissenschaftlicher Experimente¹⁸.

Wünsche und Ängste der Patienten und ihrer Angehörigen

Man schätzt, dass etwa $\frac{1}{4}$ der Bevölkerung an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leidet.¹⁹ Die seit den 1950er Jahren in der Psychiatrie angewandten Medikamente gegen Angst und Unruhe, gegen psychotische, manische und depressive Symptome haben entscheidende therapeutische Fortschritte ermöglicht. Die herausragenden Erfolge der Arzneimitteltherapie in der Medizin insgesamt wecken bei den erkrankten Menschen bisweilen übertriebene Erwartungen. Gerade Psychopharmaka werden oftmals als Nothelfer bei persönlichen Problemen und Konflikten angesehen, im Zuge eines unkritischen ärztlichen Ordnungsverhaltens auch zu schnell und zu häufig verschrieben. Seit den 1980er Jahren sind sie darüber hinaus immer häufiger „außermedizinisch“ im Einsatz, zur Verbesserung der Gedächtnisleistung, Steigerung der Aufmerksamkeit, Aufhellung der Stimmung oder Reduktion des Schlafbedürfnisses.²⁰

16 Dörner K, Plog U (1996): Irren ist menschlich (1. Auflage der Neuauflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag; S 523

17 Kasper S, Gastpar M, Müller WE (2005): Wirksamkeit von Antidepressiva: Differenzierte Bewertung statt Pauschalkritik ist gefragt. *Psychopharmakotherapie* 12(5): 193-194

18 Devereux G (1958): Der Einfluss kultureller Denkmodelle auf primitive und moderne psychiatrische Theorien. In: Devereux G (1984): *Ethno-psychoanalyse* (2. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 250-278

19 Laux G, Dietmaier O, König W (1997) *Pharmakopsychiatrie* (2. Auflage). Stuttgart: Gustav Fischer; S. 3

20 Schäfer G, Groß D (2008): Eingriff in die personale Identität – Die Argumente für psychopharmakologisches Enhancement greifen zu kurz. *Deutsches Ärzteblatt* 105(5): B 188-190

Angesichts dieser Tatsachen überraschen die Ergebnisse einer 1990 durchgeführten Repräsentativbefragung zur Einstellung des deutschen Laienpublikums hinsichtlich der Empfehlung verschiedener Behandlungsmethoden bei psychischen Erkrankungen.²¹ Sie offenbaren eine verbreitete Ablehnung der Psychopharmaka: Ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den drei Krankheitsbildern Schizophrenie, Depression und Angstneurose empfehlen in der zitierten Untersuchung jeweils 40-60% der Befragten Psychotherapie und Entspannungsübungen, jeweils etwa 25% Naturmittel und Meditation/Yoga, aber nur 15-20% Psychopharmaka – ebenso selten wie Akupunktur.

Sicherlich begegnen die Antipsychotika (Neuroleptika) den meisten Vorbehalten, sowohl in der Bevölkerung ganz allgemein als auch bei den an Schizophrenie erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Dazu trägt nicht nur eine gelegentlich polemische Berichterstattung in den Medien bei, wenn Schlagworte wie „chemische Zwangsjacke“, „Pillenkeule“, „sanfter Mord“ oder „verordnete Anpassung“ fallen. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sind in der Gesellschaft in besonderer Weise stigmatisiert, wohl in erster Linie aus Angst vor unberechenbaren Verhaltensweisen der Betroffenen und davor, selbst verrückt zu werden. Auch die häufig unmenschliche Behandlung der Betroffenen in der Vergangenheit, ihre soziale Diskriminierung in der Gegenwart, psychiatrische Behandlungsfehler und Nebenwirkungen der antipsychotischen Pharmakotherapie stützen die Vorbehalte. Seit der Entdeckung des Chlorpromazin 1952, dessen Einsatz auf den Stationen als „Wunder der Ruhe“ beschrieben wurde, lassen sich verschiedene Phasen der Anwendung von Neuroleptika beschreiben, die auch vom jeweils herrschenden Zeitgeist mit geprägt wurden.²²

Viele weitere Fragestellungen haben Einfluss darauf, welche Wünsche und Ängste ein psychisch erkrankter Mensch bezüglich einer ihm angeratenen Medikation entwickelt: Glaubt er überhaupt, dass eine Krankheit vorliegt, die behandelbar ist? Erlauben ihm die Symptome noch Besonnenheit und Zuversicht, halten sie ihn in Apathie gefangen oder wecken sie in ihm Angst und Misstrauen gegenüber denen, die ihm helfen wollen? Erlebt er die therapeutische Beziehung als vertrauensvoll und hilfreich, gibt es genügend Zeit für das Gespräch, fühlt er sich ernst genommen und partnerschaftlich in den Entscheidungsprozess einbezogen? Wird er über Wirkungen und Nebenwirkungen des empfohlenen Medikaments korrekt aufgeklärt, und wie wägt er selbst Chancen und Risiken der empfohlenen Medikation ab?

Hoffnungen und Befürchtungen der behandelnden Ärzte

Die ärztlichen Empfehlungen zu einer Medikation sind einzubetten in einen gemeinsam aufgestellten und vereinbarten Gesamtbehandlungsplan, ggf. in Abstimmung mit den Angehörigen und zusätzlich beteiligten Betreuern. Alle professionellen Helfer sollten sich um eine gute „therapeutische Allianz“ bemühen und die Hoffnung teilen, dass die verordneten Psychopharmaka wirksam und verträglich sind. In ärztlicher Hand bleibt die Verantwortung für Diagnose und Differentialdiagnostik, Indikationen und Kontraindikationen der Medikation, Auswahl und Dosierung des Wirkstoffs, Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen, Kontrolle psychischer und körperlicher Befunde.

21 Angermeyer MC, Däumer R, Matschinger H (1993): Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: Results of a survey in the federal republic of Germany. *Pharmacopsychiat.* 26: 114-120

22 Finzen A (2008): Der Zeitgeist ist nicht doppelblind – Über die wechselhafte Bewertung von Psychopharmakawirkungen in fünf Jahrzehnten. *Sozialpsychiatrische Informationen* 38(2): 2-8

Die damit einhergehenden Unsicherheiten, ob alles richtig erkannt, genügend bedacht und sorgfältig ausgeführt wurde, sind nicht immer leicht auszuhalten und können unter mancherlei Umständen weiter anwachsen. Dazu gehören unzureichende Zeitressourcen für die psychotherapeutische Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, ein ausbleibender Therapieerfolg und mangelnde Zuverlässigkeit des Kranken bei der Mitwirkung an seiner Behandlung. Bei seinen Angehörigen oder Betreuern können Zweifel am Sinn der Psychopharmakotherapie aufkommen. Die verordnete Medikation beeinträchtigt vielleicht die Arbeitsfähigkeit, Fahrtüchtigkeit und soziale Interaktion des Patienten. Wenn zusätzliche körperliche Erkrankungen ebenfalls medikamentös behandelt werden müssen, sind unter Umständen bedrohliche Arzneimittelinteraktionen zu beachten. Alkohol- oder Drogenkonsum kann den Behandlungserfolg gefährden. Eskalieren Konflikte im sozialen Umfeld, die mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen, ist eventuell eine stationäre Krisenintervention erforderlich.

In jeder Behandlungssituation ergibt sich in jedem Einzelfall eine ganz eigene Konstellation der diesbezüglichen Probleme. Die enorme Komplexität und Unübersichtlichkeit des psychiatrischen Tätigkeitsfeldes verführt zur Suche nach vereinfachenden Strategien. Die von Experten identifizierten Defizite in der Langzeittherapie mit Psychopharmaka erscheinen vor diesem Hintergrund als ein fatales Nothilfeprogramm gestresster Psychiater zur ersehnten Vereinfachung ihres Handelns (Komplexitätsreduktion): Beschränkung des Engagements auf medikamentöse Rückfallprophylaxe, Uniformierung der psychopharmakologischen und psychosozialen Ansätze zur Behandlung und Rehabilitation, Auffassung vom Patienten als passiven Empfänger von Hilfeleistungen.²³ Damit wird es zwar übersichtlicher für die Behandelnden, das hat aber nachteilige Folgen für die Betroffenen und geht auf Kosten langfristiger Behandlungserfolge.

Interessen und Strategien der Pharmaindustrie

In einem Gesundheitswesen, das dem privatwirtschaftlichen Wettbewerb ausgesetzt möglichst viele Medikamente zu einem möglichst hohen Preis zu verkaufen. Ihre Strategien richten sich auf die Gesetzgebung der Regierungen, auf das Ordnungsverhalten der Ärzte und die Bereitschaft (potentieller) Patienten, möglichst viele teure Medikamente möglichst lange einzunehmen. So geben internationale Pharmakonzerne viel Geld für die Lobby-Arbeit im politischen Raum aus.²⁴ Das ist für die USA besser belegt als für Deutschland, findet aber auch bei uns statt. Lobby-Arbeit hat sicherlich dazu beigetragen, dass Firmen der Pharmabranche den Krankenkassen nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) von 2010 die Verantwortung für die Versorgung ganzer Patientengruppen abnehmen dürfen. Zudem steuert die Pharmaindustrie bekanntermaßen auch in der Psychiatrie die Arzneimittelforschung, beeinflusst massiv den wissenschaftlichen Diskurs über Krankheitskonzepte und Behandlungsstrategien und verführt mit unterschiedlichsten Methoden die Ärzteschaft.^{25 26 27}

23 Stieglitz R-D, Vauth R (2005): Compliance und Patientenbeteiligung in der Rehabilitationspharmakotherapie. In: Linden M, Müller WE (Hg.): Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 76 f.

24 Der Arzneimittelbrief (2010): Pharmaindustrie bricht alle Rekorde. AMB 44(4): 32a

25 Moncrieff J (2008): Steht die Psychiatrie zum Verkauf an? Eine Untersuchung zum Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis. Sozialpsychiatrische Informationen 38(2): 8-18

26 Weinmann S (2008): Erfolgsmythos Psychopharmaka – Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 156-174

27 Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2009): Memorandum zur Anwendung von Antipsychotika. http://psychiatrie.de/data/pdf/68/0a/00/Broschuere_Neuroleptika.pdf

Nicht zuletzt dank dieser Strategien steigt der Umsatz der Psychopharmaka stetig, sei es durch Einführung teurer neuer Wirkstoffe ohne zusätzlichen Nutzen oder durch die Erweiterung ihres Einsatzspektrums. Als wissenschaftliche Information getarnte Marketingoffensiven und Sponsoring verschiedenster Akteure tragen dazu bei, Befindensstörungen als psychiatrische, medikamentös behandlungsbedürftige Störungen anzusehen. Auch in den letzten Jahren ging die „Verschreibungssorgie“ in der Psychiatrie weiter, auch wenn sich inzwischen vermehrt kritische Stimmen melden.²⁸ So widerlegen viele Studien die Behauptung, dass die teureren neuen Antipsychotika den klassischen grundsätzlich vorzuziehen sind.²⁹ Andere räumen mit zahlreichen Mythen um die Wirksamkeit der Antidepressiva auf.³⁰ Selbst die Ärzteschaft zeigt in den letzten Jahren erste zaghafte Ansätze, sich gegen ihre Bestechlichkeit gegenüber der Pharmaindustrie zur Wehr zu setzen.³¹ Seitdem die Höhe der Arzneimittelausgaben bei begrenzten Gesundheitsausgaben die Einkommen der niedergelassenen Ärzte bedroht, üben sich auch deren Interessenverbände in der Kritik am Pharmamarketing.^{32 33}

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

Herausforderungen bei der Psychopharmakotherapie in der Langzeitbehandlung chronisch und schwer psychisch erkrankter Menschen

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

Die Behandlung psychischer, zumal chronischer und schwerer psychischer Erkrankungen mit Medikamenten steht im Spiegel der kritischen Öffentlichkeit. Wenn außerhalb von Fachkreisen über „Psychopharmaka“ geredet wird, so geschieht dies zumeist mit Skepsis und Misstrauen. Beispielsweise unterstellt man vielen „Psychopharmaka“ unzutreffenderweise ein Abhängigkeitsrisiko – eine Fehleinschätzung, der wir selbst bei Medizinstudenten noch begegnen. Sich diese Sichtweisen zu vergegenwärtigen ist für die Behandlung hilfreich, da sich diese Vorurteile nicht nur auf Patientenseite, sondern auch in deren sozialem Umfeld halten. Nicht selten wird dann eine Aufklärung vorschnell als Verharmlosung dieser „gefährlichen“ Medikamentengruppe gesehen; andererseits begegnet man auf der Seite der Behandler gelegentlich einer Haltung, die unkritisch Informationen von tendentiösen Studien übernimmt. Hier die angemessene Gewichtung zu treffen und patientenbezogen den richtigen Ton zu finden, ist verschiedentlich nicht leicht.

28 Moncrieff J (2008): Steht die Psychiatrie immer noch zum Verkauf? Ein Kommentar fünf Jahre danach. Sozialpsychiatrische Informationen 38(2): 19-20

29 Steinert T (2008): Neuroleptika der zweiten Generation – ein neuer Glaubenskrieg? Sozialpsychiatrische Informationen 38(2): 21-24

30 Bschor T (2008): Antidepressiva: Mythen und Fakten. Sozialpsychiatrische Informationen 38(2): 24-28

31 Hempel U (2009): „Mein Essen zahl' ich selbst“ – Eine Informationsveranstaltung der Ärzteinitiative Mezis beschäftigte sich mit der massiven Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die Ärzteschaft, Politik und Medien. Deutsches Ärzteblatt 106(15): B 603-604

32 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2007): KV Audio Folge 1: Pharmamarketing – Verordnungssteuerung durch die pharmazeutische Industrie. CD exklusiv für die Vertragsärzte

33 Müller-Oerlinghausen B (2007): Tricksen und Täuschen – Arzneimittel(des)informationen am Beispiel der Neuroleptika. Niedersächsisches Ärzteblatt Heft 3; S. 10-11

Die Langzeitbehandlung psychisch kranker Menschen beinhaltet eine Vielzahl therapeutischer Hilfen, angeboten von unterschiedlichen Berufsgruppen. Der Stellenwert einer medikamentösen Behandlung sollte immer als eine therapeutische Option im breiten Spektrum ambulanter Hilfen gesehen werden. Dabei ist die medikamentöse Behandlung eine exklusive Domäne der ärztlichen Behandlung. Doch auch andere Berufsgruppen sind mit Fragen zur Medikation konfrontiert. Dabei kann es um die Einschätzung einer zureichenden Dosierung gehen oder auch um das Erkennen möglicher Nebenwirkungen wie beispielsweise der Spätdyskinesie bei der Behandlung mit Antipsychotika. Typisch für diese Form der Nebenwirkung ist, dass die betroffenen Patienten die Bewegungsstörung charakteristischerweise selbst nicht hinreichend wahrnehmen und oft erst durch ihre Umgebung auf die Verhaltensänderung hingewiesen werden. Diese Form der Nichtwahrnehmung kann auch auf therapeutischer Seite eine Entsprechung finden; das Nichterkennen „schleift“ sich beim therapeutischen Begleiter unter der kontinuierlichen Begleitung seiner Patienten ein, und oftmals fällt erst durch eine gelenkte Aufmerksamkeit von außen beispielsweise von Kollegen die Störung auf. Der Austausch in einem therapeutischen, multiprofessionellen Team auch über Fragen der Medikation sollte als gemeinsame Aufgabe begriffen werden.

Kaum einer der von chronischer psychischer Erkrankung betroffenen Menschen bleibt medikamentös unbehandelt, und oftmals erhalten sie auch mehr als nur ein Psychopharmakon. Dabei gibt es durchaus sinnvolle Kombinationsbehandlungen, durch die z. B. sich die Dosis der einzelnen Wirkstoffe verringern lässt mit der Folge geringerer Nebenwirkungen. Auch sind manche therapeutischen Erfolge nur durch Kombinationsbehandlungen innerhalb einer Medikamentengruppe zu erreichen. Doch sollte dies eher die Ausnahme als die Regel sein; festzuhalten bleibt am Grundsatz einer Monotherapie innerhalb einer Medikamentengruppe. Häufig kommt es zu Verschreibung von unterschiedlichen Psychopharmaka aus mehreren Medikamentengruppen, beispielsweise von antipsychotisch wirksamen und sedierenden Neuroleptika, die unterstützend zur Schlaf- und Spannungsregulation eingesetzt werden. Auch Antidepressiva können gelegentlich sinnvoll mit Antipsychotika kombiniert werden. Doch ist hier zu erkennen, wenn eine depressive Störung ursächlich auf die Einnahme von Antipsychotika zu beziehen ist und als Nebenwirkung der Medikation auftritt. Dann wäre zunächst eine Alternative des Antipsychotikums zu erwägen.

Mit steigender Zahl gleichzeitig verordneter Psychopharmaka werden die Wechselwirkungen zwischen den Wirkstoffen immer komplexer, und die Gefahr von zum Teil gefährlichen Nebenwirkungen steigt. Die Situation wird noch unübersichtlicher, wenn somatisch verordnete Medikamente hinzukommen. Gerade dieser Punkt verdient hohe Aufmerksamkeit, da sich bei mangelnder Kooperation der verschreibenden Ärzte ein gesundheitsgefährdendes Risiko durch ungünstige Medikamentenwechselwirkungen ergeben kann. In der letzten Zeit stehen hierfür sehr brauchbare computergestützte Auskunftssysteme zur Verfügung, deren Anwendung in der Alltagspraxis hilfreich ist – ohne dadurch den verschreibenden Arzt mit seiner Verantwortung ersetzen zu können.

Polypharmazie (Mehrfachmedikation) tritt auf bei komplexen psychischen Krankheitsbildern und bei gleichzeitig bestehenden körperlichen Erkrankungen. Komplexe Krankheitsbilder können wie erwähnt sinnvolle Medikamentenkombinationen hervorrufen, jedoch besteht auch die Gefahr, unreflektiert bestehende Medikamentenverschreibungen immer weiter fortzuschreiben. Fortschreibungsautomatismen entstehen beispielsweise in Situationen, wenn bei früher dramatischem Krankheitsgeschehen eine langfristige psychische Stabilität erreicht ist und Befürchtungen vor einem erneuten Rückfall eine mögliche medikamentöse Anpassung als (gelegentlich auch berech-

tigterweise) zu risikoreich erscheinen lässt. Auch wird manchmal eine Mehrfachmedikation beibehalten, wenn es in der Umstellungsphase von einem alten auf ein neues Medikament zu einer Besserung der Symptomatik kommt und es ungewiss bleibt, ob diese Besserung durch das neue Medikament eingetreten ist oder auf die Kombination mit dem alten Medikament zurückzuführen ist. Es bleibt jedoch die Pflicht des Verordners, eine oftmals langjährig bestehende Medikation in regelmäßigen Abständen auch ohne klinische Notwendigkeit zu hinterfragen und den Grundsatz zugrunde zu legen: so viel wie nötig, so wenig wie möglich. Ein Infragestellen einer langjährig „bewährten“ Medikation kann auf Patientenseite Widerstand und Ängste hervorrufen. Dennoch entbindet auch dies den behandelnden Arzt nicht, sich von der weiterbestehenden Notwendigkeit einer Dauermedikation zu überzeugen. Dabei geht es nicht nur um die Möglichkeit einer medikamentösen Überversorgung, auch Hinweise für eine Unterversorgung sollten wahrgenommen werden; der Gebrauch von Suchtmitteln im Sinne einer Selbstmedikation sollte erkannt und besser verträgliche und risikoärmere Medikationsalternativen angeboten werden.

Das Spektrum der verordneten Medikamente wird angesichts neuer Medikamenteneinführungen mit verlockenden initialen Versprechen stetig erweitert. Doch dauert es meist einige Jahre bis ein neues Medikament seine Vorzüge ebenso wie seine Nachteile zu erkennen gibt, und es bleibt im Hinblick darauf eine Wissenschaft für sich, präsentierte Studien bezüglich ihrer Aussagekraft richtig einzuschätzen. So besteht ein Spagat zwischen einer Öffnung für neue Medikamente bzw. Therapiestrategien und einem Grundsatz, der in der Praxis nach wie vor seine Berechtigung behalten hat: Beschränke Dich auf wenige Medikamente, die Du gut kennst.

Die bei einer Psychopharmakotherapie notwendigen Routineuntersuchungen (Blutuntersuchungen und apparative Untersuchungen wie EKG) werden bei einer Dauerbehandlung häufig vernachlässigt. Wichtig ist eine enge Vernetzung und Absprache mit den diese Routineuntersuchungen durchführenden Stellen (idealerweise dem Hausarzt), die auch eine wechselseitige Informationsweitergabe und Absprache über aktuelle Aspekte, der medizinischen Behandlung ermöglicht. Ein regelmäßiger Kontakt zum Hausarzt ist weiterhin bedeutsam im Hinblick auf die Berücksichtigung der somatischen Gesundheit. Manche Risiken der Langzeitanwendung von Psychopharmaka können oftmals erst im Verlauf besser abgeschätzt werden. Zu erwähnen sind beispielsweise bei Antipsychotika komplexe Veränderungen, an denen das Medikament einen nur ungenau zu benennenden Anteil hat, wie Schäden am Herz-Kreislauf-System oder auch im Rahmen des sog. metabolischen Syndroms. Auch Auswirkungen auf das äußere Erscheinungsbild wie Bewegungsstörungen oder beträchtliche Gewichtszunahmen können die Therapieakzeptanz entscheidend beeinträchtigen. Einem selbständigen Absetzen der Medikation – und dies passiert bei Verordnungen wegen somatischer Erkrankungen mindestens genauso häufig wie bei Psychopharmaka – liegt häufig ein Gefühl der Fremdbestimmung, des Übergangens zugrunde, das verweist auf den legitimen Anspruch eines Patienten nach Aufmerksamkeit über die Frage einer Medikation hinaus; Patienten unter Medikation werden häufig in unserem Versorgungssystem mit relativ wenig Aufmerksamkeit behandelt, die Gespräche werden rasch medikationszentriert. Ein Absetzen der Medikamente kann hier den Wunsch bergen, den Therapeuten zu mehr Fürsorge und Zuwendung zu bringen.

Erstrebenswert ist ein partizipatives Verhältnis zwischen Patient und Arzt, in dem die Entscheidung für ein Medikament gemeinsam erarbeitet und getragen wird. Gelegentlich wird eine solche Entscheidung das Ergebnis eines gemeinsamen, kompromisshaften Ringens sein, bei dem

die Medikation gewünschtermaßen hinterfragbar wird und unterschiedliche Handlungsoptionen zugelassen werden können – was nicht ausschließt, dass die Handlungsoptionen priorisiert werden dürfen. Grundlage für eine Entscheidung muss immer eine angemessene Aufklärung über Risiken, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen unter Nennung ggf. bestehender Alternativen sein. Wichtige, häufig nicht ausreichend betonte Aspekte der Aufklärung bei einer Medikamentenbehandlung sind eine mögliche Beeinträchtigung der Tauglichkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr, das Wechselwirkungspotential von manchen Psychopharmaka mit Antikonzeptiva sowie Gefährdungen während Schwangerschaft und Stillzeit. Auch über manche Nebenwirkungen wird immer noch zu oft nicht angemessen eingegangen wie Inkontinenz und Sexualstörungen. Besteht eine rechtliche Betreuung mit entsprechendem Aufgabenbereich ist diese bei der Entscheidung und Begründung über eine Medikation mit einzubeziehen. Die mit einer Aufklärung verbundenen Befürchtungen auf der Seiten der Verordner können nicht nur übertrieben, sondern auch falsch sein: viele Patienten schätzen einen ehrlichen Umgang mit diesem Thema, das therapeutische Bündnis – Kernbaustein der Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen – kann so sogar gefestigt werden.

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

Herausforderungen an den Einsatz und die Handhabung von Psychopharmakotherapie an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie komplementärer Versorgung bei psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Hilfebedarf

von Doris Rolfes-Neumann (*Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover*)

Nachdem Herr Dr. Sueße als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover den Wunsch an mich herangetragen hatte, doch zum obengenannten Thema einen Aufsatz für den Sozialpsychiatrischen Plan 2012 zu schreiben, habe ich selbst eine ganze Weile gebraucht, um die Komplexität dieses Themas überhaupt zu verstehen. Im Nachfolgenden möchte ich gerne meine Gedanken und Erfahrungen zu diesem Thema zusammentragen.

Seit Mitte der siebziger Jahre besteht in den vier Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen auf dem Gebiet der Landeshauptstadt Hannover die Möglichkeit der Behandlung auch mit Psychopharmaka. Jeweils für 2 Jahre ist dabei eine Behandlungsermächtigung – gebunden an den dort tätigen Psychiater oder die Psychiaterin – ausgesprochen worden. Während diese Behandlungsermächtigungen im Verlaufe der ersten knapp 30 Jahre jeweils offensichtlich ohne größere Schwierigkeiten und Bedenken neu genehmigt wurden, ist dies in den vergangenen Jahren schwieriger geworden und nur mit größeren Anstrengungen, zuletzt auch mit dem schriftlichen Nachweis für deren Notwendigkeit und zum Teil erst im Widerspruchsverfahren genehmigt worden.

Von Beginn der Behandlungsermächtigungen an war die Anzahl der zu behandelnden Patienten pro Beratungsstelle und pro Quartal begrenzt. Aktuell liegt die Obergrenze bei 150 Patienten pro Quartal und Beratungsstelle. Dabei wurden die Behandlungsermächtigungen jeweils für schwieriges psychiatrischer Klientel auch mit psychiatrischen Mehrfachdiagnosen sowie für Notfallbehandlungen – hier nachrangig zum kassenärztlichen Versorgungssystem – ausgesprochen.

In den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des Stadtgebietes Hannover arbeiten jeweils multiprofessionelle Teams mit je einer Verwaltungskraft, die zum Teil auch ausgebildete Arzthelferin ist, einer Krankenpflegekraft, die teilweise auch zusätzlich noch ein sozialpädagogisches Studium absolviert hat, sowie einem Diplom-Sozialpädagogen und einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie zum Teil mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation.

Ich selbst bin seit 1992 in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in Hannover-Linden tätig und hatte zu Beginn meiner Tätigkeit hier nach damals 9-jähriger psychiatrischer Vorerfahrung das Gefühl, diese Arbeit sei „zumindest 3 Nummern zu groß“ für mich. Im Laufe der Jahre bin ich in die komplexe Versorgungssituation einschließlich der Behandlungsmöglichkeit mit Psychopharmaka hineingewachsen und weiß um deren Herausforderungen. Ich verstehe die Behandlungsmöglichkeit einschließlich der Psychopharmakotherapie als eine extrem sinnvolle und in alle Bereiche der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes hineinreichende zusätzliche Möglichkeit, nachrangig und in Ergänzung zum kassenärztlichen Versorgungssystem – wenn irgend möglich – zum Wohle des jeweiligen Patienten und dessen Angehörigen tätig zu sein.

Die Behandlungsermächtigung umfasst für die Ärzte der städtischen sozialpsychiatrischen Beratungsstellen folgende Möglichkeiten:

- Eine kurze oder wenn erforderlich auch längerfristige psychopharmakologische Behandlung sowohl mit oraler Medikation als auch mit Depotmedikamenten.
- Die Ausstellung von Pflegeverordnungen zur Gabe von Medikamenten durch einen ambulanten Pflegedienst.
- Die Verordnung von ambulanter psychiatrischer Pflege für bis zu vier Monate.
- Die Verordnung von Einzel- oder Gruppen-Ergotherapie.
- Die Ausstellung von kurz- oder längerfristigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage beim Arbeitgeber und bei der Krankenkasse.

Gemäß NPsychKG sind die Sozialpsychiatrischen Dienste für all die psychiatrischen Patienten zuständig, die nicht oder noch nicht vom kassenärztlichen Versorgungssystem erreicht werden können. Dies sind zum Einen schwerst psychisch und suchtkranke Patienten und auch Patienten mit psychiatrischen Doppel- oder Mehrfachdiagnosen sowie Patienten mit chronischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ggfs. mit zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Dazu zählen auch Patienten mit forensischer Vorgeschichte, die nicht mehr im Rahmen der forensischen Nachsorge begleitet und behandelt werden, sowie Patienten, bei denen es gilt, eine Chronifizierung möglichst zu vermeiden. Darüber hinaus sind die Sozialpsychiatrischen Dienste auch zuständig für die Begleitung und wenn notwendig auch für die Behandlung von psychiatrischen Notfallpatienten, die sich auf Grund von inzwischen teilweise bis zu zweimonatigen Wartezeiten für einen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Psychiater vermehrt selbst in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle melden oder auch zunehmend häufig von Allgemeinärzten oder niedergelassenen Psychiatern an uns verwiesen werden.

Für all diese Patienten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen im Stadtgebiet Hannovers besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Behandlung mit Psychopharmaka, wobei wir als nachrangig zuständige Institution bemüht sind, die Patienten soweit wie irgend möglich an die niedergelassenen Psychiater oder Hausärzte ggf. auch an psychiatrische Institutsambulanzen weiterzuleiten.

Die Schnittstellen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen mit anderen Anbietern psychiatrischer Hilfen im komplexen psychiatrischen Versorgungsnetz mit ambulanten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen sowie Angehörigen und Betroffenen sind vielfältig.

So haben wir im Rahmen der Psychopharmakotherapie im ambulanten Setting u. a. mit den behandelnden Hausärzten zur Frage ergänzender psychiatrischer Mitbehandlung und für Blutuntersuchungen hinsichtlich evtl. Nebenwirkungen des Psychopharmakons zu tun. Zunehmend bitten uns niedergelassenen Psychiater, einen Patienten / eine Patientin hier zumindest passager zu behandeln vor einem Termin in einer Nervenarztpraxis. Mit den Tageskliniken ergibt sich eine Zusammenarbeit u. a. dadurch, dass Patienten, die hier in ambulanter sozialpsychiatrischer Begleitung und evtl. auch in medikamentöser Behandlung sind, oder auch Notfallpatienten von uns an eine Tagesklinik überwiesen oder nach Entlassung von dort hier vorübergehend oder auch längerfristig weiterbehandelt und baldmöglichst an einen niedergelassenen Psychiater weitervermittelt werden.

Die Schnittstellen in der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken hinsichtlich der Psychopharmakotherapie sind vielschichtig. So werden von uns z. B. Patienten nach ambulanter auch medikamentöser Behandlung hier bei Verschlechterung ihrer Symptomatik oder, wenn eine Verbesserung ihrer Situation im ambulanten Rahmen nicht erreicht werden kann, in vollstationäre Behandlung vermittelt. Ebenso werden Patienten, die vor der Klinikbehandlung hier in Behandlung waren oder die gegen Ende der stationären Behandlung noch keine andere ambulante Behandlungsmöglichkeit haben, zu uns zur medikamentösen Behandlung vermittelt. Häufig rufen in diesem Zusammenhang Patienten selbst aus der Klinik heraus bei uns an und bitten um einen Behandlungstermin unmittelbar nach Klinikentlassung. Zusätzlich weisen wir auch notfallmäßig uns vorher nicht bekannte Patienten, bei denen eine ambulante auch medikamentöse Behandlung sehr wahrscheinlich nicht ausreichen wird, in die Klinik ein.

Auch die Schnittstellen im komplementären psychiatrischen Versorgungssystem wie mit Anbietern des ambulant betreuten Wohnens sowie mit Tagesstätten oder auch mit Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung oder auch bei einer Problematik von geistiger und seelischer Behinderung sind vielfältig, wobei wir uns als Sozialpsychiatrischer Dienst dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sowie dem Gedanken der Nachrangigkeit in Bezug auf das kassenärztliche Versorgungssystem verpflichtet sehen. Dabei ergeben sich verschiedenste Schnittstellen z. B. mit rechtlichen Betreuern, die für ihre Betreuten um möglichst baldige auch medikamentöse Behandlung bitten, sowie mit Anbietern des ambulant betreuten Wohnens, die sich u. a. in Krisensituationen mit ihren Klienten mit dem Wunsch nach baldiger, ggf. auch medikamentöser Behandlung an uns wenden.

Zusätzlich werden wir immer wieder von Angehörigen akut- oder chronisch kranker Menschen um möglichst baldige auch längerfristige Interventionen gebeten, wobei wir, wenn möglich auch

an andere Anbieter im Hilfesystem vermitteln. Auch melden sich Mitarbeiter von psychiatrischen Wohnheimen oder Heimen der Wohnungslosenhilfe oder auch des Justizsozialdienstes mit der Bitte, einen Patienten oder eine Patientin möglichst umgehend psychiatrisch zu sehen und evtl. auch zu behandeln. Dabei ist neben der Möglichkeit, diese Patienten notfallmäßig im Rahmen eines Hausbesuches zu sehen, vermutlich auch die Niedrigschwelligkeit unserer Einrichtung mit dem nur nachrangigem Behandlungsangebot und dem anders als in der niedergelassenen Praxis zeitlich nicht so begrenzten Rahmen für ein Gespräch ein wesentlicher Grund für die Patienten, mit oder ohne professionelle Begleitung zu uns zu kommen.

Im Rahmen von sogenannten Basisabklärungen oder Untersuchungen für fachpsychiatrischen Stellungnahmen zur Frage, ob angedachte Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe sinnvoll und notwendig sind, bei denen sich Patienten mit oder ohne Angehörige oder auch professionelle Begleiter vorstellen, wird manches Mal die Notwendigkeit zur pharmakologischen Behandlung deutlich. Es gilt dann bei Einverständnis des Patienten ggf. die obenbeschriebenen Behandlungsmöglichkeiten durchzuführen oder evtl. zumindest mit der Behandlung zu beginnen, wenn dies anderweitig zeitnah nicht möglich ist.

Mit dem Betreuungsgericht sowie dem Justizsozialdienst (ehemals Bewährungshilfe) sind viele Schnittstellen vorhanden z. B. zur Frage der Behandlungsmöglichkeit u. a. zur Vermeidung betreuungsrechtlicher Unterbringung oder erneuter Inhaftierung. Dabei bedarf die Behandlung von Patienten mit forensischer Vorgeschichte, die nicht oder nicht mehr in der forensischen Institutsambulanz behandelt werden können, sowie von Patienten, die zu ggf. Fremdgefährdung neigen und bei denen eine „Forensifizierung“ möglichst verhindert werden soll, unseres besonderen Augenmerks und gestaltet sich häufig auch zeitlich intensiver.

Die letztlich hart umkämpfte Möglichkeit der Psychopharmakotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten bedeutet zugleich ebenso wie für den niedergelassenen Psychiater eine große Verantwortung für den behandelnden Psychiater des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der die Patienten im ambulanten Bereich, anders als in der psychiatrischen Klinik, ggf. nur für einige Minuten sieht und in dieser Zeit u. a. eine Entscheidung zu treffen hat hinsichtlich der Frage, ob bei diesem Patienten oder dieser Patientin die Indikation zu einer Psychopharmakotherapie besteht und wenn ja, welches Medikament einzusetzen wäre und dieses dann als orales oder als Depot-Medikament. Bei unserer Klientel ist immer wieder auch die Frage von Bedeutung, ob der Patient oder die Patientin die Medikation vermutlich nehmen wird oder nicht. Andererseits sind uns im Laufe der Jahre viele Patienten auch hinsichtlich ihrer Compliance zur Medikamenteneinnahme bekannt.

Auch die Versorgung und ggf. die pharmakologische Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund stellt eine zunehmende Herausforderung an das Team und den Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes dar. Dabei werden Sprachbarrieren sowohl bei der notfallmäßigen Versorgung als auch – wenn möglich und zuträglich – bei Versorgung chronisch kranker Patienten häufig mit Hilfe von Angehörigen und vermehrt von muttersprachlichen Betreuern oder Mitarbeitern des ambulant betreuten Wohnens überwunden. Kulturelle Unterschiede u. a. hinsichtlich des Krankheitsverständnisses und das Bemühen, die Patienten ggf. zu einer längerfristigen Behandlung zu motivieren, stellen für alle Beteiligten, auch für die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, häufig eine große Herausforderung dar.

Im Folgenden möchte ich noch einige Schnittstellen sozialpsychiatrischer Arbeit mit anderen Einrichtungen oder Anbietern komplementärer Versorgung im Zusammenhang mit der Psychopharmakotherapie anhand von Beispielen beleuchten:

- Im Rahmen unserer notfallmäßigen Hausbesuche treffen wir manches Mal Patienten, die aus fachpsychiatrischer Sicht behandlungsbedürftig scheinen und sich auch nur ambulant psychiatrisch behandeln lassen wollen, obgleich sie sich wegen ihrer Grunderkrankung, z. B. im Rahmen einer Angststörung, nicht in der Lage sehen, einen Hausarzt geschweige denn einen Facharzt aufzusuchen. Hier besteht für uns bei Bedarf die Möglichkeit der Verordnung von Psychopharmaka, von ambulanter Ergotherapie in Form von Hausbesuchen oder auch der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Wenn der Patient/Patientin sich dann zutraut, zu einem niedergelassenen Arzt oder ggf. auch in eine entsprechende Fachklinik zu gehen, kann dies unsererseits in die Wege geleitet werden.
Hierbei denke ich z. B. an einen jungen Mann, der an einer schweren generalisierten Angststörung sowie einer Zwangsstörung leidet und vor dem Einsatz von Psychopharmaka und ergotherapeutischer Behandlung schon seit Jahren die gemeinsam mit seiner Mutter bewohnte 3-Zimmer-Wohnung nicht mehr verlassen können. Wir hoffen, dass er langfristig z. B. auch durch das Angebot ambulant betreuten Wohnens zunehmend mehr Selbstständigkeit erlangen und sich evtl. auch in vollstationäre psychotherapeutische Behandlung begeben, vielleicht auch eines Tages einer beschützten Tätigkeit nachgehen können.
- Sowohl bei Hausbesuchen als auch im Rahmen von Kontakten in der Beratungsstelle sehen wir u. a. Patienten, die sich nicht oder noch nicht psychiatrisch medikamentös behandeln lassen wollen, obgleich dies aus fachlicher Sicht sinnvoll und notwendig schiene. Hier gilt es – wenn möglich – kontinuierliche Beziehungsarbeit auch im Rahmen von Gruppenangeboten in der Beratungsstelle zu leisten und die Patienten dann vorsichtig an eine psychopharmakologische Behandlung heranzuführen, die zumindest auch in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle begonnen und falls erforderlich längerfristig fortgesetzt werden könnte.
- Zum Beispiel denke ich dabei an eine 67-jährige Patientin, die in unserer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle bereits seit Anfang der neunziger Jahre bekannt ist im Rahmen ihrer chronifizierten paranoid-halluzinatorischen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis mit ungenügender Krankheitseinsicht und die ihre Depotmedikation immer wieder nach einigen Monaten bzw. einigen Jahren abgesetzt hat, weil sie meinte, sie sei jetzt nicht mehr psychisch krank, dann aber jeweils nach einigen Wochen bis Monaten wieder dekompenzierte. Diese Patientin meldete sich jetzt in einer erneuten Krankheitsphase telefonisch bei uns und gab an, keinesfalls ihre Wohnung verlieren zu wollen. Sie sei zwar nicht krank, aus dem Haus heraus drohe man ihr allerdings erneut mit der Kündigung ihrer Wohnung. Wir vereinbarten dann, dass sie sich noch am selben Tag in unserer Beratungsstelle vorstellen würde, und wenn sie einverstanden wäre, sich hier auch wieder medikamentös behandeln lassen könnte. Nach der erneuten Gabe eines Depot-Antipsychotikums, welche die Patientin bereits kannte, ließ sich die Patientin von ihrem Hausarzt nach telefonischer Rücksprache meinerseits mit ihm dort entsprechend antipsychotisch weiterbehandeln
- Erwähnen möchte ich auch noch das Beispiel eines jungen Patienten mit Migrationshintergrund, der in der hiesigen Beratungsstelle bereits seit mehreren Jahren in ambulanter medika-

mentöser Behandlung ist und in stabilen Phasen der Tätigkeit in einer Werksstatt für seelisch behinderte Menschen nachgeht. In mehreren Gesprächen mit den Angehörigen sowie auch im Kontakt mit dem Patienten selbst wurde dann bei fehlender Krankheitseinsicht eine erneute manische Dekompensation des Patienten deutlich. Dieser lehnte weiterhin die erforderliche Medikation für sich ab und kam schließlich gemäß §18 NPsychKG zur vollstationären Behandlung in die Klinik. Er meldete sich gegen Ende seines Klinikaufenthaltes telefonisch bei uns und nach Rücksprache mit der behandelnden Stationsärztin war er am Tag der Klinikentlassung hier wieder ambulant vorstellig und ließ sich auch medikamentös in der Beratungsstelle behandeln. Unter Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen hoffen wir, dass er in Kürze wieder seiner Arbeit in der Werkstatt wird nachgehen können ...

In den letzten Jahren hat zumindest die notfallmäßige bzw. sehr zeitnahe Untersuchung und ggf. auch pharmakologische Behandlung von Patienten zugenommen, die sich angesichts erwählter langer Wartezeiten auf einen Termin bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten Hilfe suchend an uns wenden. Es rufen manches Mal Patienten oder verzweifelte Angehörige in der Beratungsstelle an mit der Bitte um einen möglichst baldigen Behandlungstermin, bei dem sie dann – wenn erforderlich und indiziert – eine psychopharmakologische Medikation sowie einen zeitnahe Termin zur Wiedervorstellung hier oder bei einem niedergelassenen Arztkollegen ggfs. auch eine Einweisung zur Klinikaufnahme bekommen.

Abschließend möchte ich vor dem Hintergrund meiner langjährigen ambulanten psychiatrischen Erfahrung auch hinsichtlich der Psychopharmakotherapie sagen, dass aus meiner Sicht auch die Möglichkeit pharmakologischer Behandlung im Rahmen der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die krankenversicherten Patienten unbedingt sinnvoll und notwendig ist und dass wir die Herausforderung, uns für diese Behandlungsmöglichkeit einzusetzen auch weiterhin unbedingt annehmen sollten. Darüber hinaus erfordert verantwortungsvoller Einsatz und die Handhabung von Psychopharmakotherapie im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes meiner Einschätzung nach eine gute Kenntnis des gesamten psychiatrischen Versorgungsnetzes mit ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsmöglichkeiten ebenso wie der komplementären Angebote wie ambulant betreutes Wohnen, rechtliche Betreuungen, Tagesstätten und psychiatrische Wohnheime etc. Eine kontinuierliche Fortbildung hinsichtlich psychopharmakologischer Grenzen und Möglichkeiten und auch zur psychiatrischen Versorgungslandschaft und deren Veränderungen vor dem Hintergrund eines psychiatrisch-multiprofessionellen Teams in den Sozialpsychiatrischen Diensten auch mit Respekt vor dem einzelnen Patienten werden uns die in der Überschrift dieses Artikels genannten Herausforderungen meiner Erfahrung nach hoffentlich auch zukünftig gut meistern lassen.

Anschrift der Verfasserin:

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

Psychopharmakotherapie im Alter

von Oliver Rosenthal (*Klinikum Warendorff*)

Die anhaltend niedrige Geburtenziffer und die beständig steigende Lebenserwartung führen zu einer prägnanten Veränderung des Verhältnisses zwischen der jüngeren und der älteren Generation. Der Anteil der unter 20jährigen an der Gesamtbevölkerung reduzierte sich zwischen 1960 und 2009 von 28,4 auf 18,8 Prozent. Parallel dazu stieg der Anteil derer, die 60 Jahre und älter waren, von 17,4 auf 25,9 Prozent.

Durch die steigende Lebenserwartung und den steigenden Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft rückt auch das Wissen um die Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter zunehmend in den Fokus der Betrachtung.

Unterschiedliche Studien haben sich der Frage gestellt, in welchem Maß psychische Erkrankungen im höheren Alter repräsentiert sind. Die Berliner Altersstudie untersuchte in einer repräsentativen Stichprobe 516 über 70jährige Westberliner aus allen Bevölkerungsschichten. In dieser Stichprobe lagen bei 23,5% der untersuchten Personen psychische Störungen vor. Von diesen wiederum bestanden laut klinischem Urteil der untersuchenden Psychiater bei bis zu 40% psychische Störungen mit Krankheitswert. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter zählen hierbei die Depression und die Demenz.

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen, die im höheren Lebensalter auftreten, richtet sich im Allgemeinen nach den Empfehlungen, wie sie auch für jüngere Erkrankte gelten. Der Behandlungsplan für den älteren Patienten sollte die medikamentöse, die psycho- sowie die soziotherapeutische Behandlung umfassen sowie zusätzlich die Implementierung von Versorgungsmaßnahmen durch nichtärztliche Einrichtungen zur weitestgehenden Sicherstellung der Alltagskompetenz.

Die medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter weist im Vergleich zu der bei jüngeren psychisch erkrankten Patienten einige wichtige Besonderheiten auf. Hierbei ist zuallererst auf die zunehmende körperliche Multimorbidität und die dadurch nicht selten verbundene Polypharmakotherapie hinzuweisen. Mit der Anzahl der verordneten Medikamente steigt dabei das Risiko der Wechselwirkungen.

Darüber hinaus verändern sich die Aufnahme des einzelnen Medikaments, die Verteilung im Körper, der Um- und Abbau sowie dessen Ausscheidung. Auch die Wirkung des einzelnen Arzneistoffes unterliegt einer nicht zu unterschätzenden Veränderung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Akzeptanz sowie die regelmäßige Einnahme älterer Menschen im Hinblick auf die Psychopharmaka. Ängste, aber auch eine unzureichende Aufklärung über die Erkrankung und die verordnete Medikation können gerade bei älteren Menschen dazu führen, dass Patienten die verordneten Psychopharmaka nicht einnehmen und dies gegenüber dem behandelnden Therapeuten nicht kommunizieren. Die Zuverlässigkeit bei der Medikamenteneinnahme wird teilweise auch durch kognitive Einbußen beeinträchtigt, insbesondere dann, wenn es sich um kompliziertere oder häufig wechselnde Verordnungen handelt. Dies macht eine intensivere Kommunikation mit dem Patienten nötig. Wichtige Hinweise müssen eindeutig, klar und mehrfach gegeben werden. Weiterhin ist der geduldige und ernsthafte Umgang mit Sorgen, Ängsten und Fragen gerade bei älteren Patienten äußerst wichtig.

Auf der anderen Seite ist es jedoch wichtig festzuhalten, dass durch die Entwicklung und Einführung moderner, gut wirksamer und verträglicher Medikamente in den vergangenen Jahren große Fortschritte in der Behandlung psychischer Erkrankungen erzielt werden konnten.

Wenn die Indikation zu einer psychopharmakologischen Intervention gegeben ist, so ist grundsätzlich festzuhalten, dass die jeweiligen Medikamente langsam aufdosiert und die Zieldosis niedriger als bei jüngeren Patienten angesetzt werden sollte. Aufgrund der häufig schon bestehenden Vormedikation und der bereits angesprochenen Wechselwirkungen ist die Anzahl der verordneten Psychopharmaka so gering wie möglich zu halten. Die Wirkung des Medikaments auf das jeweilige Zielsymptom sollte regelmäßig kontrolliert und dokumentiert werden. Darüber hinaus ist bei Besserung der Symptomatik ein regelmäßiger Ausschleich- und Absetzversuch vorzunehmen, insbesondere bei einer länger andauernden Behandlung.

Im Folgenden soll anhand einiger beispielhafter Antidepressiva der medikamentösen Therapie der Altersdepression und der medikamentösen antipsychotischen Behandlung Demenz-assoziiierter Verhaltensstörungen die Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung bei älteren Menschen aufgezeigt werden.

Antidepressiva

Die beiden psychiatrischen Krankheiten, die bei älteren Menschen am häufigsten auftreten, sind die Depression und die Demenz.

Die Symptome einer Depression im höheren Lebensalter unterscheiden sich grundsätzlich nicht von denen bei jüngeren Patienten. Unbestritten ist allerdings, dass ältere Menschen mit körperlichen Leiden häufiger an Depressionen erkranken und andererseits körperliche Symptome häufig Ausdruck depressiver Störungen sind. Ältere Patienten bagatellisieren depressive Symptome und sprechen sie eher nicht an, sondern sie suchen oftmals wegen körperlicher Beschwerden den Arzt auf. Insbesondere beim Vorliegen weiterer Grunderkrankungen auf dem somatischen Gebiet werden depressive Symptome häufig der somatischen Grunderkrankung zugeordnet, so dass letztendlich eine adäquate Therapie der Depression unterbleibt.

Die Therapie depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter besteht wie auch bei jüngeren Patienten aus einem multimodalen Konzept bestehend aus medikamentösen, sozio- und psychotherapeutischen Behandlungselementen.

Bei der Auswahl des geeigneten Antidepressivums sind die Art, das Ausmaß der depressiven Symptomatik, die bestehenden Grunderkrankungen sowie die bereits eingangs erwähnten weiteren Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung bei älteren Menschen zu berücksichtigen.

Grundsätzlich sollte das jeweilige Antidepressivum niedriger dosiert werden als bei jüngeren Patienten. Mögliche unerwünschte Nebenwirkungen, wie etwa orthostatische Dysregulation, Sedierung oder Kardiotoxizität, werden bei älteren Patienten häufiger beobachtet. Bezüglich möglicher Nebenwirkungen sind an dieser Stelle die anticholinergen Nebenwirkungen von Antidepressiva zu nennen, die u.a. zu einer Sedierung, zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähig-

keit oder auch zu Verwirrheitszuständen führen können. Die Dauer der Behandlung mit einem Antidepressivum ist individuell festzulegen. Es empfiehlt sich, die medikamentöse Therapie nach Abklingen der Beschwerden noch für weitere 6-12 Monate mit der Erhaltungsdosis durchzuführen. Bei Patienten mit zwei oder mehreren depressiven Phasen sollte eine Langzeittherapie über mehrere Jahre erfolgen.

Die Antidepressiva stellen eine chemisch sehr heterogene Medikamentengruppe dar. Die frühere Einteilung der antidepressiven Substanzen bezog sich auf ihre chemische Struktur. Man unterschied die sogenannten trizyklischen und die tetrazyklischen Antidepressiva. Beide Substanzgruppen beeinflussen unselektiv verschiedene Neurotransmittersysteme. Mittlerweile werden die Antidepressiva nach deren primären Angriffspunkt im zentralen Nervensystem eingeteilt. Es werden folgende Substanzklassen unterschieden:

Primärer Angriffspunkt im ZNS	Beispiele für Wirkstoffe
Nicht-selektive Monoaminwiederaufnahmehemmer	Bsp. Amitriptylin, Doxepin, Imipramin
Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)	Bsp. Citalopram, Escitalopram, Sertralin
Selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI)	Bsp. Reboxetin
Kombinierte Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	Venlafaxin, Duloxetin
Kombinierte selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI)	Bupropion
Noradrenerg/spezifisch serotonerges AD mit α_2 -adrenozeptorantagonistischer Wirkung (NaSSA)	Mirtazapin
Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH)	Moclobemid, Tranylcypromin
Antidepressiva mit anderen Wirkprinzipien	Bsp. Trimipramin, Agomelatin

Benkert, O. & Hippus, H. (2008). Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie (7.Aufl.). Heidelberg: Springer.

Die nicht-selektiven Monoaminwiederaufnahmehemmer haben sich auch bei älteren Menschen zwar als gut wirksam erwiesen, sind jedoch aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils (u. a. orthostatische Dysregulation mit Sturzgefahr sowie kardiale Reizleitungsstörungen) nicht mehr Medikamente der ersten Wahl.

Modernere Antidepressiva, wie beispielsweise die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), bieten hier eine günstigere Verträglichkeit. Mögliche Herzrhythmusstörungen, gelegentliche Hyponatriämien sowie auch vereinzelte Blutbildveränderungen sind jedoch zu beachten.

Als selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) wird eine Gruppe von Substanzen bezeichnet, die sowohl die Wiederaufnahme von Serotonin, als auch die Wiederaufnahme von Noradrenalin hemmen. Venlafaxin und Duloxetin sind in ihrer Wirkung stimmungsaufhellend, antriebssteigernd und angstlösend. An möglichen Nebenwirkungen können Magen-Darm-Beschwerden wie beispielsweise Übelkeit auftreten. Weiterhin kann es zu Blutdruckanstieg, zu Unruhe und zu Schlafstörungen kommen.

Der Nachweis für eine gute Wirksamkeit bei älteren Menschen mit einer depressiven Erkrankung konnte auch für Mirtazapin nachgewiesen werden. Die sedierende Wirkung von Mirtazapin kann insbesondere dann genutzt werden, wenn zusätzlich zu einer depressiven Symptomatik bei den Patienten Schlafstörungen bestehen. Auch Mirtazapin besitzt ein günstigeres Nebenwirkungsspektrum, an möglichen Nebenwirkungen sind an dieser Stelle die Müdigkeit sowie eine Gewichtszunahme zu nennen.

Antipsychotika

Unter dem Begriff Antipsychotika werden diejenigen Medikamente zusammengefasst, die bei der Behandlung psychotischer Erkrankungen eingesetzt werden.

Die Einteilung der antipsychotischen Medikamente erfolgte traditionell nach deren chemischer Struktur oder der sogenannten „neuroleptischen Potenz“. Heutzutage wird die Einteilung nach dem jeweiligen Angriffspunkt im Zentralen Nervensystem bzw. nach der Differenzierung in „typische“ und „atypische“ Antipsychotika vorgenommen.

Als „typische“ gelten die älteren Antipsychotika. Diese entfalten ihre therapeutische Wirkung überwiegend auf die sogenannten Plus-Symptome wie Wahn, Halluzinationen oder auf die psychomotorische Erregung. Diese älteren Antipsychotika erfahren weiter eine Einteilung in hoch-, mittel- bzw. niedrigpotente Antipsychotika.

Unter der Gruppe der „atypischen“ Antipsychotika werden im Allgemeinen diejenigen Substanzen verstanden, die ebenfalls eine antipsychotische Wirkung zeigen, im Vergleich zu den typischen Antipsychotika jedoch nur geringe bis fehlende Nebenwirkungen im Sinne von extrapyramidal-motorischen Symptomen zeigen. Auch die Wirkung auf die sogenannte Minus-Symptomatik wie Antriebsmangel, sozialer Rückzug oder Sprachverarmung scheint besser als bei den typischen Antipsychotika zu sein.

Die Indikationsbereiche für die Behandlung mit Antipsychotika bei älteren Menschen reichen von schizophrenen Störungen und psychotischen Symptomen bei wahnhaft depressiven Erkrankungen und Manien über Delire bis hin zu Demenzen mit psychotischen oder aggressiven Anteilen.

Gerade im Hinblick auf die späteren Demenzstadien sind bei vielen erkrankten älteren Menschen zunehmende Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten. Hierzu können u.a. die Agitiertheit, Aggressivität, nächtliche Unruhe und ein Weglaufdrang benannt werden. Diese Verhaltensauffälligkeiten führen nicht selten zu einer Heimeinweisung. Die Pflege in einem Heim führt jedoch nicht zwangsläufig zu einer Besserung der benannten Symptomatik. In der Behandlung der genannten Verhaltensauffälligkeiten werden diese mehrheitlich medikamentös mit Antipsychotika behandelt. Die Versorgungsrealität zeigt, dass die Verschreibungspraxis gerade von niedrigpotenten, sedierenden Antipsychotika im Heim höher ist als im ambulanten Rahmen.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten zuerst das Spektrum der nicht-medikamentösen Therapieoptionen ausgereizt werden sollte, bevor eine psychopharmakologische Therapie beginnt.

Nur für psychotische Symptome, Aggressivität und Agitation liegen Behandlungsdaten mit Antipsychotika vor, überwiegend für Demenzerkrankungen vom Alzheimer-Typ. Die medikamentöse

Behandlung mit Antipsychotika bei Patienten mit einer Parkinson-Demenz oder ein Lewy-Körperchen-Demenz nimmt eine Sonderstellung ein, da bei beiden Erkrankungen ein höheres Risiko für Nebenwirkungen im Sinne einer Verschlechterung der Beweglichkeit und der Vigilanz besteht. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von venösen Thromboembolien, unerwünschten zerebrovaskulären Ereignissen und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auch bei der adäquaten Dosierung von Antipsychotika bei der Behandlung von demenzkranken Patienten gegeben ist, und zwar unabhängig von der jeweiligen Substanz bzw. Substanzklasse. Weiterhin kann es zu einer Verschlechterung der Mobilität und zu einer erhöhten Sturzgefahr kommen.

Die am häufigsten bei demenzerkrankten Patienten eingesetzten hochpotenten und weniger sedierenden Antipsychotika sind Haloperidol und Risperidon. Bei den niedrigpotenten und eher sedierenden Antipsychotika sind insbesondere Melperon und Pipamperon zu nennen.

Haloperidol ist ein seit Jahrzehnten zugelassenes hochpotentes Antipsychotikum. Es entfaltet seine Wirkung hauptsächlich durch die Blockade von D2-Rezeptoren und ist bei Verhaltensstörungen im Sinne von psychomotorischen Erregungs- und Unruhe-zuständen als „Notfallmedikament“ auch weiterhin unverzichtbar. Als mögliche Nebenwirkungen sind die dosisabhängigen extrapyramidal-motorischen Störungen zu nennen. Eine mögliche orthostatische Dysregulation sowie Tachykardien sind ebenfalls zu beachten.

Risperidon gehört zu der Gruppe der atypischen Antipsychotika und ist das derzeit einzige Antipsychotikum, welches für die Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzpatienten zugelassen ist. In den Studien zeigte es eine hinreichende Evidenz in Bezug auf die Reduktion von psychotischen Symptomen, Aggressivität und Agitation.

Auch bei der medikamentösen Therapie mit Risperidon können extrapyramidal-motorische Störungen auftreten, die jedoch seltener auftreten als beispielsweise unter der Behandlung mit Haloperidol. Durch die antiadrenerge Wirkung kann es ebenfalls zu einer orthostatischen Dysregulation kommen. Auch können Prolaktinerhöhungen auftreten.

Melperon und Pipamperon weisen als niedrigpotente Antipsychotika eine geringere Häufigkeit extrapyramidalen Nebenwirkungen auf und verfügen zudem über keine anticholinergen Wirkungen. Beide Substanzen können bei psychomotorischer Unruhe, Angst- und Erregungszuständen sowie bei Schlafstörungen eingesetzt werden. Als mögliche Nebenwirkungen sind gastrointestinale Symptome wie Appetitlosigkeit, Übelkeit oder Erbrechen sowie Tachykardien oder eine Hypotension zu beachten.

Das Medikament Tiapridex, welches überwiegend sedierend wirkt, zeigt im Unterschied zu den typischen Antipsychotika ein günstigeres Nebenwirkungsprofil. Anticholinerge Nebenwirkungen oder extrapyramidal-motorische Störungen werden kaum beobachtet. Tiapridex scheint aufgrund dessen für die Behandlung von Demenzpatienten mit Verhaltensauffälligkeiten ebenfalls gut geeignet zu sein. Eine Zulassung für diese Indikation besteht jedoch nicht.

Zusammenfassung:

Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen im Alter stehen mittlerweile wirkungsvolle und verträglichere Medikamente zur Verfügung. Die psychopharmakologische Behandlung bei

älteren Menschen stellt jedoch nachwievor eine große Herausforderung dar. Die zunehmende Multimorbidität, die dadurch verbundene Gefahr einer Polypharmakotherapie sowie das damit verbundene erhöhte Risiko von Wechselwirkungen stellen den behandelnden Therapeuten vor eine große Herausforderung. Die Indikation für eine medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen im Alter ist daher streng zu stellen, die Dosierung möglichst gering zu halten und auf Einzelgaben zu beschränken und ggf. gegenüber nicht-medikamentösen Therapiealternativen abzuwägen.

Anschrift des Verfassers:

Oliver Rosenthal · Klinikum Warendorff · Zentrum für Gerontopsychiatrie · Rudolf Warendorff-Str. 22 · 31319 Sehnde · E-Mail: rosenthal@warendorff.de

Psychopharmakotherapie von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

von Eva-Maria Franck (*Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kinderkrankenhaus Auf der Bult*)

Die medikamentöse Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewann in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung und ist heute ein unerlässlicher Bestandteil in der Behandlung psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters geworden. Bis vor nicht allzu langer Zeit wurden häufig noch alte Medikamentengruppen, wie beispielsweise Haloperidol oder Pipamperon eingesetzt. Die dabei unerwünschten Nebenwirkungen, z. B. Gewichtszunahme, wurden billigend in Kauf genommen. In den letzten Jahren werden in Deutschland zunehmend modernere Wirkstoffe verwendet, die zum Teil erheblich nebenwirkungsärmer sind. Die erst allmähliche Verwendung dieser relativ neuen Wirkstoffe im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat mehrere Gründe: Zum einen sind die Erkenntnisse aus der Behandlung Erwachsener auf Kinder und Jugendliche nicht einfach übertragbar, zum anderen erfordert es aufwendige Prüfverfahren, bis Medikamente für Kinder und Jugendliche zugelassen werden. Insgesamt steht heute ein Medikamentenspektrum in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zur Verfügung, das relativ nebenwirkungsarme Behandlungsoptionen bietet.

Gleichwohl wird, wie wir aus unserer alltäglichen Arbeit wissen, die Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter häufig noch ängstlich und durchaus auch misstrauisch beäugt. Dies nicht nur von Patienten und ihren Eltern, sondern auch von fachlich versierten Mitarbeitern des Gesundheits- und Jugendhilfesystems. Einerseits, so die naive Hoffnung, möge sich der Betroffene, wenn nicht schon aus eigener Kraft, so doch wenigsten unter Inanspruchnahme des fachtherapeutischen und pädagogischen Hilfesystems von seinem Leiden befreien. Wenn dies andererseits nicht gelingt, ist der Ruf nach Medikamenten oft ganz besonders laut, nicht selten auch mit einer gewissen Resignation. Vor diesem Hintergrund spielen sich häufig ideologische Grabenkämpfe ab, die zwar praktische Konsequenzen haben, aber insgesamt wenig problemorientiert, pragmatisch und hilfreich sind.

Neben den klassischen Indikationen, beispielsweise Psychosen, Depressionen, Zwangsstörungen, die klare Indikationen für eine medikamentöse Behandlung darstellen, gibt es besonders im Jugendalter Symptomatiken, die Krankheitswert haben und die im Erwachsenenalter beispielsweise den Persönlichkeitsstörungen zugerechnet werden. In diesen Fällen kann eine psychopharmakologische Behandlung sehr hilfreich sein. Und auch bei schwer behinderten Menschen kann es besonders im Rahmen der Pubertät zu Symptombildungen kommen, wie beispielsweise aggressive und autoaggressive Verhaltensweisen, bei denen eine medikamentöse Behandlung erforderlich wird und das Wirkungsspektrum der dafür zugelassenen Medikamente nicht ausreicht. In diesem Zusammenhang kann für den Betroffenen die Verschreibung von Wirkstoffen, die beispielsweise im Erwachsenenbereich zugelassen sind, nützlich sein. Im Erwachsenenbereich werden oft Medikamente eingesetzt, die für das Jugendalter für diese Indikation nicht zugelassen sind, beispielsweise Antiepileptika oder auch Opioidantagonisten. Für diese Fälle stellt die Möglichkeit der Off-Label-Verschreibung eine Option dar. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass neben einer ausführlichen Aufklärung des Patienten und der Sorgeberechtigten über das Medikament, häufig zusätzliche ärztliche Berichte erforderlich sind, um die Kosten dafür erstattet zu bekommen. Weiterhin sind in diesem Zusammenhang auch haftungsrechtliche Fragen nicht eindeutig entschieden, denn der Hersteller haftet für alle Schäden, die bei bestimmungsgemäßem Gebrauch des Medikamentes entstehen. Gleichwohl ist die Verschreibung eines Off-Label-Präparates möglich, wenn keine andere Therapie verfügbar ist und aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass ein kurativer oder palliativer Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Dann gibt es nicht nur in Deutschland eine nicht zu unterschätzende Tendenz, Medikamente ohne Ausloten weiterer therapeutischer und pädagogischer Möglichkeiten einzusetzen. So hat, was allgemein bekannt ist, die Verschreibung von Stimulantien, die bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen eingesetzt werden, in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Die interne Analyse einer gesetzlichen Krankenkasse ergab allein eine Verschreibungszunahme bei Ritalin® (Methylphenidat) um mehr als 50 % in den Jahren von 2006 – 2010. Neben dem nicht unerheblichen Kostenaufwand der dabei erforderlich ist, kann auf dem Hintergrund anderer Erfahrungen innerhalb Europas zutreffend die Frage gestellt werden, ob die Verschreibung dieser Wirkstoffe in diesem Ausmaß wirklich notwendig ist. In Deutschland kann jeder tätige Arzt, der eine BtM-Zulassung hat, Stimulantien verschreiben. Wie wir aus unserer täglichen Arbeit in der Institutsambulanz wissen, führt dies dazu, dass nicht selten Kinder diese Medikamente erhalten, ohne dass eine sichere Indikation dafür besteht. Mehrfach wurden uns auch sehr junge Kinder notfallmäßig vorgestellt, die bereits seit längerer Zeit hohe Dosen Stimulantien erhielten, ohne dass eine Verbesserung der klinischen Situation nachvollziehbar deutlich wurde, im Gegenteil vielmehr massive Nebenwirkungen auszumachen waren.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es, wie auch im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, definierte Krankheitsbilder, bei denen Medikamente zwingend erforderlich sind. Man denke beispielsweise an Zwangsstörungen, Depressionen oder auch schizophrene Störungen, bei denen der Verzicht auf eine adäquate medikamentöse Behandlung unterlassener Hilfeleistung gleich zu setzen ist. Weiterhin gibt es reaktive Störungen, die zu situativ zwar nachvollziehbaren aber inadäquaten Reaktionen führen mit der Folge, dass sie das Leben des Betroffenen und seines Umfeldes über die Maßen beschweren. Auch in diesen Fällen können Medikamente, vorübergehend eingesetzt eine große Hilfe sein, wenngleich sie nicht kausal wirksam sind.

Grundsätzlich gilt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass die Gabe von Medikamenten nur innerhalb eines umfassenden Behandlungskonzeptes erfolgen sollte, das neben den notwendigen Verlaufskontrollen der medikamentösen Wirkungen und Nebenwirkungen, Beratung, psychotherapeutische und auch rehabilitative Maßnahmen sowie milieuorientierte Interventionen umfasst. Eine rein medikamentöse Therapie ohne flankierend installierte therapeutische und/oder pädagogische Maßnahmen ist als Kunstfehler zu betrachten und ethisch nicht vertretbar.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Eva-Maria Franck · Kinderkrankenhaus auf der Bult · Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie und Psychosomatik · Janusz-Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover

Zwangsmedikation, Problematik im Pflegeheim

von Vera Koch (*Dr. med. E. A. Wilkening Pflegeheime GmbH*)

Ich arbeite seit 30 Jahren im psychiatrischen Pflegeheim Dr. Wilkening, in den letzten 20 Jahren als Heimleiterin, also nicht mehr ganz so dicht an den Menschen, wie in meiner Fachkrafttätigkeit. In unsere Einrichtung ziehen Menschen, die aufgrund langjähriger chronischer psychischer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, in einer anderen Betreuungsform leben zu können. Zusätzlich besteht bei ihnen ein Hilfebedarf im Bereich der Hilfe zur Pflege, meist mit einer Zuordnung in eine der Pflegestufen nach dem SGB XI, (Pflegeversicherungsgesetz). Aus vielen Biographien ist ersichtlich, dass häufige Klinikeinweisungen stattgefunden haben, weil nach kurzer Zeit der Stabilisierung die Medikamente reduziert oder abgesetzt wurden. So wurde ein weiteres Rezidiv einer Psychose, oft auch mit dem Verlust von Ressourcen, hervorgerufen.

Das Thema Medikation und bei Bedarf Zwangsmedikation wird häufig in den Wohnbereichen diskutiert und findet auch Raum in Fortbildungen zu Gewalt in der Psychiatrie. Beginnen MitarbeiterInnen neu in unserer Einrichtung, sind sie oft erschrocken über die teilweise hohe Gabe von Psychopharmaka, auch weil diese Medikamente gesellschaftlich eher als Bedrohung empfunden werden. Setzen sie sich damit auseinander, stellen sie fest, dass die behandelnden Psychiater durchaus nach dem Grundsatz „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ verfahren und jede Medikation auch immer wieder überprüft wird.

In vielen Gesprächen mit BewohnerInnen und in der Angehörigengruppe wird die Gabe von Psychopharmaka thematisiert. Warum sind sie notwendig, wenn sie doch auch Nebenwirkungen verursachen? Gerade jüngere Menschen leiden darunter, dass sie nicht mehr so leistungsfähig sind, oder auch, dass sie Schwierigkeiten im Bereich der Sexualität haben.

Die Frage „Was ist Zwang?“ stellt sich in der täglichen Arbeit immer wieder. Wenn ein/e BewohnerIn sagt: „Ich will die Medikamente nicht“ und ich sie/ihn dazu überrede ist das eine Form von Zwang, auch wenn sie dann genommen werden? Es gibt nicht nur eine Antwort darauf, und wichtig ist es meines Erachtens, dass wir uns diese Frage immer wieder stellen und im Dialog mit den Betroffenen bleiben. Es gibt einige BewohnerInnen, bei denen jede Medikamentengabe mit Unmut des Betroffenen erfolgt. Medikamente werden, bis auf wenige Ausnahmen, immer von MitarbeiterInnen gestellt und verabreicht. Diese sorgen auch dafür, dass ausreichend nachgetrunken wird, und sie kontrollieren, ob die Medikamente auch tatsächlich geschluckt werden.

Bei Menschen, die über einen langen Zeitraum von stabilen Teams betreut werden, lassen sich Veränderungen, die entstehen, wenn Psychopharmaka nicht geschluckt wurden, recht schnell erkennen. Die Auffälligkeiten nehmen zu, und es geht den Betroffenen immer schlechter, weil zum Beispiel ihre bedrohlichen Stimmen sie quälen. Mit den Betroffenen und dem behandelnden Psychiater wird versucht, eine Einsicht in die Notwendigkeit und damit eine Bereitschaft zur Einnahme zu erzielen. Mehr lässt sich im Rahmen eines Pflegeheimes an Zwang nicht ausüben. Leider läuft es im Extremfall dann darauf hinaus, dass ein Betroffener in die Klinik eingewiesen werden muss.

Generell ist eine Zwangseinweisung immer eine belastende Situation in der Zusammenarbeit mit einem zu Betreuenden, weil das Vertrauen in die Zusammenarbeit einen Bruch erlebt. Das Heim soll helfen und tragen und eine Struktur geben, in der man sich wohlfühlen kann. In dieser Krisensituation kommt die Heimleiterin und sagt, dass sie die notwendigen Wege für eine Klinikbehandlung einleiten wird, weil zurzeit keine andere Möglichkeit einer angemessenen Betreuung vorhanden ist. Als Heimleitung begleite ich den Prozess einer Zwangseinweisung, weil ich es wichtig finde das betreuende Team hierbei ein wenig „herauszunehmen“. Nach Abschluss der Behandlung soll der Bewohner wieder gut in „seinen“ Wohnbereich integriert werden können.

Zur Veranschaulichung der Ausgangssituation für eine in der Klinik einzuleitende Zwangsmedikation möchte ich ein kurzes Beispiel schildern: Herr A. lebte zu dem Zeitpunkt dieser Krise schon fünf Jahre in unserer Einrichtung. Er ist 60 Jahre alt, leidet an einer psychotischen Erkrankung mit chronisch-phasenhaftem Verlauf und schizophrenen, affektiven und verwirrtheitspsychotischen Elementen. Außerdem liegen Nikotin- und Kaffeeabusus sowie leichte körperliche Einschränkungen, u. a. durch eine Herzerkrankung, vor. Die Notwendigkeit der Medikation wurde von Herrn A. immer kritisch gesehen. Bis zu dem Zeitpunkt der strikten Verweigerung hat er die Medikamente jedoch weitgehend toleriert. Nachdem Herr A. seine Medikamente komplett verweigerte, veränderte sich in den nächsten Tagen sein Verhalten zusehends. Herr A. war verbal aggressiv, reagierte mit einer deutlichen körperlichen Anspannung bis zu geballten Fäusten und der Androhung von Gewalt gegen MitbewohnerInnen oder MitarbeiterInnen. Deeskalierende Maßnahmen blieben erfolglos. Als Herr A. dann am Abend tatsächlich begann, mit Gegenständen nach Personen zu werfen, mussten die MitarbeiterInnen wegen der Fremdgefährdung die Polizei zur Unterstützung holen. Eine Einweisung gemäß § 18 NPsychKG wurde über den ärztlichen Notdienst und den ADienst der Feuerwehr in die Wege geleitet, die Polizeibeamten blieben bis zum Eintreffen des Rettungstransports vor Ort. Herr A. konnte sich unter klinischen Bedingungen auf eine auch medikamentöse Behandlung einlassen und nach zwei Wochen in unser Heim zurückkommen.

Wir erleben es häufig, dass Betroffene in der Klinik einer medikamentösen Behandlung zustimmen können. Ich selber habe es nur bei einem Bewohner erlebt, dass eine Zwangsmedikation in der Klinik über Wochen durchgeführt werden musste. Das Gericht hat in dieser Zeit regelmäßig, auch auf Anrufung des Betroffenen, diese Notwendigkeit überprüft und die Maßnahmen genehmigt.

Diese Situation hat natürlich auch bei uns im Hause die Frage aufgeworfen, ob man einem Menschen so etwas zumuten darf und ob es zurzeit nichts anderes gibt, um adäquat behandeln zu können. Letztendlich haben wir erlebt, dass erst die Zwangsmedikation eine Behandlung in der Klinik ermöglichen konnte, die dann das Weiterleben ohne die quälenden Zwangsgedanken mit ihren Auswirkungen möglich machte.

Anschrift der Verfasserin:

Vera Koch · Dr. med. E. A. Wilkening Pflegeheime GmbH · Wolfstraße 36 · 30519 Hannover

Zwangsmedikation in der Psychiatrie aus der Sicht einer Betreuungsrichterin³⁴

von Annette Loer (*Amtsgericht Hannover*)

Ärztliche Indikation und Aufgaben einer rechtlichen Betreuung oder Bevollmächtigung

Die Frage nach der Durchführung einer Zwangsmedikation ist nicht vorrangig eine juristische. Der Umgang mit behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, die aktuell nicht in der Lage sind, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen, ist in erster Linie eine medizinisch ärztliche oder therapeutische Herausforderung. Bevor im konkreten Fall nach einer juristischen Einschätzung oder Entscheidung gefragt wird, ist eine ärztliche Indikation zu stellen, und zwar allein in ärztlicher Verantwortung. Denn jede Zwangsbehandlung ist im Kern zunächst eine medizinische Behandlung, bei der die dafür geltenden allgemeinen Regeln zu beachten sind. Darüber hinaus ist bei der Zwangsmedikation zu fragen, ob eine medizinische Behandlung oder Therapie nicht nur gegen den natürlichen Willen, sondern auch unter Ausübung von Zwang überhaupt indiziert ist, um das Behandlungsziel, nämlich die Wiederherstellung der Selbstbestimmung – auch langfristig – zu erreichen.

Eine Zwangsmedikation kommt nur dann in Betracht, wenn die Patientin bzw. der Patient aktuell nicht einwilligungsfähig ist und sich der indizierten Behandlung widersetzt. Die Ärztin bzw. der Arzt muss sich zunächst davon überzeugen, dass die betroffene Person die Bedeutung und Tragweite der Behandlung bzw. deren Unterlassung trotz Aufklärung nicht versteht und der ablehnende Wille gerade auf der Erkrankung beruht. Folglich ist ihre rechtliche Vertretung im Rahmen einer rechtlichen Betreuung oder Bevollmächtigung gefragt, eine Einwilligung für die Betreute sowohl in die Behandlung als auch in die zwangsweise Durchführung zu erteilen oder zu versagen. Diese Vertretungsperson ist dann bei ihrer Entscheidung – wie bei allen Handlungen – an die Wünsche der oder des Betreuten oder deren mutmaßlichen Willen gebunden (§ 1901 Abs. 2 und 3 sowie § 1901 a Abs. 2 BGB). Die Betreuerin bzw. der Betreuer muss also fragen, wie die betreute Person sich entschieden hätte, wenn sie nicht akut wegen der Erkrankung in ihrer freien Willensbildung eingeschränkt wäre. Hilfreich für die Entscheidungsfindung ist die Abfassung einer Patientenverfügung oder einer Behandlungsvereinbarung „in guten Tagen“.

Rechtliche Grundlagen

Die Durchführung einer Zwangsmedikation stellt einen schweren Grundrechtseingriff in die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte und in das Recht auf körperliche Unversehrtheit dar. Das Grundgesetz sieht vor, dass nur eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung einen solchen Eingriff legitimieren kann. Bis 2006 war juristisch umstritten, ob das Betreuungsrecht eine Rechtsgrundlage zur Durchführung der Zwangsmedikation enthält. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit seiner grundlegenden Entscheidung im Februar 2006 festgestellt, dass § 1906 Abs. 2 Nr. 2 BGB eine solche Ermächtigung darstellt. Danach kann die betreuende Person in Ausübung der Aufgabenkreise Aufenthaltsbestimmung (oder Entscheidung über die Unterbringung) und Gesundheitsfürsorge in die Anwendung unmittelbaren körperlichen Zwanges zur Durchführung einer medizini-

³⁴ Dieser Beitrag erscheint mit Zustimmung aller Beteiligten wortgleich im Jahrbuch 2012 „Psychiatrie in Niedersachsen und im Sozialpsychiatrischen Plan 2012 der Region Hannover.“

schen Behandlung einwilligen – allerdings nur im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung. Der BGH hat in einer späteren Entscheidung klargestellt, dass die Voraussetzungen einer mit Freiheitsentzug verbundenen Unterbringung vorliegen müssen. Befindet sich die Patientin bzw. der Patient z. B. in freiwilliger stationärer Behandlung, ist für eine Zwangsmedikation rechtlich kein Raum.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung und insbesondere die Zwangsmedikation dürfen immer nur als letzte Möglichkeit (*ultima ratio*) zum Einsatz kommen. Zwangsmaßnahmen sind nur zulässig, um einen ansonsten schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Behandlungsziel ist die Wiederherstellung der Selbstbestimmung. Alle weniger einschneidenden Mittel müssen ausgeschöpft, d. h. eine weniger eingreifende Behandlung muss aussichtslos sein. Vor der Durchführung sind alternative Behandlungen anzubieten. Es müssen ernsthafte und mit dem nötigen zugewandten Zeitaufwand durchgeführte Versuche erfolgen, das Vertrauen des behandlungsbedürftigen Menschen zu gewinnen, um seine ablehnende Haltung zu verstehen und einen Konsens zu finden. Behandlung beschränkt sich nicht auf die Verordnung von Medikamenten.

Darüber hinaus ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit streng zu beachten. Der Nutzen der Behandlung muss deutlich höher sein als die durch Unterbringung und Zwang bedingten Eingriffe und Beeinträchtigungen. Eine an dem Wohl und dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person orientierte Abwägung aller Vor- und Nachteile hat zu erfolgen.

Genehmigungsverfahren und Inhalt der Genehmigung

Das Betreuungsgericht hat gem. § 1906 Abs. 2 BGB (nur) eine genehmigende Aufgabe. Das Gericht wird in der Regel erst auf Antrag der Betreuerin bzw. des Betreuers tätig, deren bzw. dessen Entscheidung ist Gegenstand der Genehmigung. Die Klinik kann die Maßnahme nicht beantragen. Die Betreuerin oder Betreuer ist für ihre Entscheidungen allein verantwortlich. Das Gericht hat zu beraten und zu kontrollieren, kann aber nur bei pflicht- oder rechtswidrigem Handeln eingreifen und Weisungen erteilen oder bei Ungeeignetheit einen Betreuerwechsel durchführen. Eine eigene Entscheidung des Gerichtes vor Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers nach § 1846 BGB dürfte nicht in Betracht kommen. Bei einer solchen akuten Eilbedürftigkeit kommt eine Anordnung nach NPsychKG in Betracht.

Das Gericht hat den Antrag in Bezug auf die oben genannten Kriterien auf ihre Schlüssigkeit zu prüfen. So kann es z. B. Nachfragen stellen zu alternativen Behandlungsmethoden oder einem Klinikwechsel. In Hannover gibt es für die Unterbringung eine sogenannte Checkliste, an der sich Betreuerinnen und Betreuer orientieren sollen, bevor sie einen Antrag beim Gericht stellen. Mangels eigener medizinischer Sachkompetenz hat das Gericht eine Ärztin als Sachverständige mit der Gutachtenerstellung zu beauftragen. Das Gutachten ist nicht durch die behandelnde ärztliche Fachkraft zu erstellen, sondern durch eine externe Person. Nur dadurch kann ein faires Verfahren sichergestellt werden. Die bzw. der Sachverständige stellt keine eigene Indikation und schlägt auch nicht die Auswahl und Dosierung der Medikation vor. Das Gutachten nimmt Stellung zur Einwilligungsfähigkeit, zu der von den Behandelnden gestellten Indikation und empfohlenen Medikation sowie zu den Vor- und Nachteilen der beabsichtigten Behandlung, evtl. auch zu möglichen Alternativen. Das Gericht bestellt eine Verfahrenspflegerin bzw. einen Verfahrenspfleger, es sei

denn, die betroffene Person hat selber einen Rechtsbeistand beauftragt (Verfahrenskostenhilfe kann beantragt werden). Es beteiligt bei Bedarf Dritte und führt eine persönliche Anhörung durch.

In der Praxis wird die Zwangsmedikation selten zeitgleich mit der Unterbringungsgenehmigung thematisiert, weil zunächst im stationären Rahmen auf eine Freiwilligkeit gesetzt werden muss. Die Zwangsmaßnahme bedeutet einen über die Unterbringung hinausgehenden Eingriff in die Rechte der Betroffenen, nämlich neben dem Freiheitsentzug nunmehr auch einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und ins Persönlichkeitsrecht. Deshalb bedarf es hierzu einer ausdrücklichen Genehmigung. Diese muss auch das Arzneimittel bzw. den Wirkstoff, die Dosis und die Verabreichungshäufigkeit präzise bezeichnen. Wenn Nebenwirkungen zu befürchten sind, sollen auch Behandlungsalternativen erörtert werden.

Ausblick auf erforderliche Gesetzesänderungen

Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011 und 12.10.2011 muss der Gesetzgeber auch in Niedersachsen neue konkrete rechtliche Grundlagen im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) schaffen. Bei Veröffentlichung dieses Beitrags wird er hoffentlich einige Schritte weiter sein, damit die Kliniken nicht mehr gezwungen sind, die Entscheidung über die Durchführung einer Zwangsmedikation allein nach strafrechtlichen Rechtfertigungsgründen ausrichten zu müssen. Zwangsmaßnahmen sind auf das geringst mögliche Maß zu reduzieren. Dazu müssen auch die Rahmenbedingungen verändert werden. Wünschenswert wäre, wenn das NPsychKG gleichzeitig für eine verbesserte Qualität des psychiatrischen Hilfesystems sorgt. Dabei sollte flächendeckend und für alle zugänglich ein Rechtsanspruch auf vorrangige andere Hilfen im Vorfeld einer krisenhaften Zuspitzung konstituiert werden. Die Freiheitsrechte der psychisch erkrankten Menschen lassen sich nur sichern, ihre Selbstbestimmung nur stärken, wenn eine abgewogene juristische Vorgabe und ihre Beachtung einerseits, die Organisation des Hilfesystems und seine Zugangsmöglichkeiten andererseits Hand in Hand gehen.

Anschrift der Verfasserin:

Annette Loer · Amtsgericht Hannover · Volgersweg 1 · 30175 Hannover
E-Mail: Annette.Loer@justiz.niedersachsen.de

Gedanken einer Angehörigen zur Medikamentenbehandlung im Rahmen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems

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

Medikamente spielen heute die Hauptrolle bei der Akutbehandlung schwerer Psychosen. Sie wirken meistens schnell und entlasten spürbar. Leider sind gerade bei hohen Dosierungen die unerwünschten Nebenwirkungen groß. Sie beeindrucken sowohl den Kranken als auch dessen Angehörige so sehr, dass sie sich tief ins Gedächtnis der Betroffenen eingraben. Besonders traumatisierend wirken sich Zwangsmaßnahmen aus. Fixierungen, zwangsweise Zuführung von Medikamenten sowie psychischer Druck erzeugen Angst, Aggression oder auch Fluchtgedanken.

Am Anfang jeder therapeutischen Maßnahme muss auch in der Psychiatrie das Bedürfnis des Erkrankten nach Veränderung seiner augenblicklichen Situation stehen. Sonst besteht kaum Hoffnung auf Erfolg. Unter Erfolg verstehe ich in diesem Zusammenhang das partnerschaftliche Gespräch zwischen Therapeut und Erkranktem. Wenn der Erkrankte dem Arzt nicht vertraut, werden die verordneten Medikamente nicht in der vereinbarten Dosierung eingenommen. Es kommt immer wieder zu Abbrüchen und schweren Krisen. Sowohl Vertrauen als auch Hoffnung auf Hilfe muss langsam aufgebaut und erhalten werden.

Medikamente führen in akuten Situationen oft zu einer raschen Entlastung. Die Auswahl und Dosierung der Medikamente hängt von der Intensität der nötigen Hilfen im häuslichen Umfeld des psychisch Schwerkranken ab. Für die Bewältigung des Alltags des Kranken muss vor allem praktische Hilfe in der Wohnung und im sozialen Umfeld des Betroffenen geleistet werden. Oft habe ich psychisch kranke Menschen sagen hören: „Mir kann doch keiner helfen“. Um helfen zu können, muss der Helfer die Lebenssituation des Hilfesuchenden kennen. Dafür sind Hausbesuche und ausführliche Gespräche mit dem Erkrankten und den Menschen in dessen persönlichem Umfeld nötig.

Je ausgeprägter die Krankheitseinsicht und je vertrauensvoller die Arzt-Patient-Beziehung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dem Kranken dauerhaft geholfen wird, d. h., dass er die schwere Aufgabe, mit psychischer Krankheit in unserer Gesellschaft zu leben, mit gelegentlichen Hilfen meistert. In den Gesprächskreisen der Angehörigen wird immer wieder auf die Problematik der mangelnden Krankheitseinsicht und der fehlenden Kooperationsbereitschaft der erkrankten Familienmitglieder hingewiesen. Gerade psychisch schwer erkrankte Menschen sträuben sich häufig, rechtzeitig zum Arzt zu gehen und dauerhaft Medikamente einzunehmen. Sie fürchten sich vor der Diagnose des Arztes, und sie bezweifeln, dass ihnen allein mit Medikamenten zu helfen ist. Liegen sie da ganz falsch? Besonders groß ist die Angst derjenigen, die bereits Zwang und Maßnahmen gegen den eigenen Willen erlebt haben.

In der Region Hannover gibt es viele sozialpsychiatrische Angebote für psychisch kranke Menschen. Die meisten sind wenig geeignet, chronisch Kranken genügend Beistand zu leisten, um über Krisen hinweg zu kommen und mit wenig Hilfe selbstständig leben zu können. Hilfe muss von dem Hilfebedürftigen auch als solche erlebt werden und sollte am besten bei ihm zu Hause erfolgen. Hilfe „mit den Händen in den Hosentaschen“ ist nicht gefragt, genauso wenig wie Hilfe,

die darauf abzielt, den Kranken aus seiner Lebenswelt heraus zu holen und in ein neues, fremdes Umfeld zu integrieren. Psychisch kranke Menschen fürchten den Verlust ihrer Autonomie genauso wie gesunde.

Psychisch krank zu sein, bedeutet für jeden Menschen und auch seine Angehörigen eine besondere Belastung und löst Kummer und Sorgen aus, ganz gleich, ob es sich um eine vorübergehende Störung oder um ein chronisches Leiden handelt. Wir erleben das in den Gesprächskreisen der Angehörigen psychisch Kranker. Immer wird darüber geklagt, dass die Angehörigen zwar für die Pflege zuständig seien, jedoch selten in die Gespräche und Überlegungen der professionell Helfenden einbezogen werden. Dieses Verhalten von vielen Ärzten und in der Psychiatrie Tätigen verhindert den Aufbau von Kompetenz seitens der Angehörigen und mindert deren Bereitschaft das kranke Familienmitglied immer wieder zu unterstützen.

Gerade in der Region Hannover gibt es zwar eine Fülle von Angeboten für psychisch kranke Menschen, aber viele werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, sondern müssen von dem Kranken selbst finanziert werden. Die Nutzung solcher Angebote kostet psychisch kranke Menschen ihr Ersparnis und bringt sie häufig in die finanzielle Abhängigkeit von Behörden. Das gilt für ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote. Auch vorübergehende Heimunterbringung führt zu großen materiellen und immateriellen Verlusten durch Wohnungsaufösungen und Beziehungsabbrüche.

In der Region Hannover haben wir einen gut arbeitenden Wochenend- und Feiertags-Krisendienst, allerdings nur für die Nachmittags- und Abendstunden. Allein das Wissen um diesen Dienst wirkt beruhigend auf die Kranken und ihre Angehörigen. Nötig ist aber nach wie vor ein rund um die Uhr arbeitender Dienst, der jeden Tag erreichbar ist. Auch ambulante psychiatrische Pflege kann fast überall in der Region Hannover in Anspruch genommen werden. Allerdings schränken die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenkassen deren Einsatz ein. Wir Angehörigen wünschen uns einen Ausbau dieses hochwillkommenen Angebotes. Die aufsuchende Pflege wird auf Dauer die wichtigste Leistung in der Sozialpsychiatrie für psychisch schwer kranke Menschen werden.

Schwere psychische Krankheit und deren Akutbehandlung lösen häufig traumatische Zustände bei den Betroffenen aus. Diese bedürfen dringend einer Behandlung. Allerdings gestaltet sich die Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten als schwierig. Entlastende Gespräche gehören – ebenso wie Pflege und Medikamente – zu den Grundbedürfnissen psychisch erkrankter Menschen. Es gibt in der Region Hannover sehr viele Anbieter, allerdings mit unzumutbar langen Wartezeiten und wenig Neigung, sich mit Schwerkranken, wie z. B. an Schizophrenie Leidenden, zu beschäftigen. Das ist ein Skandal.

Wenn ein Betroffener krankheitseinsichtig ist und sich nicht in einer akuten Krise befindet, sollten ihm in dieser Phase die geeigneten Angebote zum Training von Alltagskompetenzen gemacht werden. Bei der Suche nach einer geeigneten Tätigkeit braucht er intensive Unterstützung. In den Angehörigengruppen stellt sich immer wieder die Frage, wer diese Hilfe leistet. Auch diese Hilfe setzt voraus, dass der Helfer den zu Beratenden gut kennt und ihn möglichst dauerhaft bei seiner Suche nach Arbeit begleitet.

Unter Sozialpsychiatrie und Gemeindearbeit verstehe ich ein für die Kranken und ihre Angehörigen zugängliches System von helfenden und stützenden Maßnahmen im Alltag. Sie müssen für alle psychisch Kranken und in allen Phasen der Erkrankung verfügbar sein. Der hilfebedürftige Mensch braucht eine Vertrauensperson, die ihn bei seinem Bemühen, Information und praktische Hilfe zu bekommen, begleitet. Bisher wird diese Aufgabe kaum wahrgenommen oder den Angehörigen überlassen.

Anschrift der Verfasserin:

Rose-Marie Seelhorst · Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V. · Wedekindplatz 3 · 30161 Hannover · Mail: RM-SL@t-online.de

Das Tabu-Thema Psychopharmaka – aus der Sicht von Psychiatrie-Erfahrenen
von Christoph v. Seckendorff (*Mitglied VPE Hannover*)

Schon immer nehmen psychisch kranke Menschen ihr gesundheitliches Leiden überwiegend dadurch wahr, dass sie besonders durch die Nebenwirkungen von Psychopharmaka gesundheitliche Einschränkungen spüren. Die zahlreichen Symptome verschiedenster psychiatrischer Krankheitsbilder sind seit vielen Jahren Gegenstand umfangreicher wissenschaftlicher Forschungen. Der Handel mit symptom-unterdrückender Arznei bietet für internationale und nationale Pharmaunternehmen ein lukratives Betätigungsfeld, das durch Versorgungsverträge mit Krankenkassen begünstigt wird. Die betroffenen Patienten verlangen nach medikamentöser Unterstützung, die einerseits schwerwiegende akute Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen beseitigt, andererseits nach Beendigung des Akutzustandes eine Weiterführung des vorakuten Lebens ohne nebenwirkungsreiche Dosierungen ermöglicht.

Das Über-Unterordnungsverhältnis zwischen Arzt und Patient zeigt seine besondere hierarchische Ausprägung in der bilateralen Diskussion über Art und Höhe der medikamentösen Dosierung. Die in vielen Fällen vom Behandler einseitig gestaltete Gesprächsführung und Argumentationsweise bietet dem Patienten nicht viel Spielraum, die aufgrund der eigenen Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse über individuelle Verträglichkeit von Medikamenten vorzutragen und als Bedenken anzumelden. Die umfangreiche Literatur der Pharmazie dient dabei in vielen Fällen als Grundlage für allerdings oft berechtigtes ärztliches Entscheiden.

Das Gesundheitssystem bietet dem Krankenversicherten ärztliche und medikamentöse Hilfen auch bei Beschwerden unterschiedlichster psychischer Art an. Dafür treten die Krankenkassen in finanzielle Leistungen ein, die überwiegend von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern abgerechnet werden. Die finanziell irrwitzig erscheinende Verschreibung von hochwirksamen Medikamenten zum Preis von sechshundert Euro pro Packung erscheint vordergründig hoch unter dem Aspekt, dass nur ein kleiner Teil der Patienten in den Genuss dieses Angebotes kommt. Die Wirkstoffe in vielen Psychopharmaka sind das Ergebnis intensiver Forschungsarbeiten und betriebswirtschaftlich aus Sicht der Hersteller angeblich nicht preiswerter produzierbar. Die Gewinnspannen von Pharmafirmen, Pharmagroßhandel und Apotheken sind aber entsprechend

berücksichtigt und führen bei denjenigen, die die Arznei einnehmen müssen, nicht nur zu einem faden Beigeschmack, sondern zu einer nüchternen Selbststigmatisierung. Nicht die Arznei ist der objektive Gegenstand des Profitstrebens, sondern der Patient als eigentlich zu umwerbender Absatzkunde der Pharmaindustrie.

Die ärztliche Verschreibungspraxis psychopharmakologischer Medizin orientiert sich an rationalen, ethischen und ökonomischen Motiven. Im Akutzustand sind viele Patienten nicht in der Lage, ihre Symptome ohne medikamentöse Unterstützung selbst unter Kontrolle zu bekommen. Es ist eine Errungenschaft der modernen Medizin, Verfahren zu entwickeln, mit denen Patienten in die Lage versetzt werden können, wieder Herr ihrer Sinne zu werden. Die vor allem in der Klinik dabei oft schwer zu ertragenden Nebenwirkungen werden in Kauf genommen in der Hoffnung, eine klinisch hohe Dosierung wird zeitnah sinnvoll reduziert. Das Vertrauensverhältnis zwischen dem Behandler und dem Behandelten kann sich besonders stark entwickeln, wenn über die Beweggründe der Vergabe von bestimmter Arznei ausreichend intensiv gesprochen wird. Der Patient möchte über die Sinnhaftigkeit der Medikamentenvergabe aufgeklärt werden unter den Aspekten, möglichst wenige permanente Nebenwirkungen zu erleiden und möglichst wenig Langzeitschäden in Kauf nehmen zu müssen.

Während eines Akutzustandes ist ein Gedankenaustausch zwischen Arzt und Patient nur erschwert möglich. Umso wichtiger ist es, nach Abklingen der Akutphase eine sinnvolle Reduzierung der Dosierung zu planen. Der Übergang von der Klinik in die ambulante Behandlung stellt eine sehr große Hürde dar. Im beschützten Rahmen des Krankenhauses ist der Patient unter Beobachtung. Nach seiner Entlassung muss er sich selbst um eine weitere ärztliche Behandlung kümmern, sofern er nicht das Angebot von Tageskliniken oder Beratungsstellen oder Institutsambulanzen für sich nutzen will.

Die nach einem Klinikaufenthalt gewonnene Freiheit gestalten viele Psychiatrie-Erfahrene autonom. Einige nehmen unregelmäßig die verschriebene Dosis und bleiben bzw. werden instabil. Manche verzichten auf eine weitere ärztliche Behandlung, setzen zügig ihre Medikamente ab, erleiden bald darauf einen Rückfall und sehen sich gezwungen, erneut in die Klinik zu müssen. Andere bleiben in ärztlicher Behandlung. Ein Teil von diesen wechselt den Arzt häufig. Ein neuer Mediziner kennt die Vorgeschichte seines neuen Patienten nur aus dem Entlassungsbericht der Klinik und muss bezüglich der Medikamentendosierung experimentieren. Auch dies kann zu einer falschen Dosierung führen und einen erneuten Klinikaufenthalt provozieren.

Das Bedürfnis nach medikamentöser Unterstützung haben viele Psychiatrie-Erfahrene besonders zur Förderung ihres Schlafes. Der Schlaf ist die notwendigste Voraussetzung für die körperliche und geistige Fitness tagsüber. Mehrere Tage Schlafentzug können bei manchen eine Depression verkleinern, bei anderen jedoch ein überdrehtes, maniformes Befinden auslösen. Die Gefahren der körperlichen Abhängigkeiten von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind vielen Betroffenen bekannt. Dennoch wünschen sich nicht wenige einen ausreichenden Schlaf und ggf. die dafür notwendige pharmakologische Hilfestellung.

Der Umgang mit Psychopharmaka ist somit nicht nur die Frage des Umgangs des Patienten mit Medizin, sondern auch des Umgangs von Behandlern mit ihren Verschreibungspraktiken. Eine passgenaue Anleitung für jeden Arzt und seinen Patienten wäre generell nur für jeden Einzelfall

möglich. Zur Entlastung von vorhandenen Überforderungssituationen bezüglich der Dosisrichtigkeit, der Auftretenshäufigkeit unerwünschter Nebenwirkungen sowie der Schlafunterstützung könnte ein unabhängiges Gremium Richtlinien erarbeiten, wie beispielsweise nach einem Akutzustand die medikamentöse Einstellung des Patienten schrittweise verringert werden kann, damit der Patient hinsichtlich Nebenwirkungen und Schlaf möglichst gut dosiert wird.

Eine derartige beratende Unterstützung von Behandlern und Behandelten kann das Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen fördern und für gegenseitige Aufklärung sorgen. Diese Richtlinien zur Medikamentenreduzierung sind nicht als bloße Vorschrift zu verstehen, sondern vielmehr können sie eine Hilfestellung sein für die vielen Situationen, bei welchen sich der Arzt und der Patient persönlich kaum kennen. An der Erarbeitung der Richtlinien sollten sowohl Mediziner als auch Patienten mitwirken. Nur der Patient weiß, wie sich bei ihm die Nebenwirkungen äußern, der Arzt hat dies am eigenen Leib zumeist noch nicht gespürt.

Das Thema Psychopharmaka ist öffentlich zu debattieren. Die Vorurteile und Stigmatisierungen gegenüber psychisch kranken Menschen resultieren aus der Unwissenheit breiter Teile der Bevölkerung auch bezüglich der Wirksamkeit von Psychopharmaka. Es muss eine Selbstverständlichkeit werden, über Psychopharmaka genauso offen reden zu können wie über Herzmedikamente oder Verdauungsmedikamente.

Anschrift des Verfassers:

Christoph v. Seckendorff · Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. · Rückertstr. 17 · 30169 Hannover ·
Email: vpehannover@arcor.de

Mythos: „Psychosen sind gut behandelbar.“

von Wolfgang Bunde (*Ambulant betreutes Wohnen, Arbeiterwohlfahrt*)

Ironie des Schicksals: Neulich saß ich bei einem Klienten, den ich seit mehr als zehn Jahren kenne und betreue. Seine Diagnose lautet: paranoid halluzinatorische Psychose. Während wir miteinander sprachen, lief parallel im Fernsehen eine Arztserie auf dem Ersten. Eine Patientin war in der Unfallchirurgie gelandet, und die Ärzte meinten, sie leide unter Schizophrenie. Als sie gegen ärztlichen Rat die Klinik verlassen wollte, redete der Arzt sehr eindringlich auf sie ein und sagte: „Psychosen sind gut behandelbar!“ – Ich musste laut lachen. Warum sitze ich dann hier noch bei einem Klienten, dem die Ärzte schon vor 10 Jahren gesagt haben, er wäre „austherapiert“?! Der Satz aus dem Film ist leider keine Fehlinformation des Drehbuchschriftstellers, sondern mainstream in der psychiatrischen Versorgung – und in der Werbung der Pharmaindustrie.

Im Februar 2011 wurde unter großer Anteilnahme im Kommunalen Kino der Stadt Hannover der Film „Schnupfen im Kopf“ von Gamma Bak gezeigt. Der Film zeigt dokumentarisch das Leben und Leiden der an einer Psychose erkrankten Regisseurin. Zeitweise war sie so schwer beeinträchtigt, dass sie sich nicht mehr die Fingernägel schneiden konnte und nicht mehr schreiben konnte. Im Verlauf von 14 Jahren erlitt sie sieben akute psychotische Episoden. Je länger der Dokumentarfilm von Gamma Bak dauerte, desto unruhiger wurde ich, weil ich immer an den oben genannten Satz aus der Arztserie im Fernsehen denken musste.

Abgesehen davon, dass die Einstellung auf ein Medikament oft sehr schwierig ist und eventuell nur sehr begrenzt die psychotische Symptomatik eindämmt, hat sie auch Nebenwirkungen. Die können von starker Müdigkeit und Gewichtszunahme bis zum Verlust bzw. zur Einschränkung der Libido reichen; das rechtfertigt nicht das Wort „gut“. In der Diskussion nach dem Film stellte ich hierzu eine Frage, die Antworten darauf waren jedoch enttäuschend: Die Betroffene sagte, sie sei jetzt (!) medikamentös gut eingestellt, und es ginge ihr gut. Der Moderator, ein Arzt aus der Gemeindepsychiatrie, meinte, man sollte den Patienten nicht die Hoffnung nehmen.

Das stimmt! Aber es muss eine Abwägung zur Ehrlichkeit stattfinden. Es würde doch reichen zu sagen: „Psychosen sind behandelbar“, ohne das beschönigende „gut“, oder: „Psychosen sind oft gut behandelbar.“ Wir als psychiatrisch Tätige müssen natürlich die Hoffnung auf Besserung aufrechterhalten, aber wir dürfen auch keine falschen Hoffnungen wecken. In diesem Sinne wünsche ich mir mehr Ehrlichkeit.

Anschrift des Verfassers:

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

Regionale Psychiatrieberaterstattung

Auswertung der ärztlichen Zeugnisse gemäß § 18 NPsychKG in der Region Hannover für die Jahre 2002-2010

von Hermann Elgeti (*Sozialpsychiatrische Poliklinik List, MHH*)

Die Einweisung eines psychisch Kranken in eine psychiatrische Klinik gegen seinen Willen stellt juristisch eine Freiheitsberaubung dar; sie ist nur in eng umschriebenen Fällen und auf Grundlage eines Gesetzes möglich. Ein richterlicher Beschluss kann nach § 70 FGG im Rahmen des Betreuungsrechtes oder nach § 16 NPsychKG erfolgen. Ist das dazu notwendige Verfahren aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung des Betroffenen zu zeitaufwändig, besteht nach § 18 NPsychKG die Möglichkeit einer vorläufigen Einweisung mit dem Zeugnis eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes. Dieses Zeugnis bedarf der Bestätigung eines rund um die Uhr erreichbaren Vertreters der Ordnungsbehörde aufgrund eigener Urteilsbildung.

In der Stadt Hannover existiert schon lange ein einheitliches Formular, das nach Bildung der Region modifiziert seit 2002 auch im Umland (dem ehemaligen Landkreisgebiet) Verwendung findet. Einen Durchschlag des ärztlichen Zeugnisses mit einer Rechtsmittelbelehrung erhält der Betroffene, ein weiterer Durchschlag geht an die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi), wo die Zeugnisse jährlich ausgewertet werden. In den Sozialpsychiatrischen Plänen 2001 und 2002 wurde bereits von den Ergebnissen der Jahre 1998 bis 2000 berichtet. Da die Suchtabteilung des KRH Psychiatrie Wunstorff* bis zum Jahr 2006 in Bad Rehburg außerhalb des Regionsgebietes lokalisiert war, lagen die dort ausgestellten ärztlichen Zeugnisse in den Jahren vor 2007 nicht zur Auswertung vor, auch wenn es sich um Bewohner der Region handelte. Dadurch ergeben sich für das Einzugsgebiet des NLK Wunstorff für diesen Zeitraum falsch niedrige Zahlen.

Wie anlässlich der Vorberichte bereits betont, müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. So kann die Rate an Zwangseinweisungen durch eine gut entwickelte ambulante psychiatrische Krisenhilfe sinken, weil die Behandlung häufiger freiwillig stattfindet. Sie kann aber auch steigen, weil Notlagen ins Blickfeld kommen, die sonst ungesehen blieben. Wenn der zuständige Amtsrichter im Notfall sofort erreichbar und schnell zur Stelle ist, um die Notwendigkeit eines Unterbringungsbeschlusses zu prüfen, braucht der § 18 NPsychKG nicht angewandt zu werden.

Die Auswertung zeigt diskussionsbedürftige Unterschiede zwischen der Stadt Hannover und dem Umland, zwischen den Einzugsgebieten der vier psychiatrischen Kliniken und den elf Sektoren der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen. Eine Diskussion darüber könnte im Beratungsstellengespräch des SpDi und im Gesprächskreis der Klinikleiter erfolgen, aber auch in den Sektor-Arbeitsgemeinschaften und im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie. Ein Ziel ist es, Zwangseinweisungen allgemein möglichst zu vermeiden, besonders aber solche ohne eine richterliche Prüfung – allerdings nicht um den Preis einer Verzögerung oder Verhinderung unbedingt notwendiger und wirksamer Hilfen. Ein anderes Ziel sollte sein, dass dort, wo eine vorläufige Einweisung gemäß § 18 NPsychKG unvermeidbar ist, nur ein psychiatrisch qualifizierter Arzt das dafür erforderliche Zeugnis erstellt.

* bis September 2007: NLK Wunstorff

Die Zahl vorläufiger Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG in der Region Hannover lag in den Jahren 2002 bis 2010 zwischen 976 und 1293 pro Jahr. Darunter waren zwischen 864 und 1127 Fälle, die Personen mit Wohnsitz in der Region betrafen, das entspricht einem Wert zwischen 75 und 101 Einweisungen pro 100.000 Einwohner mit leicht ansteigender Tendenz im Berichtszeitraum. Pro Tag erfolgten durchschnittlich 2,7 bis 3,7 Einweisungen. Im Durchschnitt der neun Jahre waren es im Januar und Februar mit 2,9 Einweisungen pro Tag am wenigsten, im Juli mit 3,5 am meisten, montags waren sie relativ selten (2,7) und freitags häufig (3,6). Vormittags wurden geringe Häufigkeiten ermittelt, vermutlich bedingt durch die Erreichbarkeit von Ordnungsbehörde und Amtsgericht vormittags an den Werktagen. Danach nehmen die Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG bis in den frühen oder sogar späten Abend hinein zu, um danach bis zu einem Tiefstand am frühen Morgen abzusinken (Tabelle 1).

Tabelle 1: § 18 NPsychKG-Zeugnisse in der Region Hannover nach Tageszeit

Tageszeit	Uhrzeit	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vormittag	09-<13	99	116	95	117	112	85	126	83	89
Nachmittag	13-<17	206	234	231	257	255	248	299	274	255
früher Abend	17-<21	223	253	239	269	305	309	322	324	343
später Abend	21-<01	177	208	225	274	217	249	285	302	317
Nacht	01-<05	95	118	130	90	123	127	147	166	154
früher Morgen	05-<09	29	35	43	48	37	54	57	65	70
ohne Zeitangabe		147	113	64	56	63	75	101	69	65
Summe		976	1077	1027	1111	1112	1147	1337	1283	1293

Der § 10 NPsychKG verlangt eine psychiatrische Qualifikation für die Ärzte, die einen psychisch Kranken mit der Fragestellung einer Zwangseinweisung untersuchen. Auf dem ärztlichen Zeugnis muss das Vorliegen einer „psychiatrischen Erfahrung“ bestätigt werden, aber der eigentlich anzustrebende Standard einer aktuellen psychiatrischen Berufstätigkeit wird mangels entsprechender mobiler Notfalldienste weithin nicht eingehalten. Immerhin verfügt die Stadt Hannover seit 1998 über einen fachärztlich-psychiatrischen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) außerhalb der Praxisöffnungszeiten, und innerhalb dieser Zeiten übernimmt der SpDi der Region diese Aufgabe. Darüber hinaus gibt es an Wochenenden und Feiertagen tagsüber für das gesamte Regionsgebiet einen – allerdings nicht-ärztlichen – mobilen psychiatrisch-psycho-sozialen Krisendienst (PPKD).

Tabelle 2: § 18 NPsychKG-Zeugnisse nach Tätigkeitsfeld der Autoren

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
alle Einweisungen		975	1077	1028	1111	1112	1147	1337	1283	1293
KVN-Praxis	Psy	16%	16%	16%	14%	11%	11%	10%	11%	13%
	andere	10%	8%	8%	4%	7%	6%	8%	5%	6%
Krankenhaus	Psy	35%	35%	36%	37%	40%	40%	41%	39%	40%
	andere	20%	20%	20%	22%	21%	21%	21%	22%	23%
mobiler Notdienst	SpDi	10%	11%	10%	10%	8%	7%	7%	6%	4%
	NEF	7%	8%	8%	11%	12%	12%	11%	14%	13%
Summe psychiatr.		61%	62%	62%	61%	59%	58%	58%	56%	57%
Summe sonstige		37%	36%	36%	37%	40%	39%	40%	41%	42%
nicht zuzuordnen		2%	2%	2%	2%	1%	2%	1%	2%	2%

Die ärztlichen Zeugnisse wurden zu etwa 60% (mit leicht abnehmender Tendenz) von psychiatrisch tätigen Ärzten erstellt, überwiegend und in steigendem Ausmaß im Dienst einer der vier Kliniken für Psychiatrie in der Region Hannover (Tabelle 2). Nach ihnen sind es die Allgemeinkrankenhäuser, in denen die meisten Zeugnisse ausgestellt werden – von Ärzten, die keine Psychiater sind.

Der Anteil psychiatrisch tätiger Ärzte unter den Ausstellern ärztlicher Zeugnisse ist in den einzelnen Teilgebieten der Region unterschiedlich hoch, wenn man die Wohnadresse der Betroffenen als Kriterium nimmt (Tabelle 3). Im Umland (Sektoren 1 und 7-10) liegt der Anteil knapp unter 50%, im Stadtgebiet (Sektoren 2-6 und 11) ist er von zunächst rund 80% seit 2006 auf etwa 70% abgesunken. Im ländlich geprägten Umland wirken sich wohl die längeren Anfahrtswege und das Fehlen eines psychiatrischen Notfalldienstes der KVN nachteilig aus. Am höchsten ist der Anteil im Einzugsgebiet der MHH (Sektor 6 und 11), wo die Beratungsstellen des SpDi in die beiden Polikliniken mit Psychiatrischer Institutsambulanz integriert sind. Diese können mit ihrer besseren Personalausstattung während der Öffnungszeiten eine eigene mobile Notfallbereitschaft verfügbar halten. Hinzu kommt für die Bewohner der Sektoren 6 und 11 in psychischen Krisen der kürzere Weg zu der für sie zuständigen Psychiatrischen Klinik der MHH, die als einzige der vier Sektorkrankenhäuser im Stadtgebiet Hannovers liegt. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren im Untersuchungszeitraum aber geringer geworden.

Tabelle 3: Anteil psychiatrisch qualifizierter ärztlicher Zeugnisse nach Sektor*

Sektor	Beratungsstelle	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Ronnenberg-E.	24%	39%	31%	33%	35%	30%	41%	34%	33%
2	H-Freytagstr.	82%	80%	80%	80%	68%	75%	70%	67%	69%
3	H-Plauener Str.	84%	95%	79%	85%	76%	68%	68%	73%	60%
4	H-Deisterstr.	72%	78%	76%	70%	64%	68%	69%	66%	65%
5	H-Königstr.	75%	76%	68%	79%	60%	68%	65%	70%	68%
6	MHH-List	93%	94%	76%	85%	79%	78%	83%	94%	80%
7	Burgdorf	52%	57%	59%	55%	62%	65%	59%	65%	66%
8	Neustadt	38%	36%	31%	32%	34%	35%	33%	40%	42%
9	Laatzen	51%	46%	44%	42%	55%	44%	50%	36%	41%
10	Langenhagen	62%	52%	54%	54%	48%	48%	61%	61%	52%
11	MHH-Campus	87%	82%	91%	92%	79%	76%	81%	79%	80%
2-6,11	Stadt Hannover	81%	82%	77%	80%	69%	71%	71%	72%	69%
1,7-10	Umland	45%	46%	43%	42%	47%	46%	49%	47%	49%
1-11	Summe Region	62%	62%	60%	59%	56%	56%	58%	58%	58%

*) nur Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG für Bewohner der Region Hannover

Bemerkenswerte Ergebnisse erbringt eine Auswertung der Daten nach den Einzugsgebieten der vier psychiatrischen Kliniken (Tabelle 4). Die Häufigkeit von Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG, gemessen als bevölkerungsbezogene Einweisungsziffer, steigt in den Einzugsgebieten des Klinikum Wahrendorff und des KRH Psychiatrie Wunstorf tendenziell an. In den Einzugsgebieten der Psychiatrischen Klinik der MHH und des KRH Psychiatrie Langenhagen dagegen verharren die Einweisungsziffern bei deutlichen jährlichen Schwankungen auf einem insgesamt

niedrigeren Niveau. Das liegt offenbar nicht an der unterschiedlichen Sozialstruktur der Einzugsgebiete; denn Indikatoren wie Altenanteil, Arbeitslosenanteil und Bevölkerungsdichte sprechen eher für eine erhöhte Häufigkeit schwerer psychischer Störungen mit den entsprechenden Risiken für Zwangseinweisungen in den Einzugsgebieten der MHH und des KRH Psychiatrie Langenhagen. Bei dem Versuch einer Erklärung kommen vielmehr Unterschiede im Entwicklungsgrad der gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen in den Blick, nicht zuletzt die wohnortnahe Verfügbarkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer Dienste. Vielleicht spielen auch unterschiedliche Gewohnheiten der Kliniken in der Definition des Behandlungsstatus bei Notfalleinweisungen eine Rolle.

Tabelle 4: Strukturmerkmale und Einweisungsziffer der Einzugsgebiete

Einzugsgebiet		gesamte Region	MHH-Psychiatrie	KRH Psych. Langenhagen	Klinikum Wahrenndorff	KRH Psych. Wunstorf
2010	Einwohner	1167102	141970	246802	348568	429762
	Einw. pro ha	5,1	21,1	12,6	3,5	4,1
	Einw. ≥65 J.	20%	21%	19%	20%	21%
	Arbeitslose	6,6%	6,1%	8,0%	5,4%	6,8%
100.000 Einwohner	2002	74	83	73	80	64
	2003	80	74	77	81	78
	2004	76	71	77	82	67
	2005	83	68	79	84	82
	2006	81	84	66	94	79
	2007	85	53	77	91	89
	2008	99	75	70	125	97
	2009	96	69	79	103	103
	2010	95	69	79	108	96

Auf den Formularen der ärztlichen Zeugnisse wird auch eine diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes der Betroffenen erfragt, die nur in wenigen Fällen fehlte. Für die Auswertung wurden die Angaben den Kategorien „Psychose“, „Suchterkrankung“ oder „andere psychische Störung“ zugeordnet. Der Anteil von Zeugnissen für Patienten mit psychotischen Erkrankungen nahm im Laufe der Jahre etwas ab (von maximal 43% auf zuletzt 35%), Suchterkrankungen werden bei einem Wohnort im Umland häufiger angegeben als in der Stadt Hannover (2010: 35% gegenüber 23%).

Zusammenfassend bringt die Auswertung einige nachdenklich machende Ergebnisse. Die Zahl vorläufiger Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG für Bewohner der Region Hannover steigt in den letzten Jahren insgesamt leicht an. Die Forderung des NPsychKG nach einem psychiatrisch qualifizierten ärztlichen Zeugnis als Grundlage solcher Einweisungen wird nur unzureichend erfüllt, besonders dann, wenn Bewohner der Städte und Gemeinden im Umland Hannovers betroffen sind. Es hat den Anschein, dass weniger große Einzugsgebiete mit wohnortnaher Verfügbarkeit stationärer und ambulant-aufsuchender psychiatrischer Notfall- und Krisendienste geeignete Instrumente sind, um Zwangseinweisungen gemäß § 18 NPsychKG zu reduzieren. Besser überprüfbar ist diese Vermutung mit Hilfe der ab 2012 geplanten gemeinsamen statistischen Auswertung.

tung der Einweisungen nach § 18 und der richterlichen Beschlüsse zur Unterbringung nach den §§ 16-17 NPsychKG.

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

Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2010

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe Dokumentation*)

Sozialstruktur der Bevölkerung

Eine Großstadtregion mit ländlichen und urban hoch verdichteten Teilgebieten

Die Region Hannover ist in Niedersachsen die einzige und in Deutschland eine von insgesamt 15 Großstadtregionen. In einem bundesweiten Vergleich zwischen den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie neun weiteren Großstadtregionen umfasst die Region Hannover mit 2291 qkm bei weitem die größte Fläche; bei der Einwohnerzahl liegt sie nach Berlin, Hamburg und München an vierter Stelle³⁵. Die Bevölkerungsdichte innerhalb der Region schwankt zwischen 43,6 Einwohnern pro Hektar im Sektor 6 (BS MHH-List) und 2,5 E./ha im Sektor 7 (BS Burgdorf), im Durchschnitt beträgt sie in der Stadt Hannover 25,9 E./ha und im Umland der Region 3,1 E./ha.³⁶

Stabile Einwohnerzahlen mit sinkendem Anteil von Kindern und Jugendlichen

Im Vergleich der niedersächsischen Kommunen weist die Bevölkerung der Region Hannover eine ziemlich durchschnittliche Altersverteilung auf: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren lag Ende 2010 bei 16% (Niedersachsen: 17%) und hat seit 2006 um 2% abgenommen.³⁷ Der Anteil der Personen zwischen 18 und unter 65 Jahren beträgt 63% (Niedersachsen: 62%); Personen im Alter ab 65 Jahren machten wie im niedersächsischen Durchschnitt 21% aus. Insgesamt verzeichnete die Region in den letzten fünf Jahren ein geringfügige Zunahme ihrer Einwohnerzahl (2005: 1.128.787; 2010: 1.132.130), während die niedersächsische Bevölkerung in diesem Zeitraum insgesamt von 8,00 Mio. auf 7,92 Mio. abnahm.

³⁵ Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. www.lpk-bw.de/archiv/news2007/pdf/070803_gmk_psychiatrie_bericht_2007.pdf

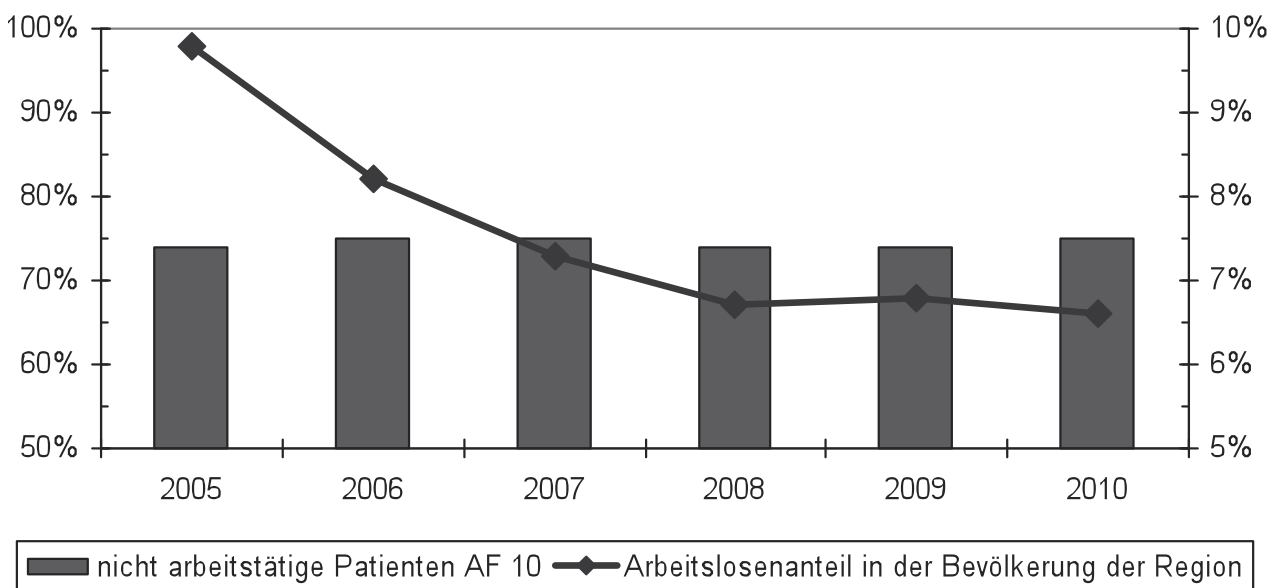
³⁶ Eigene Berechnungen nach den Daten der Landeshauptstadt (01.01.2011) und Region (31.12.2010) Hannover

³⁷ Eigene Berechnungen nach den Daten des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (jeweils 31.12. des Berichtsjahres)

Große Unterschiede innerhalb der Region beim Arbeitslosenanteil

Soziale und psychiatrische Problemlagen hängen miteinander zusammen, und neben der Bevölkerungsdichte gibt auch der Arbeitslosenanteil eines Einzugsgebiets Hinweise für einen dort erhöhten Bedarf an psychiatrischen Hilfen.³⁸ Der Anteil Arbeitsloser an den Personen im Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren lag in der Region Hannover 2010 mit 6,9% (2006: 9,7%) über dem niedersächsischen Durchschnitt von 5,8% (2006: 8,5%). Bei Längsschnittuntersuchungen mit dieser Kennzahl ist allerdings Vorsicht geboten: Änderungen der gesetzlichen Grundlagen und der Definition, wer als arbeitslos gemeldet registriert wird, können die Ergebnisse auch unabhängig von der tatsächlichen Lage verändern. In den letzten fünf Jahren ist der hohe Anteil nicht arbeitstätiger Personen unter den sozialpsychiatrisch betreuten Patienten nicht gesunken, obwohl die Arbeitslosigkeit in der Gesamtbevölkerung der Region zurückging. Das zeigt die Auswertung der Datenblätter C von Hilfsangeboten der Angebotsform 10 für Patienten zwischen 18 und unter 65 Jahren, die ihren Wohnsitz in der Region haben (Abbildung 1). Innerhalb der Region lag der Arbeitslosenanteil im Dezember 2010 zwischen 4,5% im Sektor 10 (BS Langenhagen) und 10,3% im Sektor 4 (BS Deisterstraße); im Stadtgebiet Hannovers betrug er 8,0% und im Umland der Region 5,4%. Eine genauere Analyse der Arbeitslosenzahlen in der Region Hannover nach Rechtskreisen zeigt, dass zwar die Bezieher von Arbeitslosengeld (ALG) I abnehmen, die Langzeitarbeitslosen mit Bezug von ALG II jedoch nicht.³⁹

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



³⁸ Gapski J et al. (2011): Was haben regionale Psychiatrie- und Sozialberichterstattung miteinander zu tun? In: Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (Hg.): Sozialpsychiatrischer Plan 2011 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. http://dyn2.hannover.de/data/download/RH/Ges_Soz/sozpsych/sozpsychpl2011/Sozialpsyplan_2011.pdf

³⁹ Dezernat für Soziale Infrastruktur der Region Hannover (2011): Sozialbericht der Region Hannover – Berichtsjahr 2009. Hannover (Eigen-druck); S. 53

Psychiatrische Versorgungsstruktur

Lange Tradition gemeindepsychiatrischer Reformbemühungen

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

Ausbau ambulant-teilstationärer Angebote, Heimplätze ersetzen Klinikbetten

Eine erste Studie zum Umfang der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Gesamtgebiet der Landeshauptstadt und des damaligen Landkreises Hannover führte vor fast 45 Jahren bereits Heiner Frost durch.⁴⁰ Ein Vergleich mit den seit 1998 für den SpP erhobenen Zahlen verdeutlicht, wie viele ambulante und teilstationäre Angebote neu geschaffen bzw. schrittweise ausgebaut wurden (Tabelle 1). Im stationären Bereich sank die Zahl der Klinikbetten von 1967 bis 1998 um 60% (Abnahme von 2781 auf 1101), während im selben Zeitraum fast ebenso viele psychiatrische Wohn- und Pflegeheimplätze hinzukamen (Anstieg von 230 auf 1862). Hierbei muss mitbedacht werden, dass die Heime einen bisher unbekanntem Anteil von Bewohnern aus anderen Kommunen betreuen und das KRH Psychiatrie Wunstorf sowie das Klinikum Wahrenndorff weiterhin auch außerhalb der Region Hannover Versorgungsverpflichtungen haben.

Tab. 1: Umfang einiger Hilfsangebote in der Region Hannover 1967 – 2010

Anzahl der Einwohner (in Mio.)			0,81	1,14	1,13	1,13	1,13
Angebotsform mit Code-Nummer			1967	1998	2006	2009	2010
amb.	10	amb.-aufsuchende Dienste (SpDi/PIA)	3	11	21	22	23
	12	Kontakt- und Beratungsstellen	0	9	10	11	17
	13	Plätze amb. betr. Wohnen (SGB XII)	0	291	~1000	1337*	1363*
teilstat.	20	Plätze Tagklinik Erwachsene (SGB V)	0	118	136*	221*	233*
	21	Plätze Tagklinik KJP (SGB V)	0	5	20*	21*	21*
	23	Plätze Tagesstätten (SGB XII)	0	109	187	195*	195*
	24/25	beschützte Arbeitsplätze (WfbM, RPK)	0	300	447	567	567
stat.	30	Klinikbetten Erwachsene (SGB V)	2701	1032	865*	844*	870*
	31	Klinikbetten KJP (SGB V)	80	69	98*	103*	109*
	33	Wohnheimplätze (SGB XII)	0	525	646	1398*	1398*
	34	Pflegeheimplätze(SGB XI, SGB XII)	230	1337	1228	1447	1427

*) Daten zur Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen 2006-2010; Quellen: nds. Krankenhausplan, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Region Hannover (AF 13)

⁴⁰ Frost H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. Hannover: Medizinische Hochschule (Eigendruck)

Nicht besonders viele niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten

In die Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen wurden 2010 erstmals auch Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) einbezogen. Sie geben Auskunft über die Zahl der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum niedergelassenen bzw. angestellten psychiatrischen Fachärzte und Psychotherapeuten. Die dort gemessenen Anrechnungsfaktoren entsprechen den im Angestelltenbereich üblichen Vollzeitkraft-Anteilen (VZK). Zählt man nach dieser Methode die Fachärzte für Psychiatrie, für Nervenheilkunde sowie für Neurologie und Psychiatrie (mit und ohne Psychotherapie) zusammen, ergibt sich für die Region Hannover ein Wert von 4,9 VZK pro 100.000 Einwohner.⁴¹ Der Wert liegt über dem niedersächsischen Durchschnitt (3,6), aber unter den Werten einiger größerer Städte (bis 8,8) und mancher Landkreise (bis 6,1). Auch bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die Region Hannover mit 2,4 VZK pro 100.000 Einwohner über dem Durchschnittswert für Niedersachsen (1,4); weit vorn aber rangieren die Stadt Oldenburg (6,8) und der Landkreis Göttingen (4,7). Wenn man ärztliche, psychologische sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zusammenzählt, kommt man in der Region auf 25,9 VZK pro 100.000 Einwohner, in ganz Niedersachsen sind es durchschnittlich 21,5. An der Spitze liegen hier die Städte Osnabrück (69,3), Oldenburg (46,3) und Braunschweig (40,9) sowie der Landkreis Göttingen (56,2). Selbstverständlich sagen diese Zahlen noch nicht, wie viele Menschen psychiatrisch-psychotherapeutisch im KVN-System behandelt werden, zumal Nervenärzte bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie in ihrer Praxis oft mit körperlich kranken Patienten ohne psychische Begleiterkrankung zu tun haben.

Qualitätsentwicklungskonzept

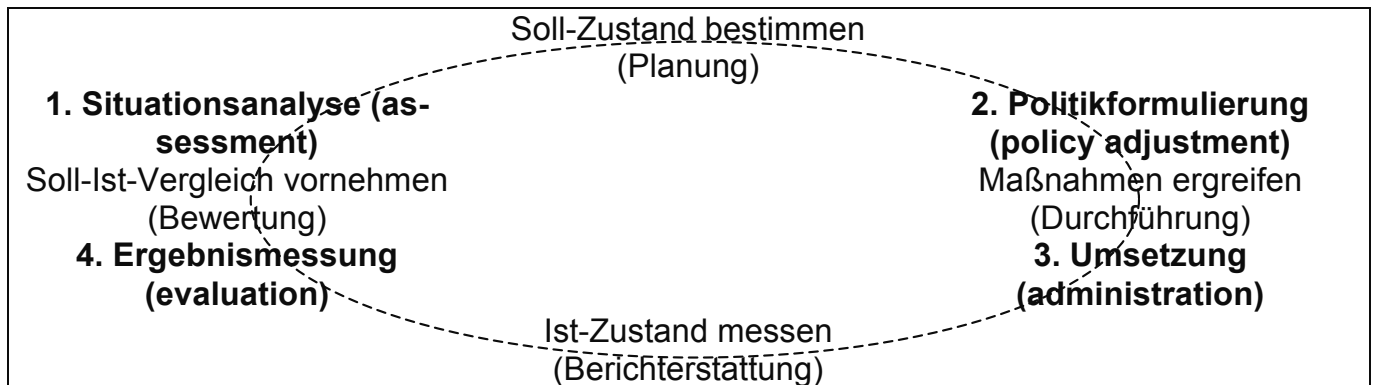
Nutzung quantitativer Daten für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Zu einer bedarfsgerechten Qualitätsentwicklung wohnortnaher Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in einer Kommune gehören regelmäßig erhobene Daten zum tatsächlichen Versorgungsangebot.⁴² Im Sinne des PDCA-Zirkels (Plan, Do, Check, Act) ist eine Datengestützte Situationsanalyse Voraussetzung für die Formulierung politischer Entscheidungen (Abbildung 2). Auch die in der Umsetzung angestrebten Ergebnisse sollten messbar sein und können dann wiederum Ausgangspunkt für eine neue Situationsanalyse sein. Ein einheitlicher Merkmalskatalog für alle Hilfsangebote mit wenigen Merkmalen, die eine Berechnung aussagekräftiger Kennzahlen erlauben, hält den Aufwand für die Erhebung und Auswertung der Daten in Grenzen. Die Kennzahlen sollten nicht nur den Zwecken einer regionalen und landesweiten Psychiatrieberichterstattung genügen, sondern auch für das interne Controlling der teilnehmenden Einrichtungsträger nutzbar sein.

⁴¹ Elgeti H (2011): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck); Anhang

⁴² Elgeti H (2003): Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen 33(1): 24-29

Abb. 2: Der Zirkelprozess von Planung, Durchführung und Überprüfung



Mehr Engagement für die Teilnahme an der Datenerhebung notwendig

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) der Region hat seit 1998 schrittweise eine regionale Psychiatrieberichterstattung nach den oben skizzierten Kriterien aufgebaut. Sie basiert auf den statistischen Jahresberichten (Datenblätter A, B, C) der Einrichtungsträger, die sich am SpV beteiligen, ergänzt um Angaben zur Sozialstruktur der Einwohner in den einzelnen Versorgungsektoren der Region. Das Datenblatt A ist seit 1998 in Gebrauch, das Datenblatt B seit 1999 und das Datenblatt C seit 2001. Die jährlichen Auswertungsberichte werden im Sozialpsychiatrischen Plan der Region Hannover veröffentlicht, das Konzept und die Ergebnisse bis 2006 sind auch in einem Buchbeitrag zusammengefasst nachlesen.⁴³ Es fällt vielen Einrichtungsträgern leider immer noch schwer, wenigstens die Datenblätter A und B bis Ende März des Folgejahres der Geschäftsstelle des SpV zuzusenden. Durch hartnäckiges Nachfassen konnten immerhin für die Berichtsjahre 2001, 2004 und 2006 einigermaßen vollständige, auf den neuesten Stand gebrachte Datensätze erhoben und ausgewertet werden.

Eröffnung von Vergleichsmöglichkeiten durch 28 definierte Kennzahlen

Alle Hilfsangebote mit vergleichbarem Leistungsspektrum werden in einer Angebotsform zusammengefasst, und alle Angebotsformen werden einer der drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer bzw. stationärer Hilfen zugeordnet. Ein EDV-Programm berechnet aus den Rohdaten insgesamt 28 Kennzahlen. 8 von ihnen beschreiben Hilfsangebote nach Angaben auf den Datenblättern A und B (K1-K8), 11 weitere kennzeichnen Patientengruppen nach den auf dem Datenblatt C abgefragten Merkmalen (K9-K19). Das sind zunächst persönliche Merkmale wie Geschlecht (K9), Altersgruppe (K10-K12) und Herkunftsregion (K17) der Patienten. Darüber hinaus lässt sich aus je vier psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen der psychosoziale Risikoscore (K14) ermitteln. Wenn die Hauptbezugsperson des betreffenden Hilfsangebots auch für die Angebots-übergreifende Fallkoordination (K18) zuständig ist, wird noch nach Versorgungskombinationen im Berichtsjahr (K19) gefragt. Auf die Größe und Sozialstruktur

⁴³ 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

der Region, ihrer Teilgebiete bzw. Sektoren beziehen sich 6 Kennzahlen (K20-K25), 3 weitere auf alle Hilfsangebote einer Angebotsform oder Leistungsart in einem Einzugsgebiet: Bezogen auf 100.000 Einwohner werden die Inanspruchnahme (K26), das Platzangebot (K27) und der Fachkräfteeinsatz (K28) berechnet.

Angebot detaillierter Ergebnisdarstellung für Einrichtungen und Fachgruppen

Bis zur Klärung datenschutzrechtlicher Bedenken sieht die Region Hannover davon ab, die automatisch erstellten Auswertungstabellen mit allen berechneten Kennzahlen – wie eigentlich geplant – im Internet allgemein zugänglich zu machen. Es besteht jedoch für Einrichtungsträger und Fachgruppen des SpV immer die Möglichkeit, detaillierte Auswertungen zu den sie jeweils betreffenden Teilbereichen anzufordern. Im persönlichen Gespräch kann man sich erläutern lassen, wie diese Daten für eine interne Qualitätsentwicklung ihrer Hilfsangebote eingesetzt werden können. Vor allem der Sozialpsychiatrische Dienst der Region hat von diesem Angebot bisher regelmäßig Gebrauch gemacht.

Teilnehmende Einrichtungen und ihre Hilfsangebote

Zu wenig Daten für Vergleiche zwischen Hilfsangeboten einer Angebotsform

Am SpV der Region Hannover waren 2010 neben einigen Berufsverbänden, Selbsthilfe-Initiativen und Gästen ohne eigene psychiatrische Dienste insgesamt 85 Einrichtungen mit 229 verschiedenen Hilfsangeboten beteiligt. Der Anteil derjenigen Hilfsangebote, die statistische Daten lieferten, lag für Angaben zum Datenblatt A bei 36% (N=83) und zum Datenblatt B bei 27% (N=61). Nur in der Angebotsform 10, wo Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) für erwachsene Patienten zusammengefasst sind, betrug der Anteil von Hilfsangeboten mit Angaben mehr als 50%. Von den 13 Beratungsstellen (BS) des SpDi und den 12 PIA der Kliniken lieferten 11 BS des SpDi und eine PIA (Sozialpsychiatrische Poliklinik List der MHH) Daten zur Anzahl der betreuten Patienten, zum Umfang und der Qualifikation des eingesetzten Personals und – nur für die PIA – zu den fallbezogenen Kosten der Betreuung. Berechnungen der Kennzahlen K1 bis K9 zu den Hilfsangeboten sind unter diesen Umständen auf der Ebene der Angebotsformen nicht aussagekräftig und wurden daher auch nicht in diesen Auswertungsbericht aufgenommen.

Patientenbezogene Daten nur für eine Minderheit der Nutzer vorhanden

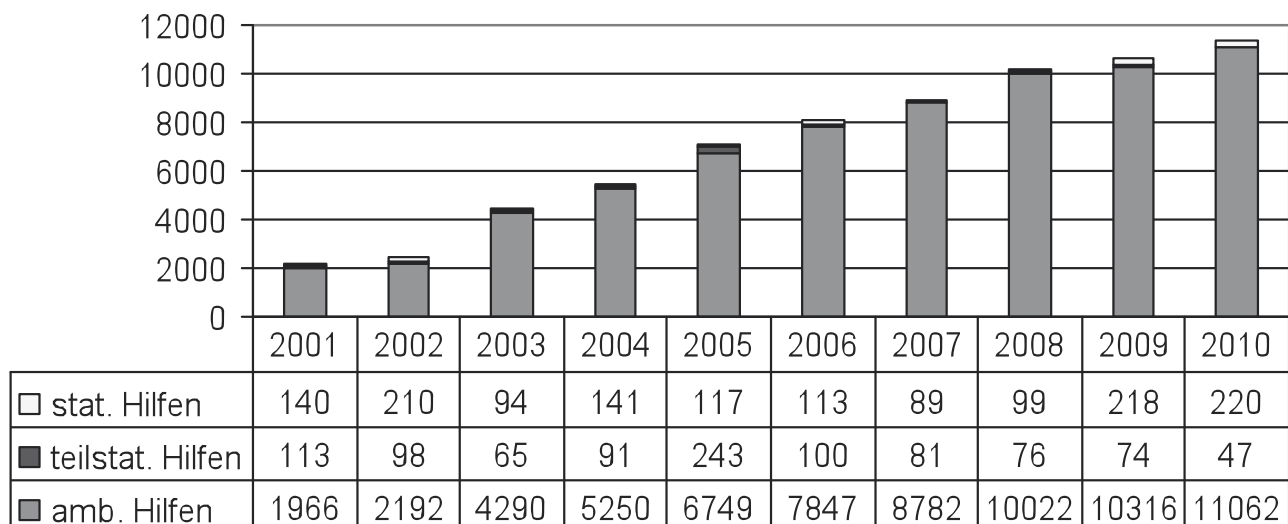
Die Gesamtzahl psychisch erkrankter Menschen, die innerhalb eines Jahres mindestens ein institutionelles psychiatrisches Hilfsangebot in der Region Hannover in Anspruch nehmen, lässt sich bisher nur ganz grob schätzen. Es dürften ungefähr 30.000 sein, die je zur Hälfte nur stationäre (Kliniken und Heime) oder u. a. auch ambulante Hilfen (SpDi, PIA, ambulant betreutes Wohnen

und ambulante psychiatrische Pflege) von Einrichtungen im SpV der Region in Anspruch nehmen. Damit wären in der regionalen Psychiatrieberichterstattung bisher erst etwa 1/3 von ihnen mit einer patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation auf Basis eines Datenblattes C erfasst. In den meisten Fällen geschah dies aufgrund eines Kontakts mit dem SpDi, der ja auch für die Planung von Eingliederungshilfen zuständig sind.

Patientengruppen-Vergleiche für einige ambulante Angebotsformen möglich

Für 31 Hilfsangebote konnten insgesamt 11.329 Datenblätter C zur anonymisierten Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden, noch einmal eine leichte Steigerung gegenüber dem Vorjahr (Abbildung 3). Ohne Berücksichtigung der 18 Kontaktstellen in AF 12 waren 2010 114 ambulante Hilfsangebote im SpV der Region registriert, von ihnen sandten 24 (21%) Datenblätter C zur Auswertung ein. Allein 8.394 Datensätze kamen vom SpDi der Region (Zentrale und 9 Beratungsstellen für Erwachsene). In AF 10 beteiligten sich daneben – lückenhaft – die beiden Polikliniken der MHH-Psychiatrie (591 Datensätze). Datenblätter C lieferten auch 5 von insgesamt 15 Suchtberatungsstellen (Sucht-BS) in der AF 16: eine Sucht-BS von der Diakonie in Hannover-Burgstraße (369), zwei von der Caritas in Hannover-Gruppenstraße (159) und Garbsen (193) sowie zwei von STEP in Hannover-Lange Laube (255) und Barsinghausen (64). Von den 27 Angeboten in der AF 13 ambulant betreutes Wohnen (abW) beteiligten sich fünf: SuPA GmbH (400), Beta89 (187), Pro Casa (51), Werte e.V. (27) und Autark (26). Weitere ambulante Hilfsangebote mit Datenblättern C waren in AF 15 die Ergotherapie der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH (36) und in AF 19 der Diakonische Betreuungsverein (314). Von den insgesamt 40 teilstationären Hilfsangeboten im SpV der Region gaben nur zwei (5%) Datenblätter C ab: die Beta89-Tagesstätte Nordstadt (32) und das tagesklinische Behandlungsprogramm der MHH-Poliklinik List (15). Von den 57 stationären Hilfsangeboten waren es fünf (9%): in der AF 37 (stationäre Hilfen gemäß SGB VIII) die Wohngruppen des Stephansstifts (59), in der AF 33 (Wohnheime gemäß § 53 SGB XII) die Frauenunterkunft Gartenstraße in Hannover (56), die beiden Charlottenhof-Wohnheime in Wunstorf (27) und Steinhude (30) sowie das Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße in Hannover (48).

Abb. 3: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C in der Region 2001 – 2010



Merkmale der betreuten Patientengruppen

Höherer Männeranteil als in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen

Trotz der genannten Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse zu den betreuten Patientengruppen der drei ausgewählten Angebotsformen (Tabelle 2). Der seit 2005 über 50% liegende Männeranteil in der AF 10 (SpDi / PIA) spricht dafür, dass sich die Arbeit in den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen stärker auf besonders gefährdete Zielgruppen konzentriert. Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten überwiegen dagegen immer deutlich die Frauen, die im Durchschnitt viel besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben und die empfohlenen Therapien durchzuhalten. Unter den in Hilfsangeboten der AF 13 (abW) betreuten Klienten ist das Übergewicht der Männer noch stärker. Hier muss aber mit berücksichtigt werden, dass der seit 2005 beteiligte Anbieter SuPA GmbH mit seinen häufig (auch) suchtkranken Nutzern in der AF 13 immer zwischen 41% und 58% aller ausgewerteten Datenblätter C zum Datenmaterial beigetragen hat. Der hohe Anteil männlicher Patienten (K9) in der AF 16 (Sucht-BS) ist angesichts des starken Übergewichts von Männern bei der Alkoholabhängigkeit keine Überraschung.

Steigender Anteil älterer Menschen unter den betreuten Patienten

Bei den Ergebnissen zur Altersverteilung (K10-K12) zeigt der absinkende Wert von K11, dass der Altersdurchschnitt der betreuten Patienten im Laufe der letzten zehn Jahre angestiegen ist. Angesichts des allgemeinen demographischen Wandels auch in der Region Hannover werden die Leistungserbringer in Zukunft verstärkt Betreuungsformen entwickeln müssen, die dem Bedarf psychisch kranker alter Menschen angepasst sind.

Tab. 2: einige Merkmale der Nutzer ambulanter Angebotsformen

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 Jahre (K12)	juristische Flankierung (K13)	psycho-soziales Risiko (K14)
SpDi / PIA (AF10)	2001	1085	48%	52%	13%	27%	21,1
	2006	6214	53%	47%	16%	39%	21,2
	2007	6927	53%	49%	15%	39%	21,3
	2008	8101	52%	48%	15%	40%	21,4
	2009	8413	52%	48%	15%	36%	21,2
	2010	8985	52%	48%	13%	36%	21,0
abW (AF 13)	2001	197	55%	60%	4%	46%	23,8
	2006	795	62%	57%	6%	57%	22,8
	2007	730	65%	54%	5%	52%	22,8
	2008	757	65%	51%	4%	54%	22,5
	2009	723	64%	53%	5%	52%	22,2
	2010	691	61%	50%	5%	56%	22,2
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	60%	53%	4%	1%	19,0
	2006	784	66%	51%	5%	1%	18,6
	2007	1024	64%	47%	7%	1%	18,9
	2008	859	61%	50%	6%	1%	18,0
	2009	872	64%	49%	3%	1%	18,2
	2010	1359	69%	48%	3%	0%	17,7

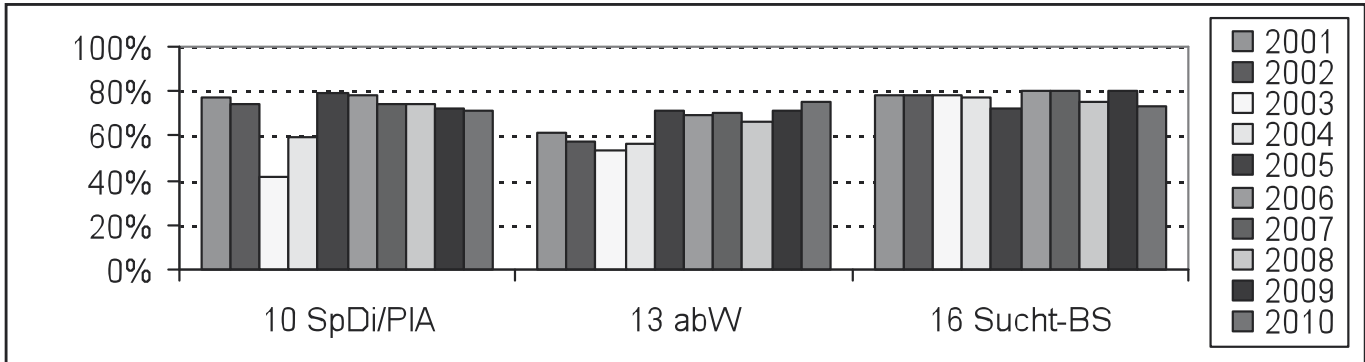
Kein Anstieg der rechtlichen Betreuungen in den letzten Jahren

Der Anteil von rechtlich betreuten Personen (K13) liegt im Sozialpsychiatrischen Dienst, der in den letzten Jahren über $\frac{3}{4}$ aller Datenblätter C lieferte, unter 40%, im ambulant betreuten Wohnen über 50%. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer Angebotsform lassen vermuten, dass es da und dort Alternativen ohne eine rechtliche Betreuung geben könnte. Bei den Nutzern der Suchtberatungsstellen spielt eine juristische Flankierung keine nennenswerte Rolle.

Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore als Qualitätsmerkmal

Längst nicht bei allen Datenblättern C kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden, und der Anteil hat zuletzt eher etwas abgenommen (Abbildung 4). Immerhin erreichen die Angebotsformen 10 und 13 seit 2005 Durchschnittswerte zwischen 66% und 79%, dem in der Angebotsform 16 seit 2001 gewohnten Standard.

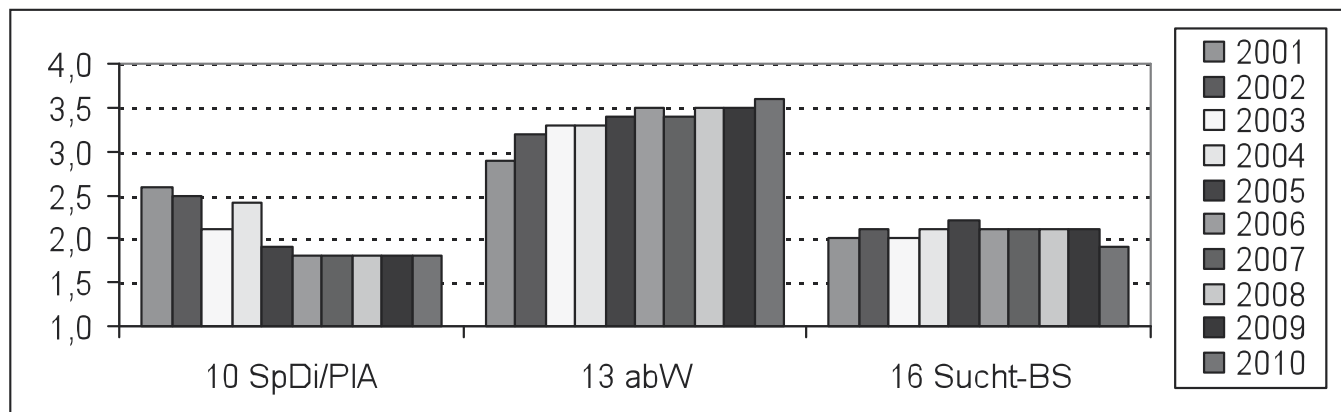
Abb. 4: Anteil Datenblätter C mit berechenbarem psychosozialen Risiko



Kontrolle des Zielgruppenbezugs der Hilfen durch psychosozialen Risikoscore

Die Durchschnittswerte des psR (K14) veranschaulichen die Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen in den drei hier untersuchten Angebotsformen. Bei den Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) ist der Durchschnittswert seit 2001 schrittweise von 23,8 auf zuletzt 22,2 abgesunken. Immer noch aber weisen die Klienten ambulanten 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.

Abb. 5: Betreuungskontinuität bei den Hilfsangeboten (K15)



Seit Jahren fast unveränderte Dauer der Betreuung im Jahr

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 bzw. psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. Kliniken ha-

ben 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 auf 3,5 Quartale, die in den darauf folgenden Jahren auf diesem hohen Niveau verblieb (Abbildung 5). Die inzwischen sehr geringe Betreuungskontinuität bei den Sozialpsychiatrischen Diensten ist darauf zurück zu führen, dass es hier zu einer Schwerpunktverlagerung von längerfristigen Betreuungen zu kurzen Kontakten im Rahmen von Kriseninterventionen, Hilfeplanverfahren und Begutachtungen gekommen ist.

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. Außerdem geht es darum, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. Spezielle Auswertungen des Datenblattes C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.⁴⁴

Ziel der regionalen Zielvereinbarung ist es, mehr Personen aus der beschriebenen Zielgruppe zu erreichen, ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität zu verbessern und dadurch eventuell auch den Anteil klinisch behandelter Patienten zu senken. Im Berichtsjahr 2010 stammten 8985 von insgesamt 11.132 abgegebenen Datenblättern C (Vorjahr: 8413 von 10611) von Hilfsangeboten der Angebotsform 10 (SpDi/PIA), das ist ein Anteil von 81%; bei den psychosekranken Männern unter 25 Jahren waren es 85% (77 von 91). In der Gesamtgruppe psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem Datenblatt C dokumentiert wurde, sind nur 3% Männer unter 25 Jahren (Tabelle 3). Ihr psychosozialer Risikoscore (K14) liegt nach den Auswertungen der letzten Jahre etwa auf dem Niveau der Gesamtgruppe. Die nicht-klinische Betreuungskontinuität (K15; angegeben in Quartalen pro Jahr) ist bei ihnen durchgehend niedriger und der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr bis 2009 deutlich höher.

⁴⁴ Elgeti H, Schlieckau L, Sueße T (2011): Qualitätsvereinbarungen mit regionalen Zielvereinbarungen – geht das? Zwischenbericht über ein Projekt in der Region Hannover. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2011. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 134-142

Tab. 3: einige Merkmale psychotischer Männer unter 25 Jahren 2005-2010

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychotische Männer <25 Jahre					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DB C	2416	2663	2696	3007	3146	3286	4%	4%	3%	3%	4%	3%
K14	22,4	22,5	22,5	22,4	22,3	22,3	22,7	22,6	22,2	22,4	22,5	22,5
K15	2,4	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0
Klinik	32%	26%	22%	20%	20%	19%	49%	37%	33%	28%	31%	22%

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 Hilfeplungsverfahren gesehen wurden. Dies erklärt den geringen Anteil alter Menschen (K12), die Häufigkeit rechtlicher Betreuungen (K13) und das hohe psychosoziale Risiko (K14) bei diesen Patienten. Die Patientengruppen der dezentralen Beratungsstellen zeigen bei einzelnen Merkmalen einige Unterschiede, die wohl eher mit den Arbeitsweisen der Teams als mit den Besonderheiten in der Sozialstruktur der Einzugsgebiete zu tun haben (Tabelle 4).

Tab. 4: Merkmale der Nutzer ambulant-aufsuchender Dienste (AF 10) 2008-2009

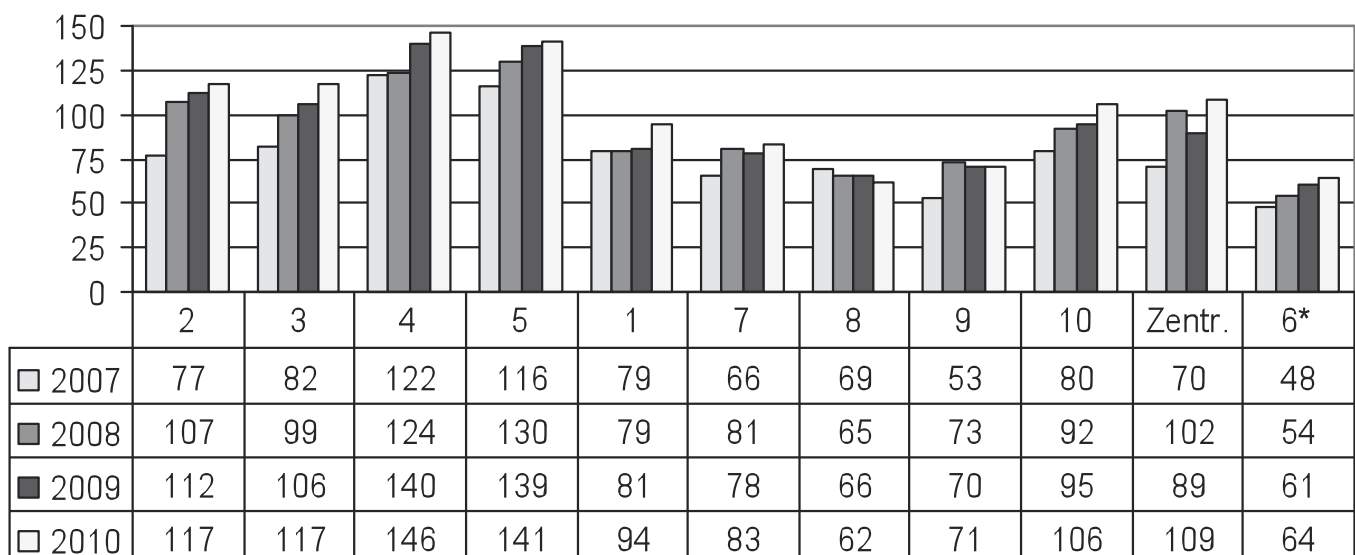
Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	jur F K13	psR K14	Kont K15
27.05	PIA KfPP I Langenhagen		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
27.06	PIA KfPP II H-Königstr.								
28.08	PIA KW Sehnde-Ilten								
28.09	PIA KW Hannover								
31.02	BS 11 MHH-Campus	2009	69	51%	47%	21%	28%	20,4	1,4
		2010	23	35%	48%	17%	22%	18,1	1,0
31.03	PIA MHH-Campus		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
31.10	BS 6 MHH-List	2009	168	39%	62%	9%	23%	18,8	1,3
		2010	106	42%	69%	9%	19%	17,8	1,2
31.11	PIA MHH-List	2009	516	42%	44%	14%	23%	20,5	3,0
		2010	462	39%	47%	12%	22%	19,9	2,9
35.07	PIA NLK Allgemeinpsych.		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
35.11	PIA NLK Suchtkranke								
35.13	PIA NLK Forensik								
39.00	SpDi Zentrale	2009	1178	59%	56%	5%	58%	22,8	1,8
		2010	1474	57%	57%	5%	60%	22,9	1,8
39.01	BS 2 Freytagstr.	2009	787	48%	48%	15%	31%	21,6	1,8
		2010	787	48%	48%	15%	29%	21,1	1,8
39.02	BS 3 Plauener Str.	2009	447	51%	45%	15%	37%	21,1	1,9
		2010	509	53%	45%	13%	38%	21,4	1,8
39.03	BS 4 Deisterstr.	2009	931	52%	54%	10%	38%	21,4	1,8
		2010	987	53%	53%	10%	39%	21,3	1,8
39.04	BS 5 Königstr.	2009	931	51%	54%	10%	36%	21,8	1,8
		2010	938	51%	54%	9%	39%	21,6	1,8
39.05	BS 1 Ronnenberg	2009	734	52%	45%	22%	30%	21,2	1,8
		2010	911	50%	46%	19%	39%	21,0	1,7
39.06	BS 7 Burgdorf	2009	689	52%	37%	22%	35%	21,3	1,6
		2010	740	53%	37%	19%	40%	21,2	1,6
39.07	BS 8 Neustadt	2009	683	56%	42%	16%	32%	20,5	1,5
		2010	683	55%	42%	17%	35%	20,7	1,4
39.08	BS 9 Laatzen	2009	531	55%	41%	21%	31%	20,3	1,8
		2010	559	55%	43%	16%	36%	20,6	1,8
39.10	BS 10 Langen- hagen	2009	749	53%	41%	21%	36%	20,2	1,8
		2010	806	55%	41%	19%	37%	19,9	1,8

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 führte die BS MHH-List als SpDi bisher vor allem Kriseninterventionen und Begutachtungen bei neuen Patienten durch. Diese wurden bei längerem Behandlungsbedarf dann in die dortige PIA MHH-List übernommen. Die in der Polikli-

nik List der MHH betreuten Patienten wurden 2010 nicht vollständig erfasst, daher die geringere Anzahl ausgewerteter Datenblätter C trotz tatsächlich angestiegener Fallzahlen. Die BS MHH-Campus, zuständig für den Sektor 11, hat sich 2006 erstmals an der Berichterstattung beteiligt. Die Zahl von 23 abgegebenen Datenblättern C für das Berichtsjahr 2010 (2009: 69; 2008: 55; 2007: 42; 2006: 26) dürfte nicht den tatsächlichen Umfang der dort geleisteten Hilfen abbilden. Für beide BS der MHH folgen aus den geschilderten Umständen niedrige Durchschnittswerte bei der Patientenzahl, dem psychosozialen Risiko (K14) und der Betreuungsdauer.

Ab 2007 wurden die seit 2005 ziemlich vollständig dokumentierten Patienten der Beratungsstellen des SpDi mit den dort eingesetzten Personalressourcen in Beziehung gesetzt. Unter Berücksichtigung der Betreuungsdauer im Jahr lässt sich die durchschnittliche Fallzahlbelastung im Quartal pro eingesetzter Vollzeit-Fachkraft berechnen (Abbildung 6). Zum Vergleich mit aufgeführt ist der Wert für die Sozialpsychiatrische Poliklinik der MHH (Sektor 6), wobei hier SpDi- und PIA-Funktion zusammen gezählt und mit den tatsächlichen Fallzahlen (nicht mit der Anzahl abgegebener Datenblätter C) berechnet wurden.

Abb. 6: Fallzahl pro Quartal und Vollzeit-Fachkraft nach SpDi-BS



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

Die Fallzahlbelastung liegt in den innerstädtischen Regions-Beratungsstellen Deisterstraße (4) und Königstraße (5) am höchsten, in den Umland-Beratungsstellen Ronnenberg-Empelde (1), Burgdorf (7), Neustadt (8) und Laatzen (9) relativ am niedrigsten. Die Ergebnisse für die Berichtsjahre 2007 bis 2010 zeigen für die stadthannoverschen Sektoren 2 bis 5 und den Sektor 10 (Langenhagen) einen Besorgnis erregenden Anstieg der Arbeitsbelastung in der Einzelfallhilfe, der auch landesweit festzustellen ist.⁴⁵

45 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)

Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

Wie im Vorjahr auch hielten 2010 25 Einrichtungsträger insgesamt 27 Angebote im ambulant betreuten Wohnen (abW) vor; nur fünf von ihnen (2009: 7) beteiligten sich an der Datenerhebung mit dem Datenblatt C (Tabelle 5). Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung der Nutzer. Bemerkenswert sind die Unterschiede beim Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13), die sich nicht gleichsinnig zur Höhe des durchschnittlichen psychosozialen Risikos (K14) verhalten. Zur Klärung dieser Differenzen wäre ein Austausch unter den Mitarbeitern der Angebote in der Fachgruppe „soziale Eingliederung“ hilfreich.

Tab. 5: Hilfsangebote und ihre Nutzer im abW 2009-2010

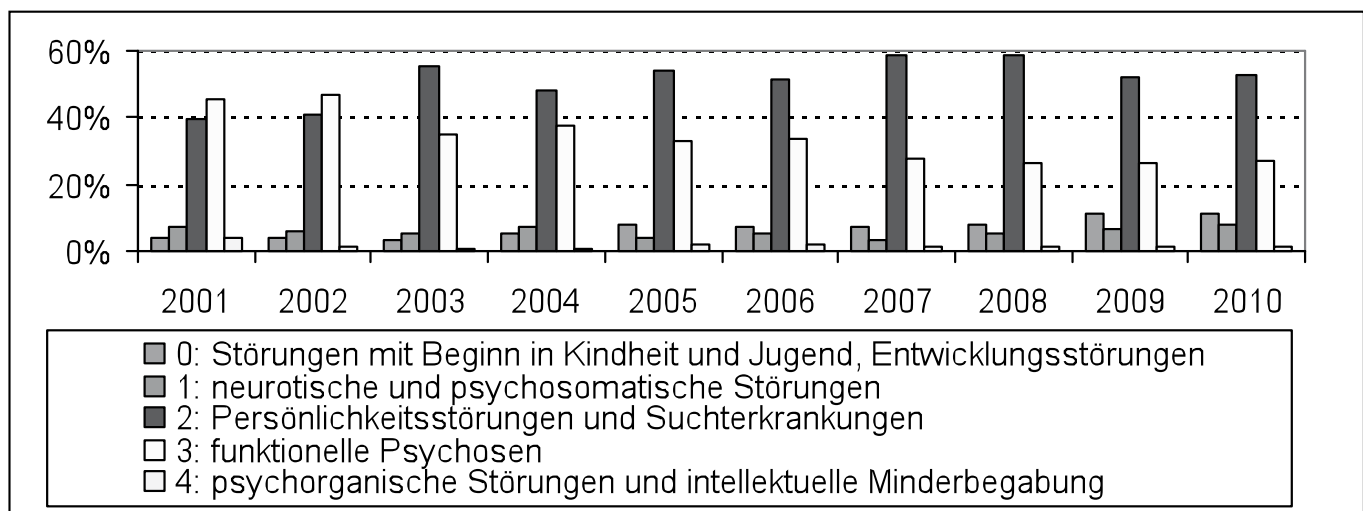
Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15							
				Männer	<45 J	≥65 J	jur. Fl.	psR	Kont							
04.04	AWO		<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
07.02	beta 89	2009	189	47%	56%	3%	51%	22,2	3,4							
		2010	187	42%	55%	4%	56%	22,6	3,4							
13.03	Wedemark		<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
15.03	Ex&Job															
16.01	FIPS															
17.00	Pro Casa															
17.00	Pro Casa	2009	46	52%	59%	2%	69%	21,6	3,3							
		2010	51	50%	57%	6%	67%	22,0	3,5							
69.01	SPZ Am Seelberg		<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
20.02	Hann. Werkstätten															
21.00	Wohnnetzassistenz	2009	12	58%	50%	8%	75%	22,8	3,2							
		2010	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
28.20	Klinikum Warendorff		<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
30.00	Landwehrpark	2009								19	68%	67%	0%	90%	22,5	3,5
		2010														
36.04	PfH Wilkening															
43.02	Verein z. F. s. Beh.		<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
44.00	Verein z. F. soz. Bez.															
50.00	SuPA GmbH	2009	400	75%	48%	7%	51%	22,4	3,7							
		2010	369	72%	46%	5%	57%	22,2	3,6							
51.00	Perspektiven GbR		<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>													
52.01	Heuberg GmbH															
53.00	autark Ambulant betreutes Wohnen	2009	23	48%	44%	13%	30%	22,2	3,3							
		2010	26	58%	48%	8%	23%	20,7	3,3							
56.00	Werte e.V.	2009	34	47%	74%	0%	41%	19,8	3,1							
		2010	27	48%	63%	0%	41%	20,4	3,6							
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															

In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im abW verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen gemäß dem im Hilfeplanverfahren individuell festgestellten Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung, so dass andernorts übliche lange Wartezeiten vermieden werden. Seit dem Berichtsjahr 2001 hat sich bei ständig steigender Inanspruchnahme der Anteil von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (Scorewerte von 26-32) insgesamt deutlich vermindert (Tabelle 6). 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 – bisher einmalig – die Auswertung für das Berichtsjahr 2004 ergab.

Tab. 6: Betreuungskontinuität im abW nach Risikoscore 2001-2010

Risikoscore	Anzahl	Verteilung psychosoziales Risiko				Betreuungskontinuität (Quartale)			
		7-13	14-19	20-25	26-32	7-13	14-19	20-25	26-32
2001	197		6%	67%	28%		2,4	3,2	2,8
2002	415		10%	69%	22%		3,3	3,4	3,4
2003	504		9%	69%	22%		2,8	3,4	3,4
2004	632		10%	73%	18%		3,1	3,4	3,5
2005	645		14%	73%	13%		3,3	3,5	3,3
2006	795		14%	69%	17%		3,4	3,5	3,5
2007	728		8%	75%	14%		3,7	3,5	3,4
2008	757		14%	74%	12%		3,6	3,6	3,4
2009	723		15%	77%	9%		3,6	3,6	3,5
2010	691	0,2%	15%	77%	8%	4,0	3,6	3,6	3,7

Abb. 7: Verteilung der Erstdiagnosen (K16) bei abW-Klienten 2001-2010



Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW zeigt seit 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 7). Bei diesen

Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil aller Datenblätter C dieser Angebotsform vom Anbieter SuPA GmbH kommt. Erstdiagnosen aus dem Bereich der neurotischen und psychosomatischen Störungen spielen traditionell in der Region Hannover eine geringe Rolle, psychoorganische Störungen und intellektuelle Minderbegabungen werden als Erstdiagnose kaum einmal angegeben.

Für die Berichtsjahre ab 2008 gibt es für die Anzahl belegter Plätze im abW erstmals Vergleichsmöglichkeiten mit anderen niedersächsischen Kommunen; 2008 meldeten 64%, 2009 51% und 2010 61% aller Kommunen entsprechende Daten. Bei den Auswertungen zeigte sich, dass die Inanspruchnahme in der Region Hannover etwa dem Landesdurchschnitt entspricht, obwohl von der hohen Siedlungsdichte in der Region Hannover überdurchschnittliche Werte zu erwarten wären (Tabelle 7).⁴⁶

Tab. 7: Inanspruchnahmeziffer im abW für die Region und Niedersachsen

Einw./ha	Region	Land	Differenzierung der Kommunen nach Siedlungsdichte			
			<1,0	1,0-<2,0	2,0-<3,0	≥3,0
2008	97	91	71	79	49*	143
2009	118	126	70	84	181	190
2010	120	113	69	81	184	144

*) Daten aus nur 2 von 4 Kommunen

Merkmale der Nutzer der übrigen teilnehmenden Hilfsangebote

Wenigstens kurz sollen hier noch die Ergebnisse für die übrigen Hilfsangebote, die sich für das Berichtsjahr 2010 an der anonymisierten Patientenbezogenen Datenerhebung mit dem Datenblatt C beteiligt haben, dargestellt werden (Tabelle 8). An der Datenerhebung beteiligen sich schon länger die therapeutischen Wohngruppen des Stephansstifts für Kinder und Jugendliche (41.01), der Diakonische Betreuungsverein (46.00), die Tagesstätte Engelbosteler Damm von Beta89 (07.05) sowie die ambulante Ergotherapie (31.12) und das tagesklinische Behandlungsprogramm (31.09) der MHH-Poliklinik List. 2009 sind das sozialpsychiatrische Wohnheim der Frauenunterkunft der Inneren Mission (77.01), die Wohnheime des Charlottenhofs in Wunstorf (57.01) und Steinhude (57.02) hinzugekommen, 2010 das therapeutische Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße (82.00).

Der Diakonische Betreuungsverein erlaubt dank seiner umfänglichen Datenerhebung seit dem Berichtsjahr 2008 einen statistischen Blick auf die Menschen, für die eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Bei 75% (2009: 65%; 2008: 69%) von ihnen 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.

⁴⁶ Elgeti H (2011): Tabellen zur Sozialstruktur der Kommunen und zu den dort vorgehaltenen Hilfsangeboten. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck)

Ein Ergebnisvergleich für die Angebotsform 33 (stationäre Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII) dokumentiert die Unterschiede in der Ausrichtung der Wohnheime: In der Ferdinand-Wallbrecht-Straße werden hauptsächlich jüngere Männer betreut, in der Frauenunterkunft Gartenstraße ausschließlich Frauen (meist ältere). Der Charlottenhof betreut kaum Menschen unter 45 Jahren, im Haus Steinhude sind es vor allem Männer, im Haus Wunstorf etwa gleich viele Männer wie Frauen. Beim psychosozialen Risikoscore der Bewohner liegt der Durchschnittswert für das Haus Steinhude unter denen der drei anderen Heime.

Tab. 8: Merkmale der Nutzer weiterer Hilfsangebote 2009-2010

Code	Kurzbezeichnung	AF	Jahr	Zahl DbC	Män. K9	<45 J K11	≥65 J. K12	jur FI K13	psR K14	Kont K15
07.05	Beta89 Tagesstätte Engelbost. Damm	23	2009	34	53%	59%	0%	49%	22,7	2,8
			2010	32	50%	56%	0%	66%	23,6	3,0
31.09	MHH Poliklinik List TK-Beh.-Programm	20	2009	40	43%	70%	0%	15%	21,6	50
			2010	15	33%	73%	0%	33%	23,1	92
31.12	MHH Poliklinik List amb. Ergotherapie	15	2009	31	47%	65%	0%	27%	21,1	1,9
			2010	36	42%	72%	6%	17%	20,8	1,8
41.01	Stephansstift WG f. Kinder/Jugendliche	33	2009	76	36%	97%	0%	18%	22,7	3,1
			2010	59%	36%	100%	0%	20%	24,6	2,9
46.00	Diakonischer Be- treuungsverein	19	2009	277	62%	35%	35%	100%	19,8	3,3
			2010	314	64%	34%	30%	100%	20,5	3,2
57.01	Charl.-H. Wunstorf	33	2009	32	53%	13%	34%	87%	25,5	?
			2010	27	52%	11%	41%	100%	25,3	?
57.02	Charl.-H. Steinhude	33	2009	32	63%	13%	9%	94%	25,5	?
			2010	30	70%	3%	30%	97%	23,3	?
77.01	FU WH Gartenstr.	33	2009	52	0%	31%	19%	80%	22,8	?
			2010	56	0%	25%	18%	80%	25,2	?
82.00	WH Ferd-Wallbr-Str	33	2010	48	71%	42%	2%	65%	24,9	3,6

Eine vergleichende Analyse der Auswertungsergebnisse der regionalen Psychiatrieerberichterstattung soll die Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke unterstützen. Wichtig dafür ist, dass die Einrichtungsträger einigermaßen vollständig die Patienten dokumentieren, die ihre Hilfe in Anspruch genommen haben. Hier sind weitere Anstrengungen nötig. Politik und Kostenträger sind aufgerufen, wirksame Anreizsysteme für die Leistungserbringer zu schaffen, damit diese sich an der Datenerhebung beteiligen. Andererseits braucht es auf allen Seiten auch ein Interesse, die Auswertungsergebnisse vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität vor Ort regelmäßig und kritisch miteinander zu diskutieren mit dem Ziel, sie für eine Qualitätsentwicklung der Hilfen nutzbar zu machen.

Anschrift des Verfassers:

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

Zielvereinbarungen

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

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

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

Zum Stand der Umsetzung der obengenannten Zielvereinbarung wird hier nochmals die Ausführung von Herrn Dr. Sueße aus dem Einleitungsartikel wiedergegeben.

„In der Region Hannover läuft in den psychiatrischen Kliniken im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2012 die schon im letzten Jahr angekündigte Befragung von jungen Männern unter 25 Jahren mit einer funktionellen Psychose. Befragt werden die Betroffenen von Klinikmitarbeitern zu ihren Wünschen bezüglich ihrer augenblicklichen stationären Behandlung, einer evtl. ambulanten Nachsorge und ihren persönlichen Zielsetzungen außerhalb der medizinisch-psychiatrischen Behandlung. Die anonymisierten Fragebogen werden 2013 zentral vom Sozialpsychiatrischen Dienst ausgewertet, um dadurch möglicherweise nützliche Hinweise auf die tatsächlichen Anliegen und Erwartungen dieser Klientel zu erhalten. Die Ethik-Kommission der MHH hat den Fragebogen 2011 auf seine Unbedenklichkeit überprüft.“

Anschrift des Verfassers:

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

Bericht der Fachsteuerung Hilfekonferenzen

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

Die in den Berichten der letzten Jahre wiederholt beschriebene Situation in der ambulant – psychiatrischen Versorgung (fehlende Angebotsteuerung insbesondere im ambulant betreuten Wohnen – strukturelle Auswirkungen der bestehenden „Marktsituation“ auf die Qualität der Klientenversorgung und auf die zunehmende Rolle des Hilfekonferenzverfahrens als einziges, faktisch wirksames „Kontrollinstrument“) hatte die Fachsteuerung 2010 dazu veranlasst, die Teilnahme von Anbietern bei Erstkonferenzen zu limitieren.

Dieser, als „Steuerungsmaßnahme“ auf der Einzelfallebene gedachte „Notbehelf“ (s. SSP 2011) hat intensive Diskussionen ausgelöst und u. a. dazu geführt, dass in der FG soziale Wiedereingliederung des Verbundes die strukturelle Grundproblematik noch einmal ausführlich thematisiert wurde.

Im Ergebnis kann man sagen, dass über diese Auseinandersetzung und die daraus entstandene Diskussion bei allen Beteiligten das Problembewusstsein gewachsen ist und inzwischen von einer deutlich gestiegenen Bereitschaft, das Thema konstruktiv anzugehen, ausgegangen werden kann.

So wurde in der Fachgruppe entschieden, eine gemeinsame „Arbeitsgruppe Qualität“ ins Leben zu rufen, an der sowohl Anbietersvertreter als auch Mitarbeiter der Region Hannover teilnehmen (Team Entgeltvereinbarungen, Team Steuerung/Fachaufsicht, Sozialpsychiatrischer Dienst). Ziel dieser Gruppe ist die Entwicklung von Qualitätskriterien für den Bereich des amb. betr. Wohnens, als Grundlage für Leistungsvereinbarungen.

Diese Gremium hat im vergangenen Jahr mehrfach getagt und hat sich, über die Konsensbereitschaft und die damit verbundene konstruktive Atmosphäre, aus hiesiger Sicht zu einem derzeit hoch wirksamen Instrument der qualitativen Weiterentwicklung im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung entwickelt.

Mittlerweile werden in diesem Rahmen bereits auch weitere „Baustellen“ ins Visier genommen (z.B. die Standardisierung von Entwicklungsberichten).

Die Fachsteuerung begrüßt diese Entwicklung und sieht sich im Nachhinein darin bestätigt, auf die strukturelle Fehlentwicklung im Bereich des amb. betr. Wohnens deutlich und wiederholt hingewiesen zu haben.

Insgesamt hat sich der Eindruck im zurückliegenden Jahr verstärkt, dass von einer Akzeptanz des Hilfeforenzverfahrens als personenzentriertem Gestaltungsinstrument in der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte ausgegangen werden kann.

Die zentrale Organisationsform über die Fachsteuerung zeigt dabei klare, inhaltliche Vorteile (neutrale fachliche Draufsicht durch „Spezialisierung“, Verfahrensangleichung, Benchmarking bzgl. Durchführungsstandards, bisher keine Sozialgerichtsverfahren auf Grund des Konsenskonzeptes mit „Clearingmöglichkeit“, umfassender Informationspool bzgl. des regions-, bzw. bei speziellen Krankheitsbildern landes- oder bundesweiten Angebotsspektrums).

Die Fachsteuerung wird von den Akteuren der psychiatrischen Versorgung unserer Beobachtung nach inzwischen gerne als Informationsquelle genutzt.

Aus hiesiger Sicht optimiert diese Struktur die Option auf eine „vernünftige“, bedarfsgerechte d. h. personenzentrierte Hilfeplanung im Einzelfall und erhöht über das Konsensmodell die Wirksamkeit von Maßnahmen.

Schwierig sind allerdings weiterhin die Wartezeiten auf Erstkonferenztermine bei der Fachsteuerung.

Die im letzten Bericht beschriebenen Auswirkungen der strukturelle Grundproblematik („Marktsituation“, gestiegenen Antragszahlen, Zunahme unspezifischer Diagnosen, teilweise im Einzelfall auffällige qualitative Fehlentwicklungen) ist natürlich, trotz der oben beschriebenen pos. Entwicklung, nicht verschwunden, sondern wirkt sich nach wie vor praktisch aus.

Die Fachsteuerung ist damit in besonderem Maße, auch als „Kontrollinstrument“ gefordert, d. h. zeitaufwändige, fachliche Betrachtungen, bzw. Interventionen, teilweise auch in der Hilfeplanfortschreibung, sind notwendig.

Im zurückliegenden Jahr hat es bei der Region Hannover umfangreiche Überlegungen zur teamübergreifenden Neustrukturierung der Eingliederungshilfe gegeben, die Entscheidung über ein Ergebnis steht noch aus.

Von Seiten der Fachsteuerung besteht die Hoffnung, dass jede denkbare Form einer Neustrukturierung psychiatrische Fachaspekte berücksichtigt und auf den gewachsenen, und aus hiesiger Sicht inzwischen weitgehend akzeptierten und gut funktionierenden örtlichen Bedingungen aufbaut.

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 Oliver Weidner (*Sprecher der Fachgruppe*)

1. Rahmen der Fachgruppe

Unverändert seit 2001 arbeitet die Fachgruppe im Sozialpsychiatrischen Verbund und trifft sich vierteljährlich rotierend durch die Einrichtungen, die an der Fachgruppe teilnehmen. Der Sprecherkreis ist bemüht, stets aktuelle Themen aus den Bereichen des allgemeinen Arbeitslebens und der Rehabilitation aufzugreifen um beispielsweise Tendenzen der Arbeitsmärkte oder neuste Erkenntnisse bzgl. der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen für die Arbeit der einzelnen Einrichtungen nutzbar machen zu können.

2. Bearbeitete Themen der Fachgruppe des Jahres 2011

- Brückenschlag zwischen Berufsbildungswerk und Ergotherapie
Die Ergotherapie des BBW Annastift in Person von Frau Hake und Frau Loos berichtete über ihre Arbeit im Haus, die unter anderem aus der Versorgung der Arbeitsplätze und der dort tätigen Menschen mit Hilfsmitteln und Arbeitshilfen besteht.
- Dr. Björn Schilter, Oberarzt der KRH Psychiatrie Langenhagen referiert zum Thema „Aspekte der Behandlung junger psychiatrischer Patienten in der Arbeitstherapie und in der Rehabilitation“. Diesem Treffen ging die Frage voraus, in wie weit die Behandlung junger Menschen (U25) mit der Diagnose Depression in besonderer Form Problemstellungen auf Grund des Alters und der Lebenssituation der Klientel berücksichtigen muss. Im Rahmen der anschließenden Diskussion wurden mehrere altersspezifische Gegebenheiten identifiziert, die einer besonderen Berücksichtigung durch das Therapiekonzept bedürfen. Diese waren unter anderem:
 - a. Spannungsfeld Beginnendes Autonomiebestreben des Klienten vs. therapierrelevanter Vorgaben Seitens des Behandlers
 - b. Diskrepanz zwischen Alter und Entwicklungsstand auf Grund (früh-) kindlicher oder juveniler Entwicklungsbeschränkungen
- Im Rahmen der medialen Debatte zur Integrations(un)willigkeit von Migranten in Deutschland kam in der Fachgruppe die Frage auf, in wie der postulierten Verweigerung dieser Bevölkerungsgruppe mit Angeboten vor allem für psychisch erkrankte Migranten begegnet wird. Hierzu referierte Herr Ali Türk, Geschäftsführer des Instituts für transkulturelle Betreuung e.V. über die beruflichen Integrations- bzw. Versorgungsmöglichkeiten für Migranten in der Region Hannover.

3. Themenausblick auf das Jahr 2012

Neben der auch weiterhin stattfindenden Bearbeitung aktueller Themen und Fragestellungen wird sich die Fachgruppe im kommenden Jahr mit einer möglichen Neuauflage der Fachtagung

„Arbeit und Psyche – Psyche und Arbeit“ befassen. Die Wiederholung der Veranstaltung aus dem Jahre 2009 wurde bei der Teilnehmerbefragung mit großer Mehrheit gewünscht.

Anschrift des Verfassers:

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

**Bericht der Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ für den
Zeitraum Juli 2010 bis Juni 2011**

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 neun 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.

Schwerpunkte der Arbeit waren neben der aufwändigen Sorge für den jährlich erscheinenden Sozialpsychiatrischen Plan eine gemeinsam mit Herrn Gapski (Sozialplanung der Region Hannover) durchgeführte Studie zu Berührungspunkten zwischen Sozial- und Psychiatrieberichterstattung. Über die Ergebnisse wurde im Sozialpsychiatrischen Plan 2011, im Sozialbericht der Region (Berichtsjahr 2009) und im Jahrbuch 2011 „Psychiatrie in Niedersachsen“ berichtet. Außerdem wurden Probleme der Fallzahlausweitung und der Qualität der Leistungserbringung im ambulant betreuten Wohnen gemäß § 53 SGB XII diskutiert. Schließlich ging es noch um die Frage, wie man zu einer breiteren Beteiligung an der anonymisierten patientenbezogenen Berichterstattung (Datenblatt C) kommen kann, um eine systematische Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Hilfen in der Region zu unterstützen.

Anschrift des Verfassers:

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

Fachgruppe“ Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die 2003 etablierte Fachgruppe war 2011 schwerpunktmäßig mit den Themen Gewaltprävention bei Obdachlosigkeit, der Arbeit der Forensischen Institutsambulanzen sowie dem Therapieunterbringungsgesetz und den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichtes zur Sicherungsverwahrung und zur medikamentösen Zwangsbehandlung befasst.

Wie in den Vorjahren trafen sich im Turnus von 2-3 Monaten 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, eine Richterin des Betreuungsgerichtes und die Bewährungshilfe. Der Psychiatriekoordinator und themenbezogen auch der Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover waren einbezogen.

Auch 2011 wurden regelmäßig Kasuistiken von Patienten aus dem allgemeinen Versorgungssystem vorgestellt, bei denen sich Fremdgefährdungsrisiken unterhalb der Schwelle strafrechtlich bzw. forensisch relevanter Tatbestände abbildeten. Der bereits bewährten Praxis folgend konnten in einer offenen und respektvollen Atmosphäre unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Blickwinkel der beteiligten Professionellen lösungsorientierte Handlungsstrategien entwickelt werden. Die in der Fachgruppe bereits 2009 entwickelten Arbeitshilfen können zur Früherkennung von Risikopatienten beitragen,

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

In Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit wurde die Diskussion zum Thema Gewaltprävention bei Wohnungslosigkeit fortgeführt. Eine Befragung der Forensischen Kliniken in Wunstorf und Bad Rehburg sowie der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bestätigt ungeachtet methodischer Probleme der Quantifizierung grundsätzliche Zusammenhänge zwischen psychischer Störung, Wohnungslosigkeit und Gewaltdelinquenz bzw. gewalttätigen Zwischenfällen.

Die Fachgruppen begrüßen das Engagement des Klinikum Wahrendorff in der Versorgung psychisch Kranker in den Obdachloseneinrichtungen. Gleichwohl erscheint mittelfristig eine Verteilung auf mehreren Schultern wünschenswert. Die Fachgruppen bereiten eine Resolution vor, in der eine bessere Vernetzung zwischen den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und der Sozialpsychiatrischen Dienste, aber auch zusätzliche personelle Ressourcen eingefordert werden sollen.

Weitere Themenschwerpunkte der Arbeitsgruppe waren das aus psychiatrischer Sicht problematische neue Therapieunterbringungsgesetz, welches psychischen Erkrankungen einen unscharf definierten psychischen Störungsbegriff an die Seite stellt, der auch bei voll schuldfähigen Straftätern Anwendung finden soll.

Ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom März 2011 legt enge Grenzen fest, innerhalb derer künftig eine medikamentöse Zwangsbehandlung von psychisch kranken Maßregelpati-

enten nur unter klar definierten verfahrensrechtlichen Voraussetzungen genehmigt werden kann. Weil die aktuellen Regelungen nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen entsprechen, ist eine kurzfristige Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes dringend erforderlich. Derzeit ist in Niedersachsen, aber auch den meisten anderen Bundesländern, eine medikamentöse Zwangsbehandlung abgesehen von der unmittelbaren Gefahrenabwehr unzulässig. Somit wächst aktuell die Anzahl psychosekranker Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, die krankheitsbedingt einer medikamentösen Behandlung nicht zustimmen und faktisch unter vermehrter Sicherung bis hin zur Separierung verwahrt werden müssen.

Prof. Krüger aus der MHH hat in der Fachgruppe sein Präventionsprojekt Dunkelfeld zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauches für noch nicht straffällig gewordene Pädophile vorgestellt und dabei sehr viel Anerkennung und Zustimmung gefunden.

Wie bereits im Vorjahr gewinnen wir den Eindruck, dass die beschriebene Tendenz zur Forensifizierung von Patienten aus dem Allgemeinen Versorgungssystem rückläufig ist. Stattdessen ist eine wachsende Bereitschaft der Professionellen in der psychiatrischen Landschaft zu bestätigen, fremdaggressive Risiken in das Behandlungs- und Risikomanagement einzubeziehen.

Die Fachgruppe wird ihre Arbeit 2012 fortsetzen.

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 vor drei Jahren gegründete Fachgruppe setzt sich mit dem besonderen Bedarf, insbesondere bei der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung, auseinander. Die Fachgruppe tagt alle 2 Monate am jeweils letzten Mittwoch des Monats von 9-11 Uhr. Verschiedene Termine fanden in diesem Jahr vor Ort in den Einrichtungen der Teilnehmer der Fachgruppe statt. So konnte die neue Einrichtung der Hannoverschen Werkstätten gem. GmbH in Rethen und die Beratungsstelle der Lebenshilfe Seelze in Wunstorf „Das Blaue Haus“ kennen gelernt werden.

Schwerpunkte der Arbeit

Das Fehlen von geeigneten ambulanten und stationären psychiatrischen Angeboten erscheint weiterhin als das dringendste Problem. Um uns einen weiteren Eindruck von der Situation in anderen Städten zu verschaffen, waren wir im September in der Asklepios Klinik in Göttingen auf der geschlossenen psychiatrischen Station zur Behandlung intelligenzgeminderter Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Wir erhoffen uns weiterhin eine Verbesserung des psychiatrischen Angebotes in Hannover und eine weitere Sensibilisierung für den Personenkreis und seiner besonderen Bedürfnisse. Erste Schritte wurden von der MHH unternommen: Hier ist eine ambulant-psychiatrische Kooperation mit den Hannoverschen Werkstätten entstanden.

Außerdem waren Thema:

- Die Loccumer Thesen (auf der Grundlage der UN-Konventionen) und deren Konsequenzen.
- Die fehlende Eignung der aktuell verwandten Erfassungsinstrumente zur Kostenberechnung des Unterstützungsbedarfs von Menschen mit geistiger Behinderung UND psychischen Störungen wie HMB-T/W oder das Schlichthorst-Verfahren.
- Diskussion mit dem Vizepräsidenten Herr Dr. Könning von der Psychotherapeutenkammer über die ambulante therapeutische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.
- Inhalte zum Thema „geistige Behinderung“ an der Fachhochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales mit Fr. Prof. Dr. Matke.

Der Aufbau einer Internetseite, auf der Informationen zum Thema „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ zu finden sein werden, gestaltet sich als aufwändiger als gedacht, so dass nun andere Möglichkeiten gesucht werden, um dieses Vorhaben umzusetzen – z.B. mit Unterstützung von Dritten.

Die UN-Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die seit 2009 verbindliche Grundlage für das nationale Recht sind, waren nun sogar Thema im Arbeitskreis Gemeindepсихiatrie und wurden dort von der Lebenshilfe ausführlich vorgestellt. Dieses wird von der Fachgruppe außerordentlich begrüßt.

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Batram · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf ·
E-Mail: susanne.batram@krh.eur.de

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“

von Regina Wilgeroth (*Sprecherin der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie besteht aus 33 Teilnehmern aus dem ambulanten, teil- und vollstationären Bereich, vertreten sind ehrenamtliche Dienste und Wohngruppen, sowie ehrenamtliche Dienste und die Pflegeinfo der Region Hannover.

Schwerpunktthema war die ambulante psychiatrische Pflege. In einer Arbeitsgruppe der FG wurde ein gemeinsamer Flyer der Ambulanten psychiatrischen Pflegedienste der Region Hannover erstellt und in der FG vorgestellt. Die Arbeitsgruppe wurde fachlich von Herrn Dr. Thorsten Sueße (Teamleiter Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover) unterstützt. Die Arbeitsgruppe wurde organisatorisch von Frau Fischbach/ Pflegeinfo Region Hannover geleitet.

In den Fachgruppensitzungen wurden 2011 außerdem Wohngemeinschaften für gerontopsychiatrisch Erkrankte, niedrighschwellige Betreuungsangebote für Migranten, sowie die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste vorgestellt.

Besondere Beachtung wurde dem Thema der Zukunftswerkstätten unter der Leitung des Caritas Forum Demenz gewidmet. Es fanden fortlaufende Termine einer Zukunftswerkstatt in der Region Hannover statt, Zielsetzung ist die Erstellung eines Behandlungspfades für Demenzerkrankte. Die Zusammenarbeit der behandelnden und versorgenden Institutionen wird in gemischten Arbeitsgruppen erarbeitet. Dazu hat Frau Harnau vom Landesfachbeirat ein Konzept vorgelegt. Die Methode der Zukunftswerkstatt wird sehr zukunftsorientiert in ganz Niedersachsen zur Weiterentwicklung der flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung und Pflege eingesetzt.

Die Teilnehmerinnen der Fachgruppe informierten sich über die Entwicklung der Pflegestützpunkte, die in 2011 weiterentwickelt und flächendeckend ausgeweitet wurden.

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 (*Drogenbeauftragter der Landeshauptstadt Hannover*)

Themen am Runden Drogentisch im Jahr 2011

Der Runde Drogentisch hat sich im Jahr 2011 an insgesamt zwei Sitzungen mit folgenden Themen Befasst:

März-Sitzung

- Vorstellung des Projektes „MADE BY:SELF“ – ein Präventionsprojekt von und mit Jugendlichen
- Methadon-Substitutionsbehandlung in Niedersachsen
- Vorstellung der STEP-Arbeitsprojekte
- Zwischenergebnisse des Projektes „Familien stärken“
- Aktualisierung der Geschäftsordnung des Runden Drogentisches

Dezember-Sitzung

- Vorstellung des Projektes „Helferline“ –Online-Beratung für Medienkonsumenten
- Methadon-Substitution in Niedersachsen
- Haaranalysen bei Kindern von Drogen konsumierenden bzw. substituierten Eltern oder Alleinerziehenden
- Vorstellung der Info-Broschüre „Über Alkohol reden“

- Befassung mit dem Thema: E-Zigaretten
- Hinweis auf den Deutschen Fürsorgetag im Mai 2012

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*)

Aufgaben:

Die Fachgruppe für Kinder- und Jugendliche widmet sich kinder- und jugendspezifischen Themen und möchte zu einer besseren Koordination und Kooperation von Einrichtungen und Institutionen beitragen. Als Teil des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie soll ausgehend vom Nds. Gesetz für psychisch Kranke dazu beigetragen werden „Gemeindenaher Hilfestellungen für schwer psychisch Erkrankte und seelisch Behinderte“ (§ 6) zu ermöglichen. Dazu arbeiten Vertreter verschiedenster Institutionen, Ämter, Hilfeinrichtungen und Professionen eng zusammen. Gegenwärtig zählt die Fachgruppe 42 Mitglieder. Als neues Mitglied wurde die Einrichtung BAF vorgestellt. An den 5 Treffen im Berichtszeitraum nahmen regelmäßig 20 bis 30 Mitglieder teil.

Schwerpunktthemen:

Zentrale Themen waren Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung, die Arbeit des Koordinierungszentrums Kinderschutz sowie die Entwicklung von Leitlinien zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und der Jugendhilfe der Stadt und Region Hannover. Konsequenzen und Erfahrungen im Umgang mit dem § 8a wurden ausgetauscht, die Frage nach einer angemessenen Ausbildung von Fachkräften und nach der Rolle der Familiengerichte sowie nach der Kooperation verschiedener Berufsgruppen in der Praxis gestellt. Das Thema Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung erfuhr eine Vertiefung durch die Fragestellung, welche besonderen Kriterien Berücksichtigung finden müssen, wenn die Eltern der zu schützenden Kinder Migranten sind oder zu der Gruppe psychisch (nicht) gesunder Eltern gehören. Die Frage Kinderschutz und Elternrecht wurde beleuchtet, besondere Aufmerksamkeit erhielt die Frage des Umgangs mit emotionaler Gewalt und emotionaler Verwahrlosung. Hier war noch ein großer Bedarf an Information und Begriffsklärung.

Positiv konnte berichtet werden, dass eine Sensibilisierung von Fachleuten und zunehmend der Öffentlichkeit stattfindet. Kinderschutz wird konkreter und rückt aus dem alleinigen Verantwortungsbereich der professionell in diesem Bereich Tätigen heraus. Dies spiegelt sich u.a. in einer Zunahme der Anmeldungen junger Kinder in Erziehungsberatungsstellen und BS gegen sexuellen Missbrauch wider.

Während des Berichtszeitraums fand die Erweiterung der Therapiestation „Teen Spirit Island“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Bult für den Bereich Computersucht statt. In der KJP Wunstorf entstanden Gruppenangebote für psychisch kranke Eltern mit Kleinkindern von 0-3 Jahren. Die FEBs der Region bieten seit September 2010 eine frühe Beratung zur Interaktion und Erziehungskompetenz an.

Die besondere Situation heranwachsender psychisch Kranker 18-25jähriger wurde immer wieder als sehr problematisch beschrieben. Eine eng altersbezogene Abgrenzung von Zuständigkeiten wird den Bedürfnissen dieser jungen Menschen nicht ausreichend gerecht. Zur besonderen Erschwernis kommt es für diese Personengruppe, wenn zu der psychischen Auffälligkeit Defizite im kognitiven Bereich kommen. Hier wird eine stärkere Kooperation verschiedener Einrichtungen und Ämter angestrebt.

Arbeitsgruppe Kooperation:

Die aus der Fachgruppe gebildete Arbeitsgruppe Kooperation in der KJP hat sich mehrfach im Berichtszeitraum getroffen. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, Lösungsstrategien/Leitlinien zu entwickeln für den Umgang mit Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens. Die beteiligten Institutionen und Ämter konnten von eigenen Erfahrungen berichten. Es wurde versucht, eine Analyse der Auslöser und Hintergründe vorzunehmen. Neben einer zunehmenden Spezialisierung im Bereich der Professionellen wurden Konsumverhalten und die immer größer werdende Kluft zwischen verschiedenen Chancen in der Gesellschaft und gesellschaftliche Veränderungen insgesamt benannt. Die Erwartungshaltung, Lösungen für alles vorhalten zu müssen, wurde als Teil dieser gesellschaftlichen Entwicklung gesehen. Die Gesetzesgrundlage für eine geschützte Unterbringung (§ 1631 b BGB) in ihrer jüngsten Version und die daraus resultierende Einschränkung psychiatrischen Handelns wurde reflektiert. Die Treffen der Arbeitsgruppe wurden wechselnd in Einrichtungen von Jugendhilfe, Schule, Sozialpsychiatrie und Jugendamt durchgeführt. Durch dieses Setting war es möglich, die Arbeitsweise der jeweils anderen Institution genauer kennenzulernen. Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Institution wurden so transparenter für die Teilnehmer.

Ausblick:

Auch über die Arbeitsgruppe Kooperation in der KJP hinaus wird die Fachgruppe, die (Versorgungs-) Situation Jugendlicher mit Störungen des Sozialverhaltens beschäftigen. Die Leitlinien der Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdung zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, dem „Allgemeinen Sozialdienst“ und „Kommunalen Sozialdienst“ sollen weiter im Fokus der Fachgruppe bleiben. Allgemein soll die Kooperation von Einrichtungen und unterschiedlichen Berufsgruppen größere Transparenz erhalten.

Das Thema emotionale Verwahrlosung und Gewalt wird in der Fachgruppe weiter vertieft werden. Einheitliche Kriterien an denen sich unterschiedliche Berufsgruppen einschließlich der Juristen am Familiengericht orientieren können sollen erarbeitet werden.

In der Frage der Inklusion wird die Fachgruppe Erfahrungen (auch aus anderen Bundesländern) verglichen.

Die Versorgungssituation psychisch kranker Heranwachsender soll evaluiert und ggf den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden.

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 Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

Die Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ hat im Jahr 2011 nur einmal im Januar getagt. Es gelang nicht eine neue Arbeitsstruktur samt Sprecherfunktion aufzubauen. Eine Reaktivierung der Fachgruppe ist für Januar 2012 geplant.

Anschrift des Verfassers:

Lothar Schlieckau · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst ·
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Weinstraße 2 · 30171 Hannover

Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“

von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Menschen mit Migrationshintergrund sind mittlerweile eine wichtige Zielgruppe für gemeindepsychiatrische Angebote. In der Region Hannover leben mehr als 260.000 Menschen mit einem sogenannten Migrationshintergrund. Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie arbeitet kontinuierlich seit ihrer Gründung im Jahr 2006 an dieser Thematik im Kontext des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

Im Jahr 2011 fanden insgesamt 4 Fachgruppensitzungen statt. Es haben insgesamt ca. 12 Teilnehmer, aus 12 verschiedenen Einrichtungen regelmäßig an den Fachgruppensitzungen teilgenommen. Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2011 schwerpunktmäßig mit der Organisation der Woche zur seelischen Gesundheit, der Konzeptionierung einer Nacherhebung der Studie aus dem Jahr 2008 sowie weiteren Aktivitäten im Bereich der Wohnheime und der Vernetzungsarbeit beschäftigt. Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen und Ergebnisse in einer kurzen Zusammenfassung wiedergegeben.

1. Internationaler Tag der seelischen Gesundheit

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

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

Psychiatriekoordinator der Region Hannover und sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

Institut für Rechtliche Betreuung e.V. (ITB)

Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V. (AHMB)

KRH Wunstorf

SuPA e.V.

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

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

Dafür möchten wir uns auch an dieser Stelle erneut bei allen Akteuren für ihr tolles Engagement bedanken.

2. Nacherhebung zur Studie 2007-2008

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

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

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

Die Nacherhebung ist auf 12-Monate ausgelegt und soll im ab Januar 2011 beginnen. Dabei sollen psychiatrische Einrichtungen, Fachkräfte und Patienten sowie ihre Angehörigen mittels quantitativer Fragebögen und qualitativer Interviews zur psychiatrischen Versorgungssituation in der Region Hannover befragt werden.

Bei der neu geplanten Studie wird eine Vollerhebung angestrebt. Ziel ist es, alle 85 Angebots-träger (mit ca. 240 Angeboten) des sozialpsychiatrischen Verbundes zu befragen. Um eine Ver-

gleichbarkeit zum Zeitraum 2007-2008 herzustellen, wird wie-der der bestehende Fragebogen aus der ersten Erhebung als Erhebungsinstrument eingesetzt. Dieser wird aber um die Frage nach Patientendaten (ICD-Diagnosen) erweitert.

Daraus ergibt sich ein erheblich erweiterter Arbeitsauftrag. Die Durchführung der Versorgungsstudie wird in Abstimmung mit den zuständigen Akteuren, Institutionen und Gremien der Region Hannover erfolgen. Wir erwarten erste Ergebnisse am Ende des Jahres 2012.

3. Betreuung Asylbewerber / Flüchtlinge

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

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 der Fachgruppe*)

Anlässlich einer Tagung der Fachgruppe Forensik in Wunstorf, auf der unter anderem das Thema Gewaltprävention in Versorgungseinrichtungen bearbeitet wurde, wurde für die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit ein Thema deutlich, das in den eigenen Reihen – sprich: in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – eher wenig bis gar nicht oder eher am Rande thematisiert wird. In Folge dessen hat sich die Fachgruppe im vergangenen Berichtszeitraum verstärkt dieser Thematik gewidmet.

Eine kleine Arbeitsgruppe hat in Kooperation mit der Fachgruppe Forensik inzwischen ein Positionspapier erarbeitet, welches in einer der nächsten Sitzung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie in der Region Hannover erörtert und diskutiert werden soll. Die Grundlage bildet eine Umfrage, die gleichfalls von der Fachgruppe initiiert wurde und worin Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zum Thema Gewalt und Gewaltprävention befragt wurden. Die zum Teil subjektiven Einschätzungen der FachgruppenteilnehmerInnen, dass hier eine Zunahme insbesondere bei jungen Menschen zu verzeichnen ist, haben sich in den Umfrageergebnissen bestätigt. Von daher sieht die Fachgruppe hier einen klaren Handlungsbedarf für die nahe Zukunft und wird sich weiterhin verstärkt diesem Thema widmen.

Die Fachgruppe hat mit wenigen Ausnahmen einmal im Monat getagt und diverse weitere Themen, sowie Schnittstellen zwischen der Psychiatrischen Versorgung und der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe erörtert. Hierzu gehörten:

Die **Dauerhaften Wohnformen** für Menschen mit multiplen Hintergrund-problematiken. Ideen zwischen Wunsch und Wirklichkeit.“

Die **Vorstellung** eines **Projektes Wohnen** der **GBH**

Die **Vorstellung** und Besichtigung der **EX + JOB Arbeit und Freizeit GmbH**, stationäre Wiedereingliederung für **CMA**

Die **Schnittstelle Jugendhilfe** und **weiterführende Hilfen**

Die **Besichtigung** und **Vorstellung** des Konzeptes **Heimbetriebe Schneeren**

Die **Vorstellung** der Krankenwohnung **Die Kurve**

Die Besichtigung der **Frauennotunterkunft Vinnhorster Weg**

Die **Fallbesprechung** von Klienten, die hohe Kosten verursachen

Die **Psychiatrische Versorgung** Wohnungsloser durch das Klinikum Wahrenndorff

Die **Kooperation** mit der Fachgruppe Forensik

Die **Erarbeitung einer Umfrage** zum Thema Gewalt in den Einrichtungen

Die **Vorstellung** des Konzeptes und der Einrichtung **Saftladen**

Die Besichtigung der Frauenunterkunft **Gartenstraße**

Die auserwählten Themen, die in der Fachgruppe erarbeitet oder erörtert werden, sind allesamt Themen, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der diversen Einrichtungen dieser beiden Fachrichtungen beschäftigt und die der Kooperation, der Wissensvermittlung, der Vernetzung und der guten Zusammenarbeit dienlich sind. Alle Themen werden jeweils gemeinsam ausgesucht oder von einzelnen TeilnehmerInnen eingebracht.

Alle Kollegen und Kolleginnen der Wohnungslosenhilfe und der Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, die immer wieder mit wohnungslosen Menschen mit psychiatrischen Auffälligkeiten arbeiten und umgehen müssen, sind herzlich eingeladen, die Fachgruppe durch ihre Erfahrung, Ihre Anregungen und ihre Fragen zu unterstützen.

Die Fachgruppe trifft sich weiterhin am ersten Mittwoch im Monat und ist seit vielen Jahren Gast im Werkheim e.V. in der Büttnerstraße 9 in Hannover. Weitere Informationen können gerne über das Sprecherteam: **Uwe Reichertz-Boers**-SuPA- GmbH 0511 3886813 mail@supa-gmbh.de und **Ira Lesemann** Heuberg GmbH. eichenbrink@heuberg-einrichtungen.de.Tel. 05036 / 92040 + 92041.

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, stationäre Wohnangebote und weitere Mitglieder des AKG, z. B. Vertreter der Angehörigen. Vertreter des Vereins „Psychiatrie-Erfahrene Hannover e. V.“ (VPE) haben nicht teilgenommen. Die Fachgruppe traf sich weiterhin alle zwei Monate am dritten Mittwoch von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr. Durchschnittlich hat die Gruppe ca. 20 Teilnehmer. Die Themenschwerpunkte für den Berichtszeitraum 11/10 – 09/11 waren:

1. Teilnahme von Anbietern bei Hilfekonferenzen (Erstkonferenzen)

Im September 2010 stellte die Fachgruppe überrascht fest, dass im Internetauftritt der Region Hannover, bezüglich der Erstkonferenzen, die Teilnahme von Anbietern, auch als Vertrauensperson, ausdrücklich ausgeschlossen worden ist. Dies hat zu erheblicher Irritation geführt, sowohl bezüglich der Vorgehensweise, als auch inhaltlich. Die Angelegenheit war mit dem SpD in der Weinstraße auch nicht mehr rückgängig zu machen, so dass wir uns schriftlich an Herrn Heidorn, den Leiter des FB Soziales der Region Hannover gewendet haben. Am 16. 11. 2010 hat dort, im Beisein des SpD, eine ausführliche Erörterung der Standpunkte stattgefunden, die allerdings letztlich zu keinem Ergebnis geführt hat.

Im Kern hält der SpD den Anbietern vor, in der jüngsten Vergangenheit habe sich gezeigt, dass einige Anbieter bereits Bindungen zu den zukünftigen Klienten aufgebaut haben und dann die Erstkonferenz nicht mehr „ergebnisoffen“ und „neutral“ stattfinden konnte. Wir von der Fachgruppe wurden nicht müde darzulegen, dass wir allumfassend beraten und dass dazu natürlich auch gehört, dass die Erstkonferenz ergebnisoffen ist. Wir führten aber auch aus, dass wegen der sehr langen Terminierungen (mitunter drei Monate und mehr) es durchaus schon zu Kontakten kommen könne, wir aber gewährleisten würden, dass keine Bindungen entstehen, die die ergebnisoffene Hilfekonferenz beeinflussen würden.

Dieses Thema wurde noch zweimal, im AK Qualitätsstandards und in der Fachgruppe, wo der gesamte SpD der Weinstraße (5 Personen) zugegen war, diskutiert.

Bis heute ist der Internetauftritt dennoch nicht geändert worden, und dies wird wohl (vorerst) so bleiben. In der Diskussion schien man sich manchmal einig zu sein, aber unter dem Strich liegt die Differenz u. a. doch darin, dass die Anbieter nur „sagen“ wollen, dass sie teilnehmen werden, während der SpD möchte, dass wir „fragen“ sollen; bzw., dass Anbieter nur teilnehmen dürfen, wenn keine andere Vertrauensperson zur Verfügung steht.

Es wurde den Anbietern allerdings zugesichert, dass „niemand weggeschickt werden würde“, so dass auch die Anbieter mit diesem unklaren Zustand zunächst leben können. Eine rechtliche Klärung oder eine Entscheidung durch Herrn Heidorn steht noch aus.

2. AG Qualitätsstandards (Qualitätszirkel)

Vertreter der Region Hannover, des SpD Weinstraße (vertreten durch Frau Müller-Musolf und Frau Lagerbauer) und der Fachgruppe haben im Berichtszeitraum mehrere Male getagt und erarbeiten Qualitätsrichtlinien für das Ambulant Betreute Wohnen. Die Arbeit findet in einer sehr konstruktiven, offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Eine Vorlage der Region gilt als Grundlage, in die die verabschiedeten Standards der Fachgruppe mit eingearbeitet werden.

Bei den Gesprächen wird das Ambulant Betreuten Wohnens insgesamt erörtert. So wurde festgestellt, wenn ein Klient keinen Facharzt für eine Stellungnahme im Formblatt I hat, dann soll sich gleich zur „Bedarfsfeststellung“ an den zuständigen SpD gewendet werden.

Auch wurde festgelegt, dass die in der Leistungsvereinbarung, nach sechs Wochen geforderten Hilfepläne, nicht sinnvoll sind und nur noch erstellt werden müssen, wenn die Ziele von denen der Hilfekonferenz erheblich abweichen.

3. Verfahrenregelung Schlichthorster Modell

Die Niedersächsischen Anwendungshinweise zum Schlichthorster Modell sind durch die Gemeinsame Kommission am 8. März 2011 beschlossen worden und somit für alle Vertragsparteien verbindlich. Die Erhebungsbögen zur Ermittlung der Hilfebedarfsgruppen gliedern sich in 29 Items, die vollständig bewertet werden müssen. Ggf. müssen sie auch schriftlich erläutert werden, was zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand führt.

4. Integrierte Versorgung (IV) nach dem Selektivvertrag mit der AOK

Ein Erfahrungsbericht aus Peine, wo der Selektivvertrag schon seit Oktober 2010 zur Anwendung kommt, erläutert noch einmal die Besonderheiten zur Behandlung schizophrener Menschen: Koordination mit Facharzt, Pflegediensten, Ergotherapeuten u. a., Krisenbetten, 7 x 24 Stunden Bereitschaft.

Im Bereich Peine ist diese IV eher ein Randthema. Die Verpreislichung sei aber schlecht, da mit den Pflegediensten Pauschalen ausgehandelt werden, die natürlich nicht auskömmlich sind, wenn ein Patient 7 x 24 Stunden versorgt werden muss. Die 2 Krisenbetten wurden bisher nicht in Anspruch genommen. Es bestehen einige Zweifel, ob nach Ende des Projektes in 7 Jahren ein für die AOK positives Ergebnis herauskommt.

Zukünftige Themen:

Abgrenzung zwischen Ambulant Betreutem Wohnen und psychiatrischer Pflege

Verwaltungsaufwand bei der Anwendung des Schlichthorster Modells

Entwicklung von Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen

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 Sektorarbeitsgemeinschaft fanden wie bisher in den Räumlichkeiten des Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Deisterstraße 85 A in 30449 Hannover jeweils ¼-jährlich auch weiterhin am 2. Mittwoch des 2. Monats im Quartal in der Zeit von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr statt.

Im Durchschnitt kamen zu den Treffen im genannten Zeitraum 7 – 18 Teilnehmer verschiedenster Anbieter psychiatrischer Hilfen im Sektor Süd-West. Es waren dies u.a. Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes, verschiedenste Anbieter des ambulant betreuten Wohnens sowie ambulanten psychiatrischer Pflegedienste, Mitarbeiter des Klinikums der Region Hannover Wunstorf GmbH, sowie verschiedenster Senioreneinrichtungen u.a. des Godehardstifts und des Roten Telefon e.V., Vertreter der Polizei sowie Mitarbeiter des Job-Centers Calenberger Esplanade.

Schwerpunktt Themen der Sektor-AG-Treffen waren diesmal:

- Die ambulante Versorgung für Menschen mit Autismus vorgestellt von Mitarbeiterinnen des ambulant betreuten Wohnens der Hannoverschen WohnAs-sistenz
- Die ambulante Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund, über die ein Mitarbeiter des AHMB e.V. – eines Anbieters für ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit Migrationshintergrund berichtete und schließlich
- Die in den Räumlichkeiten am Schwarzen Bären geplanten Angebote von ergotherapeutischer Einzel- und Gruppenbehandlung mit dem Schwerpunkt „Arbeitsrehabilitation“ und das geplante Angebot einer Tagesklinik für Suchterkrankungen

Diese Themen wurden in Referaten jeweils zu Beginn der Sektorarbeitsgemeinschaftssitzungen vorgetragen. Im Anschluss daran wurde die Möglichkeit zu Diskussionen und zum Austausch über neue Angebote der vertretenen Einrichtungen genützt.

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

Die Arbeit des Kommunalen Seniorenservices der Stadt Hannover sowie weiterhin ein Austausch über bereits bestehende Angebote im Sektor Hannover Süd-West.

Als Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Hannover-Linden freuen wir uns auf die nächsten Treffen unserer Sektorarbeitsgemeinschaft und sind auch weiterhin offen für Themen aus dem Kreis der anwesenden Teilnehmer oder von außen.

Im Auftrag

Anschrift der Verfasserin:

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstrasse

von Hildegard Georgiadis (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die SAG findet weiterhin in den Räumen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in der Freytagstr. statt, und zwar an jedem ersten Mittwoch im Quartal.

Der Teilnehmerkreis setzte sich, wie bisher, aus den Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung zusammen. Vertreter von Ämtern, Behörden und Institutionen waren ebenso vertreten.

Die Themenschwerpunkte der einzelnen Treffen waren:

- Vorstellung der Tagesklinik (Klinikum Warendorff) in Linden durch Herrn Dr. Ince, lebhafte Diskussion und Nachfragen der SAG-Teilnehmer bezüglich einer adäquaten Versorgung und Behandlung von Migranten
- Vorstellung der Konzeption „Autismus AlltagsBegleitung“ durch Frau Feist und Herrn Willems von der HWA
- Mangel an muttersprachlicher fachpsychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung; Angebote und mögliche Beratungshilfen (neben den bereits bekannten) wurden gesammelt, zusammengestellt und ausgehändigt. Insgesamt gesehen besteht weiterhin ein deutlicher Mangel an geeigneten Therapeuten/Fachleuten
- Seitens des AHMB wurde eine russischsprachige Selbsthilfegruppe für Frauen mit psychischen Erkrankungen gegründet, die sich am letzten Donnerstag im Monat trifft
- Vorstellung der Einrichtung „Assistiertes Wohnen der Diakonie Himmelsthür“, Information über die Einrichtung, Aufnahmebedingungen und das Konzept durch Frau Knoop.

Im Laufe der Jahre hat sich der Teilnehmerkreis verändert, Mitarbeiter wechselten und es kamen auch neue Einrichtungen hinzu. Aus diesem Grund wurde beschlossen, dass sich die teilnehmenden Einrichtungen mit ihren Inhalten und aktuellen Angeboten erneut vorstellen. In den Treffen wurden außerdem Fallbeispiele und aktuelle Fragestellungen zur psychiatrischen Versorgung behandelt.

Anschrift der Verfasserin:

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

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 attraktiven Themen der psychiatrischen Arbeit in der Region Hannover
- Information zum neuen Familienrecht
- Kooperation ErA (Ergotherapeutische Ambulanz) und Job Center Hannover
- anonyme Fallbesprechungen von Klienten, Betrachtung aus verschiedenen Blickwinkeln und Erfahrungsberichte der Teilnehmer
- Diskussionspunkt: „Integrierten Versorgung“ (ICD 10, F20) öffentliche Stellungnahme des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie
- Problematik bei der Versorgung von Klienten unter 25 Jahren (U25)

Vorstellungen:

- Vorstellung der A.Conto Schuldnerberatung e.V. durch Frau Birgit Fabian. Die soziale Schuldnerberatung ist nach InsO § 305 1, als gemeinnütziger Verein anerkannt.
- Vorstellung der Leibniz Universität Hannover, Studentische Beratung durch Frau C. Mannen, als ständige Teilnehmerin in der SAG. <http://www.ptb.uni-hannover.de>
- Vorstellung WERTE e.V. durch Herrn Näth
WERTE e.V. ist ein Verein für Soziale Dienste (seid 2005) und steht in Kooperation mit dem Jugendhilfeträger AfW.
- Vorstellung beta-Zuverdienst., durch Frau Maike Dzykowski .

- Als Gast: Herr Waitner und Mitarbeiter/in des Job Centers zuständig für U25

Tagungsorte:

WERTE e.V. Region Nord- West
Hamburger Allee 49
30161 Hannover

- Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
- Beratungsstelle Königstraße 6, 30175 Hannover

Es zeigte sich, dass die kooperative Zusammenarbeit in der SAG das Versorgungsangebot psychisch erkrankten Menschen kontinuierlich verbessern konnte.

Gerade die Vorstellungen in der SAG unterschiedlicher Institutionen, deren Arbeitsbereiche und Aufgabenfelder fördern eine verständnisvolle gegenseitige Akzeptanz. Tendenzen der Vernetzung sind erkennbar und ermöglichen somit eine gezielte Zusammenarbeit.

Anschrift des Verfassers

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen

von Sabine Böhland und Christine Prella (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Jahresbericht für den Sozialpsychiatrischen Plan 2012

Für die Bezirke Laatzen/Hemmingen und Springe/Pattensen bieten wir aufgrund örtlicher Zuständigkeiten und teilnehmenden Institutionen zwei getrennte Sektorarbeitsgemeinschaften an.

In beiden Sektorarbeitsgemeinschaften erfolgten regelmäßig Berichte aus den teilnehmenden Institutionen sowie ein intensiver Austausch über aktuelle Veränderungen. Darüber hinaus wurden folgende Schwerpunkte bearbeitet:

Laatzen/Hemmingen: Herr Güllner, Frau Gebhardt, Frau Fuchs sowie Herr Lindwedel stellten die Arbeitsbereiche des Jobcenters Region Hannover in Laatzen, Senefelder Str. 15 vor. Die verschiedenen Bereiche des Fallmanagements sowie insbesondere die Beratung/Vermittlung von jungen Menschen wurden ausführlich dargestellt. Eine anschließende rege Diskussion und Erörterung von Einzelfällen machte das große Interesse der Teilnehmer deutlich.

In der zweiten Sektorarbeitsgemeinschaft stellte die Tagesstätte FIPS GmbH, Münchener Str. 12 – 14, 30880 Laatzen die neuen Räumlichkeiten vor. Frau Andermark und Herr Mündlein berichteten über die Bedingungen des Umzuges und weitere Planungen wie z.B. die Anmietung eines Kleingartens. Des Weiteren stellte Frau Jannusik den Fachpflegedienst Sozialpsychiatrie von FIPS mit Sitz in Peine-Rosenthal vor. Es entstand eine angeregte Diskussion über die Unterschiede zwischen APP, IV sowie dem recht neuen Angebot für schizophrene erkrankte AOK-Versicherte im Rahmen von Care4S.

Springe/Pattensen: Ab diesem Jahr 2011 findet die Sektor- AG für Springe/Pattensen nur noch 2 x jährlich statt. Daneben gibt es in Springe ein Treffen der Sozialen Dienste mit ebenfalls 2 Terminen pro Jahr. Beide Sektor-AG`s waren sehr gut besucht und wie immer kam es zu angeregten Diskussionen. Die Vernetzung und der persönliche Austausch haben hier Raum.

Am 21.2 referierte Frau Fischbach über das Service/Beratungsangebot „Pflege-Info!“ des Fachbereiches Soziales, Region Hannover. Beratungs- und Infoangebote für pflegebedürftige Personen, Angehörige, Betreuer.

Das Treffen vom 31.10 stand unter dem Thema: „Überschuldung unserer Klienten“. Herr Gunter Meyer von der Schuldnerberatungsstelle des Diakonischen Werkes berichtete über die Ursachen und Folgen von Überschuldung und über das P-Konto. Frau Angela Maus stellte die Verbraucherinsolvenz und die Beratungspraxis von Abakus dar.

Anschrift der Verfasserinnen:

Sabine Böhland und Christine Prella · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen · Sudewiesenstr. 4 · 30880 Laatzen · E-Mail: sabine.boehland@region-hannover.de · E-Mail: christine.prella@region-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Ulrike Jamroszczyk-Brändle (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Unter dem Gesichtspunkt der personenzentrierten Hilfen für die verschiedensten Lebensbereiche psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen, steht die Optimierung einer zielgruppenorientierten Versorgung im Mittelpunkt der Sektor-Arbeitsgemeinschaft in Langenhagen. Die Teilnehmer sind in den Gebieten Langenhagen, Isernhagen, Wedemark und Burgwedel tätig. Rückblickend ist es gelungen kontinuierlich einen großen und engagierten Teilnehmerkreis zu gewinnen.

Die Treffen finden nach wie vor in 3monatigen Abständen (15:00 Uhr bis 17:00 Uhr) vorwiegend in den Räumen der Beratungsstelle Langenhagen, aber auch wechselweise in Räumlichkeiten anderer Teilnehmer statt.

Im Februar 2011 diskutierten die Teilnehmer anknüpfend an das Impulsreferat von Frau Jamroszczyk-Brändle aus der Dezembersitzung im Rahmen intensiver Kleingruppenarbeit das Thema Armut- Krankheit- Stigmatisierung. Es folgte eine Auswertung im Plenum.

Die Sitzung im Mai 2011 beschäftigte sich mit Betätigungsmöglichkeiten für Psychisch kranke Menschen. Unter dem Aspekt „Zu krank für den Markt, zu stark für die Werkstatt“ stellt Herr Mahlau (Pestalozzi-Stiftung) bestehende Modelle vor.

Im weiteren Verlauf informiert Herr Boran (Diakonisches Werk Hannover) über die Wagnersche Stiftung.

Das letzte Treffen im September fand in den Räumlichkeiten des Vereins beta 89 in der Rothermundstrasse statt. Frau Theye-Hoffmann berichtet über die Aufgaben des Ambulant Betreuten Wohnens. Es verabschiedet sich Frau Klug (Fachärztin der Beratungsstelle Langenhagen) nach Jahren intensiver und konstruktiver Zusammenarbeit von den Teilnehmer/innen. Wir wünschen unserer Kollegin auch auf diesem Wege alles Gute.

Als besonders wertvoll hat sich im Laufe der Jahre des Bestehens der AG der Intensive Austausch in den Pausen herausgestellt. Das Team der BS sieht dies als Barometer einer guten und Vertrauensvollen Zusammenarbeit für die wir uns bei allen Teilnehmern bedanken möchten.

Anschrift der Verfasserin:

Ulrike Jamroszczyk-Brändle. Region Hannover . Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen. Ostpassage 7a. 30853 Langenhagen

Sektor-Arbeitsgemeinschaft der List

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

In der Sektor-Arbeitsgemeinschaft des Sektors 6 arbeiteten im Berichtsjahr 2010 Vertreter folgender Bereiche mit: Betreuungsgericht, Krankenhaussozialdienst, Altenpflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Beratungsstelle, Kommunalen Senioren Service, 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:

- Verbesserung in der Kooperation mit dem zuständigen JobCenter,
- Abstimmung und Abgrenzung von Eingliederungshilfen und rechtlicher Betreuung
- Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Stefan Bartusch • Medizinische Hochschule Hannover • Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie • Sozialpsychiatrische Poliklinik • Sozialpsychiatrischer Dienst • Podbielskistraße 158 • 30177 Hannover • 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, VertreterInnen des KSD, des Kommunalen Senioren Service und der Betreuungsstelle, VertreterInnen der Hannoverschen Werkstätten, der Tagesstätte Resonanz und der stationären Einrichtungen (Betreuungskette Am Seelberg, Pflegeheime Dr. Wilkening) sowie MitarbeiterInnen unserer Poliklinik teil.

Im Berichtsjahr fanden die SAG-Treffen in folgenden Einrichtungen statt: Im SPZ (Sozialpsychiatrisches Zentrum) Seelberg, bei FaBeL (Frühstück und ambulante Betreuung List) und der AfW (Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen Hannover e.V.). Auch das Kompetenzzentrum Demenz stellte sich vor. Immer wieder wurden die Schnittstellen diskutiert z.B. zwischen Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie, bei den Themen Migration und psychische Erkrankung, geistige Behinderung und psychische Erkrankung, Alter und psychische Erkrankung. Es fand ein reger Austausch statt.

Das Team der Poliklinik bedankt sich bei allen TeilnehmerInnen.

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Steinmüller · Medizinische Hochschule Hannover · Zentrum für seelische Gesundheit ·
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie · Poliklinik auf dem Campus ·
Sozialpsychiatrischer Dienst · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover ·
E-Mail: steinmueller.susanne@mh-hannover.de

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Sektor-AG der Plauener Straße trifft sich weiterhin alle zwei Monate, überwiegend in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle.

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-AG waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes, der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des Ambulant Betreuten Wohnens von BETA`89, Pro Casa, 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, ein Mitarbeiter vom Birkenhof ambulante Pflegedienste, eine Mitarbeiterin der Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle der Landeshauptstadt Hannover, eine Mitarbeiterin des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter, des Vereins für Psychiatrieerfahrene, eine Mitarbeiterin des Kommunalen

Seniorenservice, Mitarbeiter des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V., Mitarbeiter des Klinikum Wahrenndorff (Tagesklinik Gartenstraße) und eine Mitarbeiterin der Sozialpädiatrie der Region Hannover.

Thematisch befassten wir uns in den fünf Treffen mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Vorstellung des Patenschaftsmodells der Stadt Hannover
- Die Arbeit der Familienhebammen
- Kooperationsmodell des Klinikum Region Hannover mit dem Job Center U25
- Neues Angebot der Diakoniestation: ambulant betreutes Wohnen
- Besichtigung der Räumlichkeiten des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter (Vahrenheider Werkstatt und heiminterne Tagesstruktur)
- Neues Angebot der ergotherapeutischen Ambulanz des Klinikum Region Hannover Langenhagen
- Information über ambulant psychiatrische Pflege

Beim Besuch der Vahrenheider Werkstätten und der heiminternen Tagesstruktur wurde noch einmal die Wichtigkeit einer Beschäftigungsmöglichkeit für psychisch Erkrankte thematisiert. Für viele Erkrankte ist es sehr wichtig, einer geregelten Beschäftigung nachzugehen, die nach Möglichkeit auch finanziell honoriert wird. Unterstrichen wurde dabei, dass es wichtig sei, halbtags Arbeitsplätze in Werkstätten zu ermöglichen. Bedauert wurde, dass es im Sektor der Beratungsstelle Plauener Straße kaum noch Einrichtungen zur Tagesstrukturierung gibt, da die ergotherapeutische Ambulanz nun nach Linden verzogen ist. In diesen Sektor befinden sich weder eine nervenärztliche Praxis, noch eine Kontaktstelle oder ein anderes niedrigschwelliges Angebot. Einzige Anbieter sind am Rande des Sektors Beta `89 und die ergotherapeutische Praxis Z.A.R.T..

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

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) 2010/2011

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. Damit zeichnet sich kontinuierlich ein gesteigertes Interesse an der Teilnahme ab. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches verstanden werden.

Folgende Themen wurden bearbeitet:

05.08.2010

- Entwicklung und Perspektiven im Betreuungsrecht seit Einführung der Pauschalierung im Jahr 2005 – Teil I.

02.09.2010

- Entwicklung und Perspektiven im Betreuungsrecht seit Einführung der Pauschalierung im Jahr 2005 – Teil II.

07.10.2010

- Vorstellung der Fachgruppe „Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen“.
- Vortrag von K. Winkelmann (Ltd. Arzt AMEOS Klinik Osnabrück): Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung.

04.11.2011

- Bericht und Aussprache zur Arbeit des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover – nach Abschluss des 2-jährigen Kernprojektes.
- Bericht über die Durchführung der 2. Psychiatrie-Woche 2010 sowie des Symposiums „Migration“ vom 27.10.2010.

02.12.2010

- Fortführung der Arbeit der AuE-Kreativschule über das Jahr 2010 hinaus.
- Neuwahl der 3 Sprecherfunktionen (Vorsitz und 2 Stellvertreter).

03.02.2011

- Fachaustausch zum Thema Integrierte Versorgung – Teil I
 - Dr. Elgeti (Geschäftsführer Landesfachbeirat Psychiatrie: Einführung zur Entwicklung und Bedeutung der IV-Versorgung im psychiatrischen Versorgungsfeld
 - Herr Reichwaldt (care4S): Darstellung des AOK-Selektivvertrages zur Versorgung der Schizophreniekranken (F20.) und deren Umsetzungsstrategie
 - Herr Prof. Dr. Spengler als Vorsitzender des Psychiatriausschusses nach dem NPsychKG; Herr Beins / Herr Mauthe als Sprecher des Landesfachbeirates; Herr Dr. Kersting als Vertreter des Sozialministeriums: Statements und Positionen

03.03.2011

- Fachaustausch zum Thema Integrierte Versorgung – Teil II
 - Frau Dr. Oestereich / Herr Dr. Becker / Herr Prof. Bleich und Herr Dr. Mohr als Vertreter/innen der psychiatrischen Fachkliniken in der Region – Einschätzung aus Sicht der Kliniken
 - Herr Dr. Sueße / Teamleiter Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover – Anmerkungen zu Auswirkungen auf die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover
 - Herr Dr. Meyer-Amberg / Sprecher der niedergelassenen Psychiater/innen – Hinweise und Anmerkungen zur Rolle der Fachärzte/innen in diesem Konzept
 - Frau Harnau / Forum Caritas Demenz – Rolle und Bedeutung der Pflegedienste in der IV-Versorgung

07.04.2011

- Fachaustausch zum Thema Integrierte Versorgung – Teil III
 - Frau Seelhorst / AANB – Die Bedeutung der IV-Versorgung für die Angehörigen psychisch Kranker
 - Herr Harig / VPE – Chancen und Risiken der IV-Versorgung für Psychiatrieerfahrene
 - Herr Jordan / Sozialdezernent Region Hannover – Einschätzung der Entwicklung der IV-Versorgung aus Sicht des Dezernats

05.05.2011

- Verabschiedung einer öffentlichen Stellungnahme des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie zum AOK-Selektivvertrag / Integrierte Versorgung für Versicherte mit der Diagnose Schizophrenie
- Aussprache zum Sozialpsychiatrischen Plan 2011

07.07.2011

- Struktur und Arbeitsweise des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)
- Wahl der Delegierte des AKG für den RFP
- Bericht der Fachgruppe Migration: geplante Studie zur Sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten 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.

Dominierendes Thema im Berichtszeitraum war die Auseinandersetzung mit dem AOK-Selektivvertrag / Integrierte Versorgung für Versicherte mit der Diagnose Schizophrenie, der geplanten Einführung dieses Versorgungsmodells in der Region Hannover und die Auswirkungen für Betroffene.

Die öffentliche Stellungnahme des AKG ist daher diesem Bericht beigelegt.

In seiner Sitzung am 05.05.2011 hat der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), die Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover, folgende **Stellungnahme zum Selektivvertrag der AOK-Niedersachsen mit der I3G GmbH zur Integrierten Versorgung gemäß § 140-d SGB V für Versicherte mit der Diagnose Schizophrenie verabschiedet:**

Gesetzliche Grundlage

Das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen (NPsychKG) schreibt die Bildung Sozialpsychiatrischer Verbände (SpV) in § 8 (1) vor. In den SpV sollen **alle Anbieter von Hilfen** vertreten sein.

Plant ein Anbieter **eine wesentliche Änderung des Angebots von Hilfen**, so hat er entsprechend § 8 (3) dem SpV darüber Mitteilung zu machen.

1. Auf Initiative des AKG hat eine fundierte fachliche Erörterung der Thematik: „Selektivvertrag zur Integrierten Versorgung – AOK / I3G GmbH“ für den Bereich der Region Hannover stattgefunden.

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

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

gehört und deren Stellungnahmen diskutiert.

2. Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) begrüßt ausdrücklich jede Weiterentwicklung im Bereich der Behandlung, Therapie, Rehabilitation und Eingliederung, die die gesundheitliche Situation und die Lebensqualität psychisch Kranker positiv beeinflusst.

3. Dies gilt insbesondere auch für unterschiedliche Modelle der Integrierten Versorgung.

4. Sehr kritisch steht der AKG jedoch der konkreten Ausgestaltung im Rahmen des Selektivvertrages AOK / I3G GmbH – hinter der die Firmen Janssen-Cilag GmbH (Deutschland) und Johnson & Johnson (USA) stehen – gegenüber.

Diese bietet nach dem gegenwärtigen Stand nicht die Gewähr einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung am Einzelfall, da sowohl die Vernetzung mit den regionalen/örtlichen Akteuren

nicht geklärt ist, als auch die Schnittstellen mit den anderen Leistungsgesetzen (z.B. SGB VIII, XI, XII) unvollständig definiert sind.

5. Für die betroffenen PatientInnen wird als Konsequenz eine Ungleichbehandlung zwischen „eingeschriebenen“ und sonstigen Kassenpatienten befürchtet, da bekannt ist, dass die Kapazitäten im Bereich der niedergelassenen FachärztInnen bereits jetzt zu langen Wartezeiten führen.
6. Die begonnene Entwicklung wird vom AKG zur Kenntnis genommen. Den o. g. Vertragspartnern wird eine konstruktive Mitarbeit in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes angeboten und nahegelegt. Dies bedeutet, dass die Durchführung und die Beteiligung der verschiedenen Leistungserbringer im regionalen Verbund transparent erfolgen sollte und eine unabhängige fachliche Begleitung notwendig erscheint.
7. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ermöglicht es den Krankenkassen seit Anfang 2011 IV-Verträge auch direkt mit Unternehmen, d.h. auch aus der Pharmaindustrie, abzuschließen. Hiermit ist eine neue Qualität des Einflusses der Industrie auf Behandlungsstrukturen für psychisch Kranke erreicht. Eine Verknüpfung von industriellen Marktinteressen und Therapie ist hergestellt.
Dem Gesetzgeber wird empfohlen die diesbezüglichen Bestimmungen des AMNOG zur überprüfen und ggfs. rückgängig zu machen.

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)

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

Im Februar 2011 nahm der RFP seine regelhafte Arbeit wieder auf. Durch Änderung der Geschäftsordnung wurde festgelegt, dass der RFP nur noch viermal im Jahr tagt und zwar jeweils am 1. Donnerstag des letzten Monats im Quartal. Außerdem wurde zum Juli 2011 die Zusammensetzung des Regionalen Fachbeirats für 3 Jahre durch den Dezernenten für Soziale Infrastruktur, Herrn Jordan, neu bestimmt. Stimmberechtigte Mitglieder sind:

Herr Blanke, Uwe
Herr Dr. Elgeti, Hermann
Frau Liese, Bärbel
Frau Dr. Oestereich, Cornelia
Herr Reichertz-Boers, Uwe
Herr Schlieckau, Lothar
Herr Dr. Sueße, Thorsten
Herr Wolter, Andreas

Thematischer Schwerpunkt in den 4 Sitzungen des Jahres 2011 war die Auseinandersetzung mit dem Selektivvertrag Schizophrenie des AOK Landesverbandes und dessen regionale Umsetzung. der Fachbeirat beriet den Dezernenten dahingehend, dass auch mögliche Alternativen für eine verbesserte ambulante Behandlung auf anderen Wegen, wie z.B. durch eine Verzahnung von den Institutsambulanzen des KRH und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover, entwickelt werden könnten.

Anschrift des Verfassers:

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

Sonderteil:

Hilfen für Psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien

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

Wir haben in diesem Jahr wiederum interessante Berichte erhalten, die wir auf den folgenden Seiten ohne inhaltliche Korrekturen vorstellen möchten. 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. Hier ein kurzer Überblick über die Inhalte der nächsten Seiten:

Im Jahr 2010/2011 haben diverse institutionsübergreifende Aktivitäten mit wichtigen und aktuell relevanten Inhalten stattgefunden. Im Bereich „früher Hilfen“ sind „Leitlinien zum Kinderschutz“ sowie „Leitlinien zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Jugendämtern bei Kindeswohlgefährdung“ verabschiedet worden. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus unterschiedlichen Einrichtungen haben sich im „Bündnis gegen Depressionen bei Kindern und Jugendlichen der Region Hannover“ engagiert.

Darüber hinaus wurde von vielen Anbietern eine Tendenz angedeutet oder beschrieben, die sich in etwa wie folgt zusammenfassen lässt: Es wird eine Zunahme sowohl von früh diagnostizierten, komplexen seelischen Störungen bei Kindern, als auch häufige ausgeprägte Krisenintervention bei Jugendlichen beschrieben – nicht selten mit mehrmonatiger Schulabstinenz sowie ausgeprägtem sozialen Rückzug und wiederkehrender Suizidalität. Das bundesweit erste Angebot für computer- und internet-abhängige junge Menschen des „TSI“ am Kinderkrankenhaus auf der Bult könnte zudem viele Behandlungsplätze vorhalten, denn immer mehr Jugendliche mit Problemen flüchten in virtuelle Ersatzwelten.

Viele Autorinnen und Autoren beschreiben, dass zunehmend erziehungsunsichere, bindungsschwache und hilflose Eltern in ihren Einrichtungen auftauchen, die oftmals auf sich allein gestellt im Alltag mit ihren Kindern überfordert erscheinen und professionelle Hilfsangebote aufsuchen. Der Bedarf an Erziehungsberatung und Elterntrainings ist entsprechend hoch.

Diese Trends und vielfältige einrichtungsinterne Informationen werden in diesem Sonderteil beschrieben. An dieser Stelle möchten wir uns für die eingebrachten Beiträge bedanken. Viel Spaß beim Lesen.

Anschrift der Verfasser:

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

Ambulante Versorgung

Versorgung durch die Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater

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

Gegenüber der letzten Einschätzung zum sozialpsychiatrischen Plan 2009 haben sich, hinsichtlich der Niederlassungs- und Versorgungssituation, keine wesentlichen Änderungen ergeben. Auch die im letzten Jahr beschriebenen Tendenzen sind weiter vorhanden. Für die Versorgungsbedingungen hat sich aber zur Mitte des Jahres, nicht zuletzt auf Grund des überaus deutlichen Protests von verschiedenen Seiten, eine wesentliche Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Die, durch die Einführung des Gesundheitsfonds, gefährdete sozialpsychiatrische Versorgung wurde mittlerweile ein Teil des Bundesmanteltarifs für Ärzte und von daher ist sie bundesweit gültig. Diese Vereinbarung ist im großen und ganzen eine Fortschreibung der bisher in den meisten Bundesländern gültigen Sozialpsychiatrievereinbarungen und ermöglicht den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern im multiprofessionellen Team mit nichtärztlichem Personal (Pädagogen, Therapeuten, etc.) zusammenzuarbeiten zum Wohle der von ihnen betreuten Kinder. Eine Evaluation dieser Vereinbarung ist, obwohl schon mehrfach nachgewiesen, erneut von den Krankenkassen mit eingebracht worden und wird in den nächsten Jahren erfolgen. Insgesamt ist aber durch die bundesweite Vereinbarung nun eine Planungssicherheit für die Praxen aber auch für die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft gegeben.

Anschrift des Verfassers:

Rainer F. Janitzek - Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Brabeckstraße 167B . 30539 Hannover - kontakt@praxis-janitzek.de

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover

von Inge Noort-Rabens (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche*)

Das multiprofessionelle Team mit 5 ½ therapeutischen Mitarbeitern und 1 ½ Verwaltungskräften hat im Berichtszeitraum 538 Klienten betreut. Es fanden 4353 Beratungskontakte statt und es wurden 300 Hausbesuche durchgeführt, 73 Kriseninterventionen vorgenommen, 96 Gutachten bzw. Stellungnahme zur Frage einer geschützten Unterbringung oder einer seelischen Behinderung verfasst und es wurde an 164 Helferrunden teilgenommen.

Bei nur geringfügigem Anstieg der Inanspruchnahme wurde eine deutliche Zunahme schwerer Störungen beobachtet, die auch über Kriseninterventionen hinaus zeitliches und personelles Engagement notwendig machten.

Der im letzten Sozialpsychiatrischen Plan beschriebene Trend, dass eher ältere Kinder und Jugendliche, unsere Hilfe in Anspruch nehmen, wurde fortgesetzt. Die Anzahl der Jugendlichen, die bereits verschiedene Helfersysteme in Anspruch genommen haben, ist deutlich gestiegen.

Multiproblemfälle, angesiedelt zwischen Jugendhilfe, Jugendgerichtshilfe und Psychiatrie sind keine Ausnahme mehr. Eine enge Kooperation zwischen allen beteiligten Institutionen wird immer wichtiger. Die Folge ist ein noch stärkeres Engagement in den Gremien, die sich mit den Entwicklungen und Themen im Kinder- und Jugendbereich beschäftigen. Neben der Klientenarbeit hat dies im Berichtszeitraum viele zeitliche Ressourcen gefordert. Mitarbeiter der Beratungsstelle waren aktiv eingebunden in Aktionen des Bündnisses gegen Depressionen in der Region (regelmäßige Vorträge in Schulen). Maßgeblich beteiligt bei der Entwicklung der Leitlinien zum Kinderschutz sowie den Leitlinien zur Kooperation zwischen Sozialpsychiatrischen Diensten und Jugendämtern bei Kindeswohlgefährdung bei Familien mit Elternteilen, die psychisch erkrankt sind. Mitarbeiter nehmen an Arbeitsgruppen zur Suizidprävention teil und unterstützen Gremien, die in besonderer Weise den Schutz psychisch kranker Kinder im Auge haben.

Zwischen den psychosozialen Einrichtungen und Beratungsstellen von Stadt, Region, Land Niedersachsen und auch auf Bundesebene wird an einem regen Austausch teilgenommen, um so Entwicklungen in der eigenen Arbeit durch Rückkoppelung mit vergleichbaren Einrichtungen auf den neuesten Stand der Entwicklung halten zu können.

Gremien wie die Fachgruppe Kinder- und Jugendliche bestätigen den im letzten Sozialpsychiatrischen Plan beschriebenen Trend einer unzureichenden Erziehungskompetenz der Eltern. Der Wegfall vieler Orientierungshilfen durch schnelllebige Veränderungen der Gesellschaft und der Familien erscheinen die institutionalisierte Förderung oder Erziehung, auch der Eltern, immer wichtiger zu machen.

Die Beratungsstelle unterstützt diese Arbeit durch Elterngespräche. Im Berichtszeitraum fanden 2335 Kontakte mit Eltern bzw. Bezugspersonen der Klienten statt.

An der Auflistung der zentralen Themen für typisches Problemverhalten aus dem letzten Sozialpsychiatrischen Plan hat sich nichts Wesentliches verändert. Nach wie vor stehen Schulabstrenzung (unter Umständen über Monate oder auch Jahre), depressive Entwicklungen, Gewalterfahrungen oder Gewaltausübungen, autoaggressives Verhalten und Suizidalität sowie emotionale Störungen im Vordergrund.

Die vielschichtigen Aufgaben und die Entwicklung in den letzten Jahren machen deutlich, dass die Arbeit der Beratungsstelle ein wichtiger Faktor in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und deren Familien ist. Nach wie vor werden wir über sehr lange Wartezeiten bei ambulanten Kinder- und Jugendlichentherapeuten oder niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern informiert. Unter Berücksichtigung des sehr großen Entwicklungspotentials von Kindern und Jugendlichen und der Schwere der Störungen, die wir in der Beratungsstelle zu sehen bekommen, ist es äußerst bedauerlich, dass viele Kinder und Jugendliche sehr lange auf einen Behandlungsplatz warten müssen. Durch angemessene Maßnahmen kann in vielen Fällen einer Chronifizierung oder einer Ausbildung einer seelischen Behinderung entgegengewirkt werden. Um ihrer Aufgabe im gleichen Umfang auch in Zukunft gerecht werden zu können, wird an einer Aufstockung der Personaldecke der Beratungsstelle zu arbeiten sein.

Anschrift der Verfasserin:

Inge Noort-Rabens · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien · Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Ingeborg.Noort-Rabens@region-hannover.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

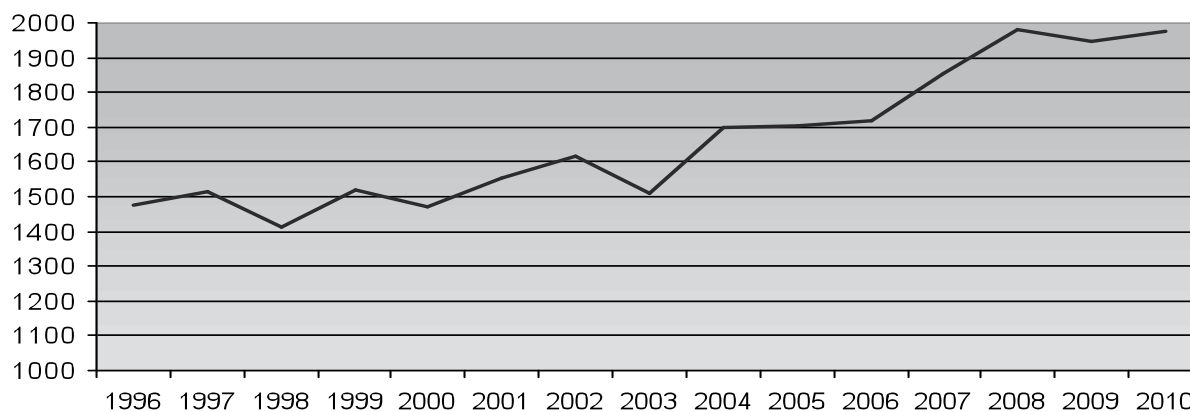
von Petra von Stosch (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

Versorgungssituation

Die Beratungsstellen sind in 3 multidisziplinären Teams organisiert. Das Team 51.12 bietet Beratungsangebote in Barsinghausen und in Außenstellen Laatzen, Seelze und Springe an. Das Team 51.13 ist am Standort Burgdorf mit Sprechstunden in Lehrte, Sehnde und Uetze vertreten. Das Team 51.14 ist in Neustadt positioniert.

In den 3 Familien- und Erziehungsberatungsstellen sind im Jahr 2010 insgesamt 1975 Familien beraten worden.

Fallzahlen im 15-Jahres-Vergleich



Die meisten Eltern wandten sich ohne direkte Empfehlung an die Beratungsstellen. 22 % kamen durch Anregung der Sozialen Dienste der Jugendämter, in 14 % der Fälle wurde die Beratung von Kindertagesstätten und Schulen nahe gelegt, in 9 % von Ärzten.

81 % aller Beratungen sind innerhalb von 10 Sitzungen abgeschlossen worden.

Erziehungsberatung ist in erster Linie Eltern- und Familienberatung. In 57 % der Fälle standen die Eltern im Fokus der Beratung. 31 % der Beratungen wurden vorrangig mit der gesamten Familie durchgeführt und nur in 8 % der Fälle lag der Schwerpunkt der Beratung auf Interventionen mit dem Kind, dem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen.

Zusätzlich zur Beratungsarbeit mit Eltern, Kindern und Jugendlichen wurden auch 2010 Kindergruppen durchgeführt: 2 Gruppen für von Trennung und Scheidung betroffene Kinder, 1 Gruppentraining für sozial unsichere Kinder und 1 Jungengruppe für sozial ängstliche Jungen. Für Eltern wurde ein Elternkurs zum Thema Pubertät angeboten.

Prävention und Vernetzung sind ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der Familien- und Erziehungsberatungsstellen. In diesem Rahmen haben MitarbeiterInnen auch im Jahr 2010 in Kin-

dertagesstätten und Schulen die Arbeit der FEBs vorgestellt und zu unterschiedlichen Themen referiert. Die Fachkräfte der FEBs bieten auch Konsultationsgespräche in Kindertagesstätten sowie mit Lehrkräften und Beratungs-lehrerInnen an Schulen an, außerdem auch Supervision für Erzieherinnen in Kitas und für sozialpädagogische Fachkräfte im Sozialen Dienst.

Fallbezogene Kooperation – unter Wahrung des Privatgeheimnisses – fand an erster Stelle mit den Sozialen Diensten der Jugendämter statt, gefolgt von Lehr- und Fachkräften im schulischen Kontext. Im Zuge der gerichtsnahen Beratung nach dem FamFG kam es vermehrt zur Zusammenarbeit mit den Familiengerichten.

Trends/Entwicklung

Als neues Angebot halten wir seit September 2010 in den 3 Beratungsstellen das Angebot „Frühe Beratung“ vor. Dabei geht es darum, Hilfen frühzeitig anzusetzen, damit Schädigungen der Kinder gar nicht erst entstehen. Mögliche Risiken für die kindliche Entwicklung lassen sich bereits im Säuglings- und Kleinkindalter erkennen. Dieses Angebot im Kontext der frühen Hilfen geht mit den Zielen der Region Hannover genauso konform wie mit den Zielen der Bundesregierung. Dafür wurden 3 Mitarbeiterinnen bereits seit Anfang 2009 im Institut für Forschung und Entwicklung in Potsdam qualifiziert. Konkret wollen wir mit diesem Angebot Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ansprechen, wenn es z.B. zu Ein- oder Durchschlafproblemen, exessivem Schreien oder Trotzverhalten kommt. Bis zum Jahresende 2010 hatten bereits 42 junge Familien diese Hilfe in Anspruch genommen.

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 Diplom Psychologe*)

Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich konnten verkürzt werden. Die Wartezeiten für spezifische Anmeldegründe konnten deutlich minimiert werden.

Die qualitätssichernden, wissenschaftlich evidenten Evaluationen werden in vielen Arbeitsbereichen und Arbeitsgruppen konsequent ausgebaut und weiterhin mit erfreulich positiver Rückmeldung von Mitarbeitern und Patientenelementen durchgeführt. Die Angebote im Bereich Autismusdiagnostik konnten nochmals erweitert werden. Die Begleitung von Elterngruppen in verschiedenen Bereichen ist ausgebaut worden. Die Gruppenbetreuung von Kindern mit kognitiven Entwicklungsstörungen im Vorschulalter und mit Problemen im seelischen Bereich, die bereits im SPZ bekannt sind, konnte weiter differenziert und intensiviert werden.

Der im letzten Jahr schon festgestellte Trend, dass die Auffälligkeiten im Bereich der Sprache deutlich zunehmen hält an. Hierbei steht die spezifische Sprachentwicklungsstörung weiterhin an vorderster Stelle. Auch nimmt weiterhin die Anzahl der bindungsschwachen bzw. bindungsgestörten Eltern stetig zu, was eine Steigerung der Zahl bindungsgestörter Kinder zur Folge hat.

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 Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich bei unverändertem Versorgungssektor die Anzahl der tagesklinischen Behandlungsplätze seit 2010 von 8 auf 9 erhöht. Ende 2010 wurden zudem zusätzlich zu den 30 stationären Behandlungsplätzen weitere 8 Behandlungsplätze für eine Station mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen genehmigt. Diese Station wird zur Zeit baulich und konzeptionell geplant und wird voraussichtlich in 2013 in Betrieb genommen werden können. Bei einer Notaufnahmequote von mittlerweile über 95% im Jugendlichenbereich mit resultierender teils erheblicher Überbelegungssituation auf der fakultativ geschützten Jugendlichenstation hoffen wir, durch das zusätzliche stationäre Angebot zum einen, dem Trend entgegenzuwirken, dass wieder vermehrt besonders schutzbedürftige Jugendliche auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden müssen, zum anderen, den Jugendlichen wieder mehr gerecht zu werden, die zur Zeit über Monate auf einen regulären stationären Behandlungsplatz warten müssen.

Neben einer anhaltend hohen Aufnahmezahl suizidaler Kinder und Jugendlicher ist in 2010 auch eine Zunahme von Aufnahmen schulvermeidender Kinder und Jugendlicher zu verzeichnen. Hier bewähren sich spezifische Konzepte, die u.a. sozialpädagogisch begleitete Antrittsbesuche in der Stammschule mit anschließender Außenbeschulung zum Ende der stationären Behandlung hin beinhalten und helfen, die Reintegration in die Schule und die Klassengemeinschaft zu erleichtern bzw. oftmals überhaupt wieder zu ermöglichen.

In der Institutsambulanz gibt es seit Herbst 2010 eine sehr gut besuchte Sprechstunde für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit Regulationsstörungen, die das bisherige Angebot der IA ergänzt und eine Versorgungslücke schließt. Termine werden kurzfristig vergeben. Insgesamt verzeichnet auch die Institutsambulanz trotz Niederlassung eines Kollegen im Landkreis Nienburg weiterhin eine hohe Nachfrage.

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

Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

von Gunther Seute (*Kinder und Jugendkrankenhaus auf der Bult*)

Im Berichtszeitraum 2010/11 war die Abteilung voll ausgelastet (28.487 Belegungstage in 2010, Auslastung stationär 100,46 %). Dies führt dazu, dass Patienten zum Teil lange auf einen Therapieplatz warten müssen. Alle Stellen im ärztlich-therapeutischen Bereich sind zurzeit besetzt.

Im Januar 2010 wurde das Angebot der Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche „Teen Spirit Island“ um 6 Behandlungsplätze erweitert. Mit dem Schwerpunkt der Behandlung von computer- und internetabhängigen Jugendlichen und Heranwachsenden. Dies ist ein in den letzten Jahren immer häufiger auftauchendes Phänomen. Das Kinderkrankenhaus auf der Bult hat damit die bundesweit ersten ausgewiesenen Plätze für diese Problematik eröffnet. Die Plätze sind dauerhaft voll belegt.

Im Herbst 2011 soll in Celle eine Tagesklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eröffnet werden, die Teil der Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinderkrankenhauses auf der Bult ist.

Anschrift des Verfassers:

Gunther Seute · Kinder und Jugendkrankenhaus auf der Bult · Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie · Janusz-Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover

AMEOS-Klinikum Hildesheim, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

von Hans-Jörg Bethge (*Leitender Diplom Psychologe*)

Die Anlage liegt reizvoll in einem Grüngürtel am Stadtrand von Hildesheim und verfügt über ein großes Park-, Spiel- und Sportgelände sowie über ein Schwimmbad. Im voll-stationären 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.

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, der Behandlung von Zwangserkrankungen 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 weiter ausgebaut.

Die erlebnispädagogischen Angebote in Form von therapeutische Reiten und therapeutischen Klettergruppen wurde erweitert.

Es wird eine Zunahme von Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus und Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis, speziell Asperger-Syndrom, beobachtet. Weiter haben sich die krisenbedingten Aufnahmen von Jugendlichen erhöht. Die Notwendigkeit und Nachfrage bzgl. Erziehungsprogrammen seitens der Eltern steigt.

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*)

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 1.10.10 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 2010 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 2010 auch kurzfristig Aufnahmen durchführen.

(Amb.): Von der Ambulanz und Beratungsstelle wurden durchschnittlich 65 Kinder und Jugendliche mit durchschnittlich 2 Fachleistungsstunden pro Woche gefördert. Die Wartezeiten betragen zwischen 4 und 6 Monate.

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

Seit August 2010 bieten wir für Kinder unseres Sonderkindergartens und deren Eltern ein spezielles Lernprogramm nach der autismusspezifischen Verhaltenstherapie an. Autistische Kinder benötigen so früh wie möglich besondere Lernbedingungen, die ihrer autismusbedingten Reizverarbeitung gerecht werden und ihnen helfen, Defizite auszugleichen. Das individuelle und intensive Lernprogramm dauert elf Monate und wird parallel im Kindergarten und im Elternhaus umgesetzt. Es gibt jedem Kind eine Chance, seine Fähigkeiten besser nutzen zu können und ermöglicht es Eltern, aktiv mit ihrem Kind Lernerfolge zu erleben. Das Programm verknüpft ambulante Leistungen mit der teilstationären Arbeit und gewährleistet die Einbringung in familiäre Beziehungsgefüge. Die Maßnahme ist eine ambulante Leistung der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX.

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

(Amb.) Der Trend aus dem Jahr 2009, dass zunehmend Kinder und Jugendliche mit Asperger Syndrom eine ambulante Fördermaßnahme benötigen, setzte sich auch im Jahr 2010 fort. Um dem steigenden Förderbedarf von autistischen Kindern in anderen Einrichtungen gerecht zu werden, bieten wir 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 85 TeilnehmerInnen dieses Angebot wahrnehmen.

Anschrift der Verfasserin:

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

Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, 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.

2010 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 2010 insgesamt 525 Anträge, davon ca. 71,0% im Zusammenhang mit vorliegenden Lese- und Rechtschreibstörungen, ca. 22,9% im Zusammenhang mit einer vorliegenden Rechenstörung und ca. 6,1% im Zusammenhang mit kombinierten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

In 80,8% der gestellten Anträge kam die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis, dass eine Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII erforderlich ist, in 7,8% zu dem Ergebnis, dass die Leistungsvoraussetzungen des § 35a SGB VIII nicht vorliegen, in 10,9% der Fälle haben Eltern den Antrag auf Eingliederungshilfe zurückgenommen.

Die gestellten Antragszahlen sind im Jahre 2010 (523) im Vergleich zum Jahre 2009 (542) um ca. 3,5% zurückgegangen.

Im Durchschnitt mussten die Eltern mit ihren betroffenen Kindern ca. 5-6 Monate ab Antragstellung auf einen Diagnostiktermin und einen anschließenden Bescheid über ihren Antrag warten. Zur Verkürzung der Wartezeiten für die Antragsteller werden voraussichtlich zum 01.11.2011 2 zusätzliche Personalstellen (eine Sozialpädagogin und eine Psychologische Psychotherapeutin oder KJP) besetzt.

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 und Dieter Luczak (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

Rechtsgrundlage für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist seit 1993 der § 35a SGB VIII. Mit dieser Zuordnung wollte der Gesetzgeber seelisch behinderte Kinder und Jugendliche primär als junge Menschen mit altersgemäßen Bedürfnissen behandelt wissen. Die Eingliederungshilfe für geistig und/ oder körperlich behinderte Kinder und Jugendliche verblieb dagegen in der Sozialhilfe.

Die Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII richtet sich an Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung, die z.B. an Psychosen, Neurosen, Suchterkrankungen, emotionalen oder sozialen Störungen leiden und dadurch nicht ihrem Alter entsprechend am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Form der Hilfe richtet sich nach dem Bedarf des Einzelnen und erfolgt:

- als ambulante Hilfe, z. B. durch eine Schulbegleitung
- als teilstationäre Hilfe, z. B. durch den Besuch einer Tagesgruppe oder eines Sonderkindergartens
- als vollstationäre Hilfe, zum Beispiel durch den Aufenthalt in einer therapeutischen Wohngruppe.

Die Kosten werden vom Jugendamt getragen. Bei teilstationären und stationären Hilfen werden, je nach Einkommen, die Eltern und jungen Volljährigen beteiligt.

1. Organisationsstruktur

Der Fachdienst Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige besteht seit 1996 und ist dem Team Fachdienste für Jugendhilfe (51.10) zugeordnet.

Im Fachdienst kümmern sich seit 2004 vier Mitarbeiterinnen mit insgesamt 3,0 Stellen um junge Menschen mit seelischen Behinderungen im Sinne eines qualifizierten und spezialisierten Case-Managements. Mit 50 % der Arbeitszeit ist eine Mitarbeiterin zuständig für die Bearbeitung von besonderen Fragestellungen /Abgrenzungsfragen zum SGB XII, Kooperationsvereinbarungen, Konzeptionen, Ansprechpartner bei Verwaltungsgerichtsverfahren.

Den Mitarbeiterinnen obliegen die Aufgaben

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

Die Mitarbeiterinnen verfügen über langjährige Berufserfahrung und nehmen regelmäßig an internen und externen Fortbildungen und Supervisionen teil, um die Qualitätssicherung zu gewährleisten.

2. Anspruch auf Eingliederungshilfe

Anspruch auf Eingliederungshilfe haben Kinder und Jugendliche, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist.

Die Abweichung der seelischen Gesundheit stellen Experten in einer fachärztlichen Stellungnahme fest. Dies können sein:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychotherapeuten,
- Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten, die über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügen.

Die Krankheitsbilder sind vielfältig, diagnostizierte seelische Störung/Krankheit können sind u.a. sein:

- Entwicklungsstörungen, wie z.B. der „Asperger Autismus“
- Verhaltensstörungen, wie z.B. Störung des Sozialverhaltens, der Emotionen und / oder der Aufmerksamkeit
- neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, wie z.B. posttraumatische Belastungsstörung, soziale Phobien, Zwangsstörungen
- Suchtproblematik, Essstörungen, Psychosen, Depressionen, Borderline-Störung

Bei dem Begriff „seelische Behinderung“ handelt es sich nicht um einen medizinischen Begriff. Aufgabe der Ärzte im Verfahren nach § 35a SGB VIII ist, eine seelische Störung nach der internationalen Klassifikation ICD-10 festzustellen und dabei die Kriterien für eine solche Störung darzulegen und deren Vorliegen zu bestätigen. Es ist jedoch nicht Aufgabe der Ärzte, die (drohende) seelische Behinderung festzustellen, geschweige denn eine Jugendhilfeleistung quasi zu verschreiben.

Der Begriff der „seelischen Behinderung“ ist ein sozialrechtliches Konstrukt, dessen einzelne Tatbestandsmerkmale von den Fachkräften der Jugendhilfe auf der Grundlage einer medizinischen Diagnostik überprüft werden. Dabei geht es um eine etwaige Störung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die nachhaltig und kausal auf die medizinisch diagnostizierte seelische Störung/Krankheit rückführbar sein muss.

Von den verschiedenen beteiligten Professionen, insbesondere den Medizinern auf der einen und den sozialpädagogischen Fachkräften der Jugendhilfe auf der anderen Seite ist ein hohes Maß an wechselseitiger Kooperationsbereitschaft und Akzeptanz der jeweiligen spezifischen Kompetenz erforderlich. In das Verfahren der Hilfeplanung können externe Fachkräfte, insbesondere Mediziner, aber auch Lehrer und sonstige Therapeuten einbezogen werden.

Auch junge Volljährige bis 21 Jahre haben einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn die sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen.

3. Sachziele

Ziel der Hilfe ist es, die Teilhabe von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen, dazu gehört u.a.

- die Behandlung der seelischen Störung
- die Stärkung der Beziehungen zu Familienangehörigen
- die Integration in Kindergarten und Schule
- die Förderung sozialer Kontakte zu Gleichaltrigen
- die Förderung von Interessen und Freizeitaktivitäten

4. Qualitätsziele der Arbeit

Der Fachdienst hat klare und transparente Qualitätsziele entwickelt, dazu gehört u.a.

- Eingangssachbearbeitung mit Unterlagenmappe innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Meldung der Eltern, Ärzte, Kinder- und Jugendpsychiatrien

- Bestätigung der eingegangenen Unterlagen innerhalb von 10 Arbeitstagen mit Terminvergabe zum persönlichen Gespräch
- Fundierte Überprüfung der Zuständigkeit der Eingliederungshilfe
- Abgrenzung zu anderen relevanten Kostenträgern
- Differenzierte Bedarfsermittlung einer Eingliederungshilfe unter Einbeziehung kostenrelevanter Gesichtspunkte
- Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen
- Terminierte wöchentliche Fachkonferenzen, alle Neuansträge und Weiterbewilligungen bei laufenden Fällen werden mit Beschluss der Fachkonferenz bewilligt bzw. abgelehnt.
- Priorisierung der Neuansträge nach Dringlichkeit
- Regelmäßige Fallsteuerung bei laufenden Fällen in Form von Hilfeplangesprächen
- Kurzfristiges Krisenmanagement innerhalb von 14 Tagen bei laufenden Fällen
- Beratung von Eltern, Kindern und Jugendlichen, jungen Volljährigen, aber auch pädagogischen, therapeutischen, medizinischen Fachkräften z.B. aus Kliniken, Kindergärten, Schulen, Allgemeinem Sozialen Dienst etc. in allen Fragen der Eingliederungshilfe.

5. Steuerung

Die Hilfesteuernng findet im Wesentlichen über die mindestens einmal jährlich stattfindenden Hilfeplangespräche statt. In diesen Gesprächen werden gemeinsam mit den Beteiligten die vereinbarten Ziele überprüft, es wird der weitere Bedarf geklärt, auch das Auslaufen von Hilfen bzw. die Überleitung der Hilfe zu anderen Kostenträgern ist Gegenstand der Gespräche.

6. Kooperation und Vernetzung

Die Fachkräfte der Region Hannover arbeiten eng mit zahlreichen externen und internen Partnern zusammen, u.a.

- den Kinder- und Jugendpsychiatrien in Hannover, Hildesheim und Wunstorf
- den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern
- der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover
- mit Schulen und Kindertagesstätten
- dem Fachbereich Soziales
- dem Rechtsamt
- dem Allgemeinen Sozialen Dienst,
- dem Team der Wirtschaftliche Jugendhilfe
- dem Fachbereich Gesundheit

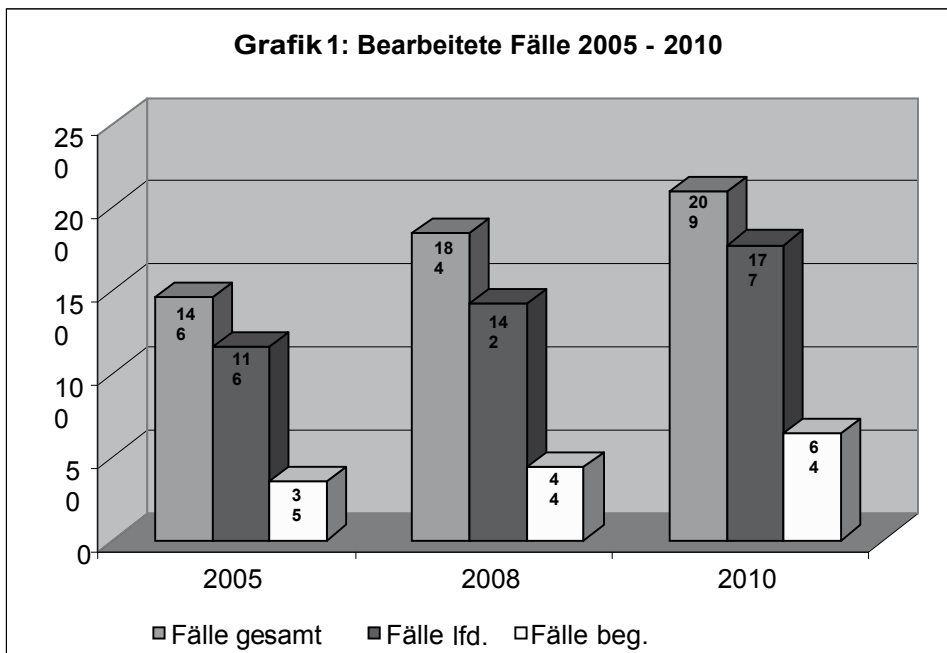
7. Hilfe für junge Volljährige

Junge Volljährige haben einen Anspruch auf Eingliederungshilfe bis zum 21. Lebensjahr, in Einzelfällen auch darüber hinaus. Die schulische und berufliche Perspektive sind deshalb regelmäßig Themen der Hilfeplangespräche zwischen Jugendlichen, Fachdienst, Einrichtung/Dienst und Personensorgeberechtigten. Mindestens ein halbes Jahr vor Volljährigkeit findet ein Hilfeplangespräch zur Abklärung der Perspektiven statt. Ziele der schulischen Ausbildung und beruflichen Integration werden zwischen dem Fachdienst, dem Jugendlichen und den Leistungsanbietern verbindlich vereinbart. Zeichnet sich ab, dass ein weitergehender Hilfebedarf noch über den voraussichtlichen Abschluss der schulischen bzw. beruflichen Ausbildung gegeben ist und steht in Frage, ob der junge Mensch selbstständig leben kann, wird unter Beteiligung des Fachbereichs

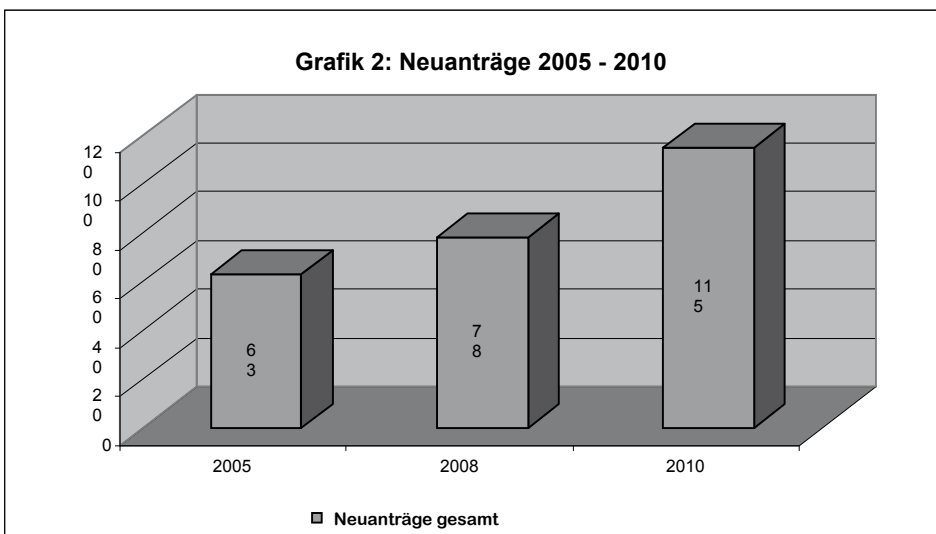
Soziales eine Betreuungsmöglichkeit gesucht, die den Hilfebedarf des jungen Menschen auch langfristig decken kann. Aufgrund der guten, eingespielten Kooperation zwischen dem Fachbereich Jugend und Fachbereich Soziales gelingt der Übergang von der Jugendhilfe in die Sozialhilfe ohne nennenswerte Probleme.

Vorrangiges Ziel der Jugendhilfe ist es jedoch, die „Teilhabebeeinträchtigung“ aufgrund der seelischen Erkrankung soweit abzumildern oder zu beseitigen, dass die jungen Menschen nach Beendigung der Jugendhilfeleistung ein selbstständiges, eigenverantwortliches Leben führen können.

8. Entwicklung der Fallzahlen

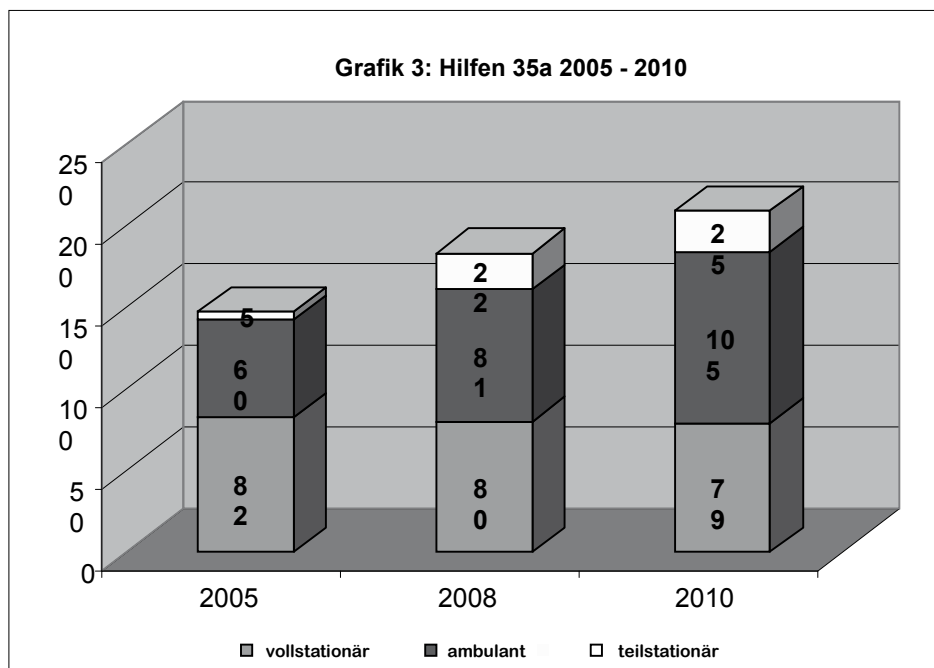


Berichtswesen FB Jugend und eigene Erhebungen



Berichtswesen FB Jugend und eigene Erhebungen

Grafik 3: Hilfen 35a 2005 - 2010



Berichtswesen FB Jugend und eigene Erhebungen

Seit Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Neuanträge und der Fallzahlen zu verzeichnen (siehe Grafik 1 und 2). Diese Entwicklung setzte sich im Jahre 2010 fort.

Die Ursachen für den Anstieg der Anträge und der Fallzahlen liegt u.a. darin begründet, dass

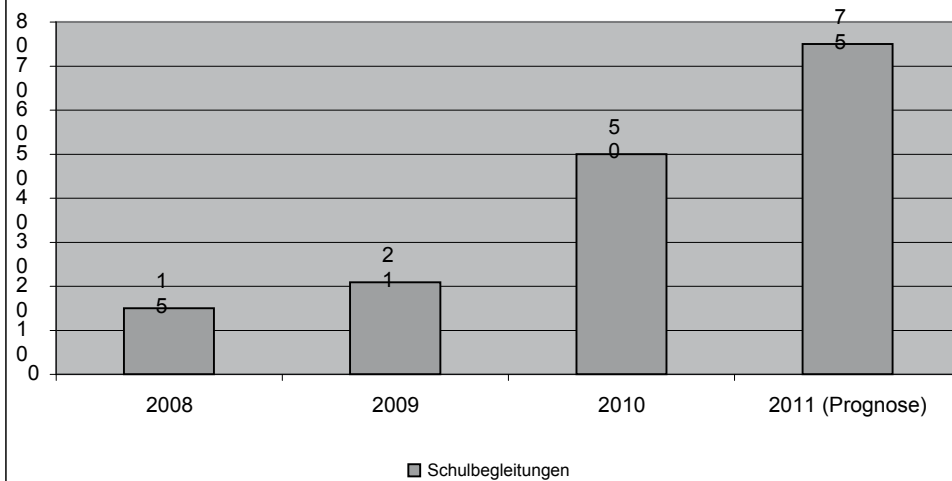
- die Kinder mit diagnostizierten seelischen Störungen immer jünger werden, dass wird dazu führen, dass Hilfen z.T. sehr lange geleistet werden müssen
- die Diagnosemöglichkeiten der Fachärzte/Kliniken sich in den vergangenen Jahren verbessert haben,
- die „Hemmschwelle“ von Eltern Unterstützung Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrien in Anspruch zu nehmen offensichtlich sinkt.

Durch Umsteuerungsmaßnahmen von stationären in ambulante/teilstationäre Maßnahmen (Grafik 3) ist es in den vergangenen Jahren gelungen die Kosten relativ stabil zu halten.

Dennoch ist davon auszugehen, dass es zu weiteren Kostensteigerungen kommen wird, dies liegt u.a. darin begründet, dass die

- die Krankheitsbilder komplexer werden. Es müssen zunehmend sehr kostenintensive Maßnahmen installiert werden. Die Schwere der Störungsbilder führt in Einzelfällen dazu, dass die seelisch Behinderten eine 1:1 Betreuung benötigen bzw. zur vollstationären Maßnahme zusätzliche Fachleistungsstunden bewilligt werden müssen
- die Anträge auf kostenintensive Schulbegleitungen weiter rapide ansteigen. (siehe Grafik 4),
- die Hilfen für Kinder im Vorschulalter steigen, hierbei handelt es sich in der Regel um die Bewilligung von Plätzen in Sonderkindergärten bzw. integrativen Gruppen im Regelkindergarten. 2005 waren es lediglich 2 Kinder, 2010 waren es bereits 19 Kinder

Grafik 4: Entwicklung Schulbegleitungen 2008 - 2011



Schulbegleitungen gehören zum Leistungsspektrum der ambulanten Leistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendlichen gem. § 35a SGB VIII.

Vorrangig werden Schulbegleitungen für Asperger Autisten eingesetzt. Asperger Autisten haben vor allem Schwächen in den Bereichen der sozialen Interaktion und Kommunikation, außerdem werden die Asperger Autisten von eingeschränkten und stereotypen Aktivitäten und Interessen bestimmt.

Aufgrund besserer Diagnosemöglichkeiten können die Kinder- und Jugendpsychiater die Behinderung eindeutiger diagnostizieren. Da Asperger Autisten aufgrund Ihrer Behinderung in der Schule einer ständigen Begleitung bedürfen, hat dies zu einem erheblichen Anstieg der Fallzahlen geführt (siehe Grafik). Grundsätzlich sind Schulbegleitungen trotz der hohen Kosten als positiv zu betrachten. Durch die Begleitung wird ein Wechsel auf eine Förderschule vermieden, die Kinder können weiterhin in ihrem Sozialraum die Schule besuchen und sie können mit der Hilfe eines Schulbegleiters am Unterricht teilnehmen, dadurch verbessern sich ihre Chancen auf einen qualifizierten Schulabschluss.

Für die Zukunft wird es trotzdem darauf ankommen, die Qualität von Institutionen, die der Eingliederungshilfe „vorgeschaltet“ sind wie Kindertageseinrichtungen und Schulen und die Kooperation mit diesen Institutionen so zu verbessern, dass eine allgemein verbesserte Förderung von Kindern und Familien, niedrigschwellige Präventionsmaßnahmen und „Frühe Hilfen“ den hohen Bedarf an Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte zu senken.

Anschrift der Verfasserin:

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

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen der Pestalozzistiftung

von Michael Theidel (*Pestalozzistiftung*)

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.

Elternttraining „Aktive Eltern“:

Das Elternttraining „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.

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

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

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen des Stephansstiftes

von Petra Dehmlow (*Stephansstift*)

In der SEJ (Stephansstift Evangelische Jugendhilfe) sind an 4 Standorten in Niedersachsen alle Betreuungsformen vertreten, die sich aus dem SGB VIII und den dortigen Hilfen zur Erziehung ergeben.

Die SEJ in Hannover bietet insgesamt 7 Therapeutische Wohngruppen mit 51 Plätzen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene an, die auf der Rechtsgrundlage des SGB VIII, §§ 34, 35a, 41 sowie SGB XII §§53ff, betreut werden. Hier finden sich Angebote wie z. B. Mädchenwohngruppe mit dem Schwerpunkt auf PTBS, Wohngruppen die speziell an Psychosen oder schizophrenen Erkrankungen leidende Jugendliche und junge Erwachsene sowie Gruppen, die sich mit allen seelischen Erkrankungen, die im Kinder- und Jugendalter diagnostiziert werden, befassen. Die Wohngruppen sind im Regelfall immer voll belegt und insofern gibt es auch durchaus Wartezeiten

von 4 Wochen bis ca. 3 Monaten. In vielen Fällen kommt es allerdings auch noch zu längeren Wartezeiten – was aber dann dem Procedere der unterschiedlichen öffentlichen Träger geschuldet ist – denn die Maßnahme einer Therapeutischen Wohngruppe ist sehr hochpreisig.

In allen Wohngruppen haben wir ausreichend refinanziertes und hochqualifiziertes Personal.

In der SEJ Hannover ist im Berichtszeitraum – also im Jahr 2010/2011 – unser Angebot für minderjährige Mütter mit ihren Kindern erweitert und intensiviert worden.

Subjektiv stellen wir fest, dass in der Jugendhilfe – insbesondere bei seelischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen – das Eintrittsalter in eine vollstationäre Jugendhilfe / psychotherapeutische Behandlung später erfolgt, als in den Jahren zuvor. Dies liegt natürlich auch daran, dass wie überall ambulant vor stationär präferiert wird. So richtig unseres Erachtens diese Prämisse in vielen Fällen auch ist, wird es dann aber wieder in einigen Fällen, nämlich bei seelischen Erkrankungen, häufiger dazu kommen, dass die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, schon chronifizierte Erkrankungen haben, wenn sie zu uns kommen.

Wir haben festgestellt, dass wir uns als Einrichtung wesentlich intensiver um den Umgang mit den sogenannten neuen Medien kümmern müssen. Die Medienkompetenz von Pädagogen und Behandlern muss aus unserer Sicht dringend erweitert werden. Wir haben subjektiv festgestellt, dass wir häufiger Jugendliche und junge Erwachsene aufnehmen, die z. B. an Sozialphobien, sozialen Ängsten und Depressionen leiden, da sie durch den Missbrauch der Medien einen dramatischen Rückzug vollzogen haben. Auf der anderen Seite können aber auch massive dissoziale Verhaltensweisen dadurch entstehen.

Wir planen im Laufe des Jahres 2012, spätestens aber zum Beginn des Jahres 2013, eine neue Therapeutische Wohngruppe zu eröffnen. Diese soll insbesondere Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dienen, die aus der Klinik entlassen werden, aber noch keine ausreichende Zukunftsperspektive entwickeln konnten. Wir machen häufig die Erfahrung, dass zwischen dem Entlassungstag der Jugendlichen, bei denen klar ist, dass sie nicht in ihr Elternhaus respektive ihre eigene Wohnung zurückkehren können und dem aktiven Handeln der Kostenträger zu wenig Zeit verbleibt, um eine adäquate Betreuungsform zu implementieren. An dieser Stelle möchten wir Abhilfe schaffen.

Anschrift der Verfasserin:

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

Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover

von Ursula Lerch-Fricke (*Fachbereich Jugend der Landeshauptstadt Stadt*)

Im Jahr 2010 wurden 304 Kinder und Jugendliche von der Clearingstelle in Obhut genommen, 181 Inobhutnahmeplätze für die KSD Bezirke vermittelt. Insgesamt wurden 485 Kinder und Jugendliche im Stadtgebiet Hannover in Obhut genommen.

Die durchschnittliche Verweildauer in der Clearingstelle betrug 2010 bei insgesamt 206 Jugendlichen 8,58 Tage.

Die Clearingstelle bietet eine 24 Stunden Erreichbarkeit an und versorgt bis zu 8 Jugendliche in ihren Räumlichkeiten. Im Rahmen des Bezugsbetreuersystems liegt der Focus auf einer engen Zusammenarbeit aller Prozessbeteiligten, um zeitnahe und tragbare Hilfsangebote machen zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Rufbereitschaft. Mit der Rufbereitschaft wird sichergestellt, dass im gesamten Stadtgebiet zu jeder Zeit Beratungen angeboten, oder Krisenintervention geleistet werden kann. 2010 wurden 373 Beratungen durchgeführt.

Die personelle Ausstattung in der Clearingstelle umfasst acht Stellen für Dipl. SozialpädagogInnen, eine Hauswirtschaftsstelle, eine Stelle für Dipl. SozialarbeiterInnen im Anerkennungsjahr und eine Sachgebietsleitung. Die Stellen der Dipl. SozialpädagogInnen werden nach Möglichkeit paritätisch besetzt.

Der Fachbereich Jugend und Familie hat mit der Polizei und dem Kinderkrankenhaus auf der Bult 2010 ein Verfahren entwickelt, wie mit alkoholintoxikierten Kindern und Jugendlichen, umgegangen wird.

Nach diesem Verfahren wird seit Januar 2011 gearbeitet. Im Oktober 2011 sollen erste Auswertungsgespräche geführt werden.

Eine Entlassung aus dem Kinderkrankenhaus auf der Bult erfolgt auf der Grundlage des Naca-Score.

Weiterhin ist eine Zunahme überforderten Eltern, die ihre Kinder ablehnen oder sich von diesen bedroht fühlen, zu verzeichnen.

Verändert hat sich auch der Zugang zum Hilfesystem. Eltern wenden sich immer häufiger zunächst an die Polizei und bekommen so den Kontakt zum Jugendhilfesystem.

Durch die abweichenden Einschätzungen und Stellungnahmen der unterschiedlichen Professionalitäten (u.a. Psychiatrie, Polizei, Justiz, Jugendhilfe) ist ein zielführendes Hilfsangebot oftmals schwer bzw. zeitnah zu installieren.

Bei den Kleinkindern ist das Inobhutnahmesystem häufig damit konfrontiert, dass sich die Anschlussmaßnahmen durch langwierige Sorgerechtsstreitigkeiten, Erstellung von Erziehungsfähigkeitsgutachten oder mangelnder Angebote verzögern.

Anschrift der Verfasserin:

Ursula Lerch-Fricke · 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 NPpsychKG. 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 NPpsychKG)

Zusammensetzung:

- Stimmberechtigt:
- Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPpsychKG
 - 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 NPpsychKG ergebenden Fragen

Zusammensetzung:

- Fachdezernent der Region Hannover als Vorsitzender
- 4 vom Fachdezernenten benannte Mitglieder:
- (ärztliche Direktorin des Klinikums Region Hannover / Psychiatrie Wunstorf, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Region Hannover, Geschäftsführer des Landesfachverbandes Psychiatrie und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover)
- 4 vom AKG zur Berufung durch den Fachdezernenten vorgeschlagene Mitglieder (z.Zt. 2 VertreterInnen von Selbsthilfegruppen Betroffener und ihrer Angehörigen, 1 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 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren

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.

Codierungsliste

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

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

A) Datenblatt für Einrichtungsträger

Berichtsjahr:

1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers

	(Code-Nr.)

2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung

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

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

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

Code vorrangiger Kostenträger

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

Code Leistungsart

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

Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)

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

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

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

Berichtsjahr:

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Geschlecht

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

2.2 Alter

0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 J.; 3 = 45 bis unter 65 J.;

4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 Einzugsgebiet des (letzten) Wohnortes, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt

1 = BS Ronnenberg / Empelde; 2 = BS Freytagstr.; 3 = BS Plauener Str.; 4 = BS Deisterstraße;

5 = BS Königstr.; 6 = Sozialpsychiatrische Poliklinik Podbielskistr. / MHH; 7 = BS Burgdorf;

8 = BS Neustadt; 9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = Psychiatrische Poliklinik I / MHH;

20 = Wohnort innerhalb Niedersachsens, aber außerhalb der Region Hannover;

30 = Wohnort außerhalb von Niedersachsen; 40 = wohnungslos; 90 = Wohnadresse unbekannt/unklar

2.4 juristische Flankierung der Hilfen

0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 1 =

Bevollmächtigung einer (nahe stehenden) Person; 2 = gesetzliche Betreuung; 3 = Behandlung gemäß NPsychKG;

4 = Maßregelvollzug; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)

0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar

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

(Fortsetzung auf der Rückseite)

- 3.1. psychiatrische Erstdiagnose**
0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhafte Störung (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8= keine psychische Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar
- 3.2. Alter bei Ersterkrankung**
0= trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1= 65 und mehr Jahre; 2= 45 bis unter 65 Jahre; 3= 25 bis unter 45 Jahre; 4= unter 25 Jahre; 9= Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar
- 3.3. Dauer seit Ersterkrankung**
0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**
0= trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1= 10 und mehr Jahre; 2= 5 bis unter 10 J.; 3= 1 bis unter 5 J.; 4= unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9= Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**
0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = 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) I; 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, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
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 /-pädagogin, Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str.1, 30623 Hannover
Böhland, Sabine	Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin Sozialpsychiatrische Beratungsstelle,Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
Bunde, Wolfgang	Dipl.-Pädagoge, Sprecher der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Arbeiterwohlfahrt,Deisterstr. 85 a, 30449 Hannover
Dehmlow, Petra	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin, Stephansstift, Leiterin der therapeutischen Wohngruppen, Kirchröder Str. 44, 30625 Hannover
Deiters-Winkler, Kathrin	Diplom Sozialpädagogin Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover
Elgeti, Hermann, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psycho- analyse, 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
Franck, Eva-Maria Dr.	Oberärztin · Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover

Georgiadis, Hildegard	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12A, 30169 Hannover
Hemmesmann, Reinhold	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Sprecher der Fachgruppe Legale Sucht Geschäftsführer der SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
Jamroszczyk-Brändle, Ulrike	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7a, 30853 Langenhagen
Janitzek, Rainer F.	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Pädagoge, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologin, Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
Koch, Vera	Heimleiterin, Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe Dokumentation Psychiatrische Pflegeheime Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH, Wolfstr. 36, 30519 Hannover
Lagerbauer, Catrin	Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Lerch-Fricke, Ursula	Dipl.-Sozialpädagogin, Pädagogische Leitung, 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	Drogenbeauftragter der Landeshauptstadt Hannover, Dez. III Fachbereich Jugend- und Sozialdienst, Ihmeplatz 5 , 30449 Hannover
Loer, Annette	Betreuungsrichterin Amtsgericht Hannover, Volgersweg 1 30175 Hannover
Luczak, Dieter	Diplom Sozialpädagoge, Teamleiter Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover
Müller-Musolf, Birgit	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover

Noort-Rabens, Ingeborg	Ärztin, Sprecherin der Fachgruppe Kinder- und Jugendliche, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Pohl, Stefan	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
Preis, Manfred	Dipl.-Psychologe, Geschäftsführer, Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH, Liebigstr. 6, 30851 Langenhagen
Prelle, Christine	Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
Redslob, Anette	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Chefärztin, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
Reichertz-Boers, Uwe	Geschäftsführer der SuPA GmbH 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
Rosenthal, Oliver	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt Zentrum für Gerontopsychiatrie, Klinikum Warendorff, Rudolf Warendorff-Str. 22, 31319 Sehnde
Schäfer, Therese	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekoordinator, Drogenbeauftragter Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover

Seckendorff, Christoph von	Gründungsmitglied des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V., Rückertstr. 17, 30169 Hannover
Seelhorst, Rose-Marie	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
Seute, Gunther	Kaufmännischer Direktor, Kinder und Jugendkrankenhaus auf der Bult, Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Steinmüller, Susanne	Dipl.-Sozialpädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Poliklinik auf dem Campus, Sozialpsychiatrischer Dienst, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Stosch, Petra von	Dipl.-Psychologin/Psychologische Psychotherapeutin, 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), 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, 31515 Wunstorf
Theidel, Michael	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
Thiermann, Holger	Leitender 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
Weidner, Oliver	Dipl.-Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe Arbeit & Rehabilitation Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Deisterstr. 17B, 30449 Hannover
Wilgeroth, Regina	Krankenschwester mit Sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung AGZ Linden, Ungerstr.4, 30451 Hannover



Region Hannover

Herausgeber

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

ISSN 1865-7699

www.hannover.de