



---

**Sozialpsychiatrischer Dienst**

**Region Hannover**

---

# **Sozialpsychiatrischer Plan 2015**

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

**Herausgeber:**  
Region Hannover  
Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes  
Peiner Str. 4 • 30519 Hannover



Lesehilfe ab Seite 6

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

### **Dr. Hermann Elgeti**

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

### **Vera Koch**

Psychiatrische Pflegeheime Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH,  
Mellendorfer Str. 7 - 9, 30625 Hannover  
– stellvertretende Sprecherin –

### **Dr. Thorsten Sueße**

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

### **Monika Lüpke**

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

### **Lothar Schlieckau**

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

### **Uwe Blanke**

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

# Inhaltsverzeichnis

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

## **Einleitung, Bewertung und Ausblick**

Leicht gesagt und schwer getan: Arbeit ist die beste Medizin Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes - Lesehilfe und Einleitung ( <i>Thorsten Suae und Uwe Blanke</i> ) .....	6
--	---

Stellungnahme eines Psychiatrie-Erfahrenen zum Schwerpunktthema: Die Ricklinger Erklärung zur beruflichen Integration aus Sicht der Betroffenen ( <i>Christoph von Seckendorff</i> ) .....	11
--	----

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker zum Schwerpunktthema ( <i>Rose-Marie Seelhorst</i> ) .....	16
---	----

## **Schwerpunktthema 2015: Inklusive Arbeit und Beschäftigungsmöglichkeiten**

Förderung der Teilhabe an Arbeit für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover Positionspapier des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie vom 16.09.2014 ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	18
--	----

Was hat sich in den letzten 5 Jahren getan? Rückblick der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ ( <i>Oliver Weidner, Michael Sandau</i> ) .....	27
--	----

Beratung und Unterstützung für Menschen mit Behinderung im Jobcenter Region Hannover ( <i>Katharina Vonwiller</i> ) .....	32
--	----

Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch erkrankte (behinderte) Menschen Darstellung der Situation für den Rechtskreis SGB XII Aktivitäten und Maßnahmen des Fachbereiches Soziales der Region Hannover ( <i>Anja Krause</i> ) .....	33
---	----

Inklusive Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten aus Sicht des Fachbereiches Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung in der Region Hannover ( <i>Reinhard Biederbeck</i> ) .....	37
---	----

Leistungsangebote der gesetzlichen Rentenversicherung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ( <i>Jürgen Rodewald</i> ) .....	41
---	----

Jobcoaching als Unterstützungsmöglichkeit durch den Integrationsfachdienst für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber ( <i>Jörg Kusterer</i> ) .....	45
---	----

Überblick zu den gegenwärtigen Möglichkeiten im Übergang Schule – Beruf bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen aus Sicht einiger berufsbildender Schulen ( <i>Katja Ewald, Anette Pundt, Annette Stichweh</i> ) .....	48
--	----

Die Problematik der Zuverdienstgrenzen – Eine gesetzlich verankerte Motivationsbremse ( <i>Uwe Reichertz-Boers</i> ) .....	53
--	----

## **Regionale Psychiatrieberichterstattung**

Regionale Berichterstattung für das Jahr 2013 ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	56
---	----

## **Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**

### **Berichte von 11 Fachgruppen**

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ ( <i>Oliver Weidner</i> ) .....	77
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	78
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ ( <i>Andreas Tänzer</i> ) .....	79
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ ( <i>Susanne Batram</i> ) .....	81
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ ( <i>Peter Roddau</i> ) .....	83
Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“ ( <i>Alfred Lessing</i> ) .....	84
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ ( <i>Petra Dehmlow</i> ) .....	85
Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	87
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ ( <i>Ahmet Kimil</i> ) .....	88
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ ( <i>Uwe Reichertz-Boers, Henning Kurth</i> ) .....	92
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ ( <i>Wolfgang Bunde</i> ) .....	93

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße ( <i>Doris Rolfes-Neumann</i> ) .....	96
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße ( <i>Ulrike Johanning-Schönfeld</i> ) .....	97
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße ( <i>Andreas Roempler</i> ) .....	97
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen ( <i>Horst-Peter Michel</i> ) .....	99
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen ( <i>Doris Stelljes</i> ) .....	100
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List ( <i>Oliver Bock</i> ) .....	101
Sektor-Arbeitsgemeinschaft der Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover ( <i>Susanne Steinmüller</i> ) .....	102
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße ( <i>Sabine Tomaske</i> ) .....	103
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde ( <i>Martin Fochler</i> ) .....	104

### **Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)**

( <i>Sabine Kirschnick-Tänzer</i> ) .....	105
---	-----

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

( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	107
---------------------------------	-----

## **Sonderteil**

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien ( <i>Stefan Pohl, Matthias Eller</i> ) .....	108
--	-----

### **Ambulante Versorgung**

Versorgung durch die Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater ( <i>Rainer Janitzek</i> ) .....	109
---	-----

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover ( <i>Monika Oelbe</i> ) .....	110
---	-----

Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend ( <i>Matthias Möller</i> ) .....	111
--	-----

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie ( <i>Michael Wachtendorf</i> ) .....	111
---	-----

### **Stationäre Versorgung**

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf ( <i>Anette Redslob</i> ) .....	112
--	-----

Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ( <i>Burkhard Neuhaus</i> ) .....	113
--	-----

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

Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII (Achstes Buch Sozialgesetzbuch) im Team 51.19/ Pflegekinder, Adoption und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche der Region Hannover ( <i>Katrin Deiters-Winkler</i> ) .....	113
--	-----

Pestalozzi-Stiftung – Jugendhilfe ( <i>Michael Theidel und Marc Vatterott</i> ) .....	115
---	-----

Clearingsstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover ( <i>Isabell Geiß</i> ) .....	117
---	-----

### **Sozialpsychiatrischer Verbund**

Organigramm .....	118
-------------------	-----

Formulare der Datenblätter A - C .....	119
--	-----

Modifiziertes Datenblatt C für die Kinder und Jugendpsychiatrie .....	123
---	-----

Codierungslisten. ....	125
------------------------	-----

<b>Autorenverzeichnis</b> .....	127
---------------------------------	-----

## **Leicht gesagt und schwer getan: Arbeit ist die beste Medizin Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes – Lesehilfe und Einleitung**

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

Wie bereits in den vergangenen Jahren stellen wir dem Sozialpsychiatrischen Plan 2015 im Folgenden eine „Lesehilfe“ voran. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwenden wir häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer und Frauen gemeint sind.

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

**Inklusive Arbeitsmöglichkeiten** für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen sind das Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans.

Fachleute wie Laien sind sich einig, dass Arbeit und die damit verbundene Wertschätzung, die sozialen Kontakte sowie die Möglichkeit, selbst für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen, von besonderer Bedeutung für das Selbstbewusstsein und die seelische Gesundheit des Menschen sind. Umgekehrt bedeutet der Verlust von Arbeitsmöglichkeiten bis hin zu sozialrechtlich definierter Erwerbsunfähigkeit eine erhebliche soziale und psychische Belastung. Menschen, die psychisch erkrankt sind, trifft dies in besonderer Weise. Die Schaffung von Möglichkeiten Erwerbsfähigkeit und Arbeitsplätze zu erhalten, Arbeitsdiagnostik, Ergo- und Arbeitstherapie zu ermöglichen, rehabilitative Möglichkeiten wohnortnah zur Verfügung zu haben, geschützte Arbeitsplätze vorzuhalten und den Möglichkeiten der Betroffenen anzupassen sowie Angebote zur Schaffung von stabilisierender Tagesstruktur und Zuverdienstmöglichkeiten zu entwickeln, das sind einige der Themen, mit denen sich der Sozialpsychiatrische Verbund kontinuierlich auseinandersetzt. Viel ist in dieser Frage geschafft und auf einem guten Niveau in der Region Hannover entwickelt. Trotzdem sind die Angebote in der Region Hannover, die in der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung (12.02.2015) als eine der „Hochburgen der Langzeitarbeitslosen“ bezeichnet wurde, in vielen Bereichen aus der Sicht der Fachleute dringend weiterzuentwickeln.

- Die Fragestellung inklusiver Arbeitsmöglichkeiten aus der **Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen** (ab S. 11) und aus der **Sicht der Angehörigen** (ab S. 16) vermitteln die Beiträge von Christoph von Seckendorff und von Rose-Marie Seelhorst. Beide machen deutlich, wie sehr die Betroffenen vielfältige, passgenaue und ihren Möglichkeiten entsprechende Angebote zwischen dem Erhalt eines Arbeitsplatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt und zeitlich begrenzten, stundenweisen Anforderungen benötigen. Ein starkes Plädoyer für Vielfalt im System.
- Das Positionspapier des **Regionalen Fachbeirates Psychiatrie** ab S. 18 ist in fünf Teilschritte gegliedert. Die S3-Leitlinie benennt die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Das gegenwärtige Angebot zur Förderung der Teilhabe an Arbeit in der Region Hannover wird beschrieben. Es wird eine Einschätzung des ungedeckten Bedarfs vorgenommen. Es werden Qualitätskriterien für die Realisierung von Arbeit

und Beschäftigung formuliert und abschließend werden mögliche Ansatzpunkte für eine Verbesserung von Teilhabechancen herausgearbeitet.

- Für die **Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“** des Sozialpsychiatrischen Verbundes geben Oliver Weidner und Michael Sandau ab S. 27 einen Rückblick auf die Entwicklung in den letzten fünf Jahren, die seit dem Sozialpsychiatrischen Plan 2009 zum Thema „Arbeit für psychisch kranke Menschen“ vergangen sind. Projekte, die gut gestartet sind und schließlich auf Grund der Rahmenbedingungen nicht fortgeführt werden konnten, neue vielversprechende Projekte, die Besonderheiten in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) werden ebenso behandelt wie die Frage des bisher in Niedersachsen nur in geringem Umfang genutzten „Budgets für Arbeit“, das helfen könnte den Übergang aus einer WfbM in den regulären Arbeitsmarkt zu fördern.
- Die Möglichkeiten des **Jobcenters Region Hannover** stellt Katharina Vonwiller in ihrem Beitrag ab S. 32 dar. Dies sind nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) zum Beispiel: Ausbildungs- und Weiterbildungszuschüsse, die Förderung von Probebeschäftigung (bis zu 3 Monate / bis zu 100 %), der Eingliederungszuschuss (bis zu 24 Monate / bis zu 70 % des Arbeitsentgelts). Außerdem wird darauf hingewiesen, dass das Jobcenter Region Hannover ab Mitte 2015 ein zentrales Beratungs- und Integrationscenter für Menschen mit Schwerbehinderung und Rehabilitanden einrichtet.
- Sind Betroffene dauerhaft nicht in der Lage mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, so erfolgt der Wechsel aus der Zuständigkeit der Jobcenter in die Zuständigkeit des **Fachbereichs Soziales der Region Hannover**. Ab S. 33 erklärt Anja Krause in ihrem Beitrag die Ausgangssituation und Rahmenbedingungen nach dem SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung). Dies sind die § 53 Abs. 3 (Ermöglichung von Teilhabe) und § 11 (Aktivierung). Die Region Hannover gewährt Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen. Einzelvereinbarungen werden geschlossen, damit Leistungsberechtigte zumutbar einer Tätigkeit nachgehen können. Das Budget für Arbeit wird gewährt. Berichtet wird außerdem über die Förderung von zwei neuen Zuverdienst-Projekten (§ 11, aktivierende Hilfe), die ihre Tätigkeit 2014 und 2015 aufgenommen haben.
- Aus der Perspektive des **Fachbereichs Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung** der Region Hannover weist ab S. 37 Reinhard Biederbeck auf das Übereinkommen der Generalversammlung der UN über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hin, das seit 2009 für Deutschland völkerrechtlich verbindlich ist. Inklusion als Leitgedanke ist ein zentraler Punkt bei der Stärkung der Ausbildungs- und Beschäftigungschancen von Menschen mit Behinderungen. Der Fachbereich wird Initiativen und Modelle in Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen der Bundesagentur für Arbeit und Wirtschaftsverbänden unterstützen, um die Sensibilisierung von Unternehmen zur Bereitstellung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen, zu zielgruppengerechten Arbeitszeitmodellen und zur Nutzung unterstützender Maßnahmen zu fördern. Hingewiesen wird auf das Projekt „D.O.C. Center“ und die geplante Einrichtung von Pilotprojekten zur Etablierung von „Cap Märkten“, in denen mindesten 50 % Menschen mit Behinderung beschäftigt werden sollen.

- Die besondere Bedeutung psychischer Erkrankungen für die gesetzliche Rentenversicherung, d. h. für die Leistungen zur Erwerbsminderungsrente (43 % der Neueingänge, Durchschnittsalter 49 Jahre) und die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, erläutert Jürgen Rodewald von der **Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover** ab S. 41. Es werden Hinweise gegeben zu den Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) und dem Leistungsspektrum der Berufsförderungswerke (BFW). Die Frage nach den bisher kaum durch die Versicherten genutzten Optionen der Unterstützten Beschäftigung (Jobcoaching) und der möglichen Inanspruchnahmen von Teilerwerbsminderungsrenten schließt den Artikel ab.
- Ab S. 45 beschreibt der Beitrag von Jörg Kusterer die Aufgaben und die „allparteiliche“ Arbeitsweise des **Integrationsfachdienstes für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber** (IFD). In diesem Aufgabenspektrum wird das Jobcoaching als eine intensiv betreute, zeitlich begrenzte Form der Intervention und Begleitung im betrieblichen Umfeld beschrieben, die in der Ausgestaltung genau auf die Fragestellungen der Betroffenen zugeschnitten ist und die dann funktionieren kann, wenn im betrieblichen Umfeld die Bereitschaft besteht, aktiv an der Umsetzung mitzuwirken. Die Voraussetzungen für Betroffene und deren Arbeitgeber, der Aufbau und die Realisierung von Jobcoaching werden skizziert und die Kontaktdaten der zuständigen Fachkräfte in den IFD werden zur Verfügung gestellt.
- Auf die steigende Zahl von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen weisen Annette Stichweh, Katja Ewald und Anette Pundt aus der **Sicht einiger Berufsbildender Schulen** (BBS) ab S. 48 hin. Wenn eine abgeschlossene Berufsausbildung und/oder ein Arbeitsplatz als wichtige protektive Faktoren gelten, dann wird deutlich, welchem Risiko Jugendliche langfristig ausgesetzt sind, die den Übergang von der Schule in den Beruf nicht bewältigen können. Die Autorinnen beschreiben die Situation und die Möglichkeiten der Begleitung und Beratung an den BBS. Sie geben einen Überblick über ihre Vernetzung zu professionellen Kooperationspartnern und benennen abschließend, welche Angebote fehlen bzw. zukünftig bei der Bearbeitung dieser Fragestellung hilfreich sein könnten.
- Während sich das Jobcoaching an Menschen richtet, die in einem regulären Arbeitsverhältnis stehen, setzt sich der Artikel von Uwe Reichertz-Boers ab S. 53 aus der **Anbieter-Perspektive der SuPA GmbH** mit der Frage von Projekten auseinander, die denen, die nicht mehr im Sinne des SGB erwerbsfähig sind, Stabilisierung bieten können. Psychisch Kranke, die nicht erwerbsfähig sind, wünschen sich wie alle anderen Menschen auch Bestätigung durch sinnvolle und bezahlte Arbeit. Der Weg hierzu führt über das Angebot von sogenannten Zuverdienstarbeitsplätzen. Diese Zuverdienste sind anrechnungspflichtig, wenn Leistungen nach dem SGB II oder dem SGB XII bezogen werden. In den geltenden rechtlichen Vorgaben wird eine bedeutende Beeinträchtigung der Motivation der Betroffenen gesehen. Gefordert werden langfristig geänderte gesetzliche Regelungen und kurzfristig ein „kreativer Umgang“ mit diesem Hemmnis.
- Fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der Beitrag zur **Psychiatriebericht-erstattung**, in dem Hermann Elgeti ab S. 56 zunächst einen Überblick zur Sozialstruktur der Bevölkerung, die psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region Hannover und über das zugrunde gelegte Konzept der Qualitätsentwicklung gibt. Die Arbeitslosenquote wird als ein bedeutendes Merkmal in der Bedarfsplanung psychiatrischer Hilfen identifiziert. Die datengestütz-



te Situationsanalyse wird als Voraussetzung für die Formulierung politischer Entscheidungen hervorgehoben. Daraus ergibt sich das Interesse, die Abgabe der Datenblätter zwischen der Region Hannover und den Leistungserbringern zukünftig vertraglich zu regeln. Der aktuelle Rücklauf wird detailliert in Bezug auf die Einrichtungen dargestellt. Die Auswertungen machen z. B. beim ambulant betreuten Wohnen bemerkenswerte Unterschiede bei der Inanspruchnahmeziffer von Angeboten innerhalb der Region Hannover (Verhältnis Stadtgebiet Hannover und Umland 3:1) deutlich, die es perspektivisch zu klären gilt.

- Ab S. 77 folgen die **Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**, die ebenfalls ein fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne sind und die das große Spektrum der im Sozialpsychiatrischen Verbund bearbeiteten Themenstellungen einschließlich der daraus resultierenden Initiativen abbilden.
- Im Sonderteil **Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien**, der von Matthias Eller und Stefan Pohl verantwortet wird, erhalten Sie ab S. 108 wieder einen Überblick der für diesen Bereich relevanten Themen.
- Unter der Rubrik **Sozialpsychiatrischer Verbund** finden Sie ab S. 118 das Organigramm des Verbundes, die Codierungsliste und die Datenblätter A, B und C.
- In diesem Jahr verzichten wir darauf, die **Übersichtskarten der Versorgungssektoren** beizufügen und bitten Sie ggf. auf die Abdrucke der letzten Ausgabe zurückzugreifen, da hier für das Jahr 2015 erhebliche Veränderungen auf Grund der geplanten Neustrukturierung der Versorgungssektoren anstehen.

### **Was ist aus unserer Sicht noch im Jahr 2015 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?**

Seit dem 1. Januar 2015 hat die Region Hannover mit eigenem Personal vollständig die Pflichtaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch in dem Teil des Stadtgebietes von Hannover übernommen, welcher bisher von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) versorgt worden ist. Der Kooperationsvertrag zwischen der Region und der MHH, durch den die Übernahme der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes an die MHH übertragen wurde, war vonseiten der MHH zum 31. Dezember 2014 gekündigt worden.

Eine der **beiden neuen regionseigenen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen** befindet sich jetzt in der Podbielskistr. 158, 1. Obergeschoss, 30177 Hannover (ehemals MHH-Beratungsstelle List). Für die zweite neue regionseigene Beratungsstelle wird derzeit ein Standort im ehemaligen Sektorgebiet der MHH-Beratungsstelle auf dem Campus gesucht. Als Übergangslösung befindet sich diese zweite Beratungsstelle derzeit ebenfalls noch in den Räumlichkeiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle List.

Die bisher von der MHH versorgten ambulanten Sektoren 06 und 11 sind kleiner als die anderen auf dem Stadtgebiet gelegenen Sektoren 02, 04 und 05. Lediglich der Sektor 03 in Hannover liegt mit seiner Größe der zu versorgenden Einwohner zwischen den Sektoren 06 und 11. Insofern

wird angestrebt, den Sektorzuschnitt auf dem gesamten Gebiet der Stadt Hannover im Laufe des Jahres 2015 einander anzugleichen.

Wir gehen davon aus, dass spätestens im 2. Halbjahr 2015 das erste **Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ)** in der Region Hannover eröffnet wird. Es handelt sich um eine Kooperation zwischen der Region Hannover und dem Klinikum Region Hannover (KRH) mit Standort im Grammophon-Büropark in Hannover-List. Neben den Kernbausteinen Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi), Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und allgemeinpsychiatrische Tagesklinik (TK) beinhaltet das GPZ List auch die psychosoziale Kontaktstelle des Laienhelferkreises Sozialpsychiatrie Hannover. Die Einbeziehung weiterer Kooperationspartner (wie z. B. einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst oder eine ambulante Ergotherapie) wird zu einem späteren Zeitpunkt erwogen. Im GPZ werden die Mitarbeiter des SpDi jeweils zehn Wochenstunden in der PIA arbeiten, die Mitarbeiter der PIA wiederum zehn Wochenstunden im SpDi.

Mit dem GPZ verbinden wir die Erwartung, dass sich für Patienten Wege und Zeiten beim Übergang von einer Institution in die andere verkürzen. Die Verbund-Arbeitsgruppe GPZ hat die Rolle eines Beirats übernommen, der als Sprachrohr für die verschiedenen Nutzer- und Anbieterinteressen der Verbundmitglieder fungiert.

In diesem Jahr werden wir mit den psychiatrischen Versorgungskliniken über die Eröffnung weiterer GPZ – vorrangig im Umland der Region Hannover – ins Gespräch kommen.

Im März 2015 konstituiert sich die neue **Fachgruppe des Verbunds „Fort- und Weiterbildung“**. Es geht hier um Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung in der Sozialpsychiatrie für die Region, deren Umsetzung das KRH-Bildungszentrum übernehmen will. Dabei kümmert sich die neue Fachgruppe um die inhaltliche Ausgestaltung der geplanten Qualifizierung, was die Chance beinhaltet, dass die Fortbildungsinhalte sehr passgenau auf die Bedürfnisse der Region Hannover abgestimmt werden können.

Als Dauerbrenner erweist sich das Warten auf die **Novellierung der niedersächsischen Gesetze über den Maßregelvollzug sowie die Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke**. Vermutlich wird zumindest das Maßregelvollzugsgesetz noch in diesem Jahr verabschiedet. Beide Gesetze werden in ihrer neuen Fassung zentrale Inhalte wie z. B. den Umgang mit Zwang der aktuell gültigen Rechtsauffassung anpassen. Wir hoffen, dass auch die Neuformulierung der Gesetzespassagen zur Möglichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsermächtigung in Sozialpsychiatrischen Diensten zu einer Entspannung in dieser Frage im Konflikt mit dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung führt.

Das Land Niedersachsen hat zwei Beraterfirmen aus Köln (FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich; ceus consulting) mit der Erstellung eines Landespsychiatrieplans für Niedersachsen beauftragt, der zum Jahresende vorgelegt werden soll. Nach einer Bestandsanalyse des gegenwärtigen Hilfesystems wird die **Landespsychiatrieplanung** Empfehlungen zu strategischen Eckpfeilern für die Weiterentwicklung des Hilfesystems geben und vordringliche Entwicklungsprojekte skizzieren, die gemeinsam mit dafür erforderlichen Kooperationspartnern bis 2016 umgesetzt werden sollten.

Wir halten es für sinnvoll, wenn der Landespsychiatrieplan unter anderem die folgenden Themenbereiche enthält:

- kultursensible Versorgung von psychisch Kranken mit Migrationshintergrund
- Regionalisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung
- psychisch Kranke in schwierigen sozialen Lagen (Wohnungslosigkeit, Wiedereingliederung nach Haftstrafe oder stationärem Maßregelvollzug)
- Arbeit, Rehabilitation, Zuverdienst für (chronisch) psychisch Kranke
- Etablierung stationärer Behandlungseinheiten für psychisch kranke Mütter mit Kindern
- Entwicklung und Ausbau von Strukturen für die Behandlung von psychisch Kranken mit gleichzeitig bestehender geistiger Behinderung

**Anschrift der Verfasser:**

Dr. med. Thorsten Sueße und Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de · Uwe.Blanke@region-hannover.de

## **Stellungnahme eines Psychiatrie-Erfahrenen zum Schwerpunktthema:**

Die Ricklinger Erklärung zur beruflichen Integration aus Sicht der Betroffenen  
von Christoph v. Seckendorff (*Gründer Interessengemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit oder Rehabilitation*)

Psychische Erkrankungen in der Gesellschaft und insbesondere im Arbeitsleben sind nach aktuellen Zahlen weiterhin im Vormarsch, wobei speziell die Verordnungsmengen an psychiatrischen Medikamenten und das Risiko, psychisch krank zu werden, bei Arbeitslosen noch höher ist als bei Erwerbstätigen. Gerade bei Arbeitslosen sind psychische Störungen die vorrangigste Krankheitsart. Insgesamt sorgen psychische Erkrankungen für eine überdurchschnittlich lange Erkrankungsdauer im Vergleich zu anderen Erkrankungen. Frauen erkranken psychisch tendenziell eher als Männer.

### **Ausgangslage**

Psychische Erkrankungen entstehen, wenn externe und interne Ressourcen eines Menschen nicht mehr zur angemessenen Bewältigung der Anforderungen der Umwelt ausreichen. Zu den internen Ressourcen gehören unter anderem die individuelle berufliche Qualifikation und Leistungsfähigkeit, die psychische Konstitution und die sozialen Kompetenzen. Zu den externen Ressourcen können unter anderem das sozial unterstützende Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen, die adäquate Strukturierung von Arbeitsaufgaben und Arbeitszeit sowie die mittel- und langfristige Planbarkeit beruflicher Laufbahnen gezählt werden.

Aufgrund von Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung wurde bei psychisch Erkrankten die psychische Konstitution nur unzureichend ausgebildet. Unterschiedliche Formen der Überforderung (Arbeitslosigkeit, Partnerverlust, berufliche Belastungen) wirken krankheitsbegünstigend. Im Arbeitsleben können psychische Erkrankungen besonders dann auftreten, wenn

es zu einer Diskrepanz zwischen den beruflichen Anforderungen und den für die Bewältigung dieser Anforderungen notwendigen internen und externen Ressourcen kommt.

Bei der Betrachtung von Hilfsmöglichkeiten zur Überwindung von psychischen Erkrankungen und einer Eingliederung in die Arbeitswelt kann von zwei Gruppen von Menschen ausgegangen werden. Das eine sind die Erwerbstätigen und das andere die Nicht-Erwerbstätigen. Bei den Erwerbstätigen gibt es eine besondere Verbreitung von psychischen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Eine ebenfalls steigende Verbreitung ist zu beobachten in Banken, Versicherungen, Informationsdienstleistungen sowie im Erziehungs- und Unterrichtswesen. Führt die Erkrankung bei ihnen zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit, so tritt eine Frühberentung ein. Psychische Erkrankungen sind neben Muskel-Skelett-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Ursache für Frühberentung. Um dies zu verhindern, muss im Interesse der Beschäftigten und auch im Interesse der Unternehmen und Verwaltungen die Erhaltung und Wiederherstellung von psychischer Gesundheit im Betrieb höchste Priorität haben. Psychisches Wohlbefinden hängt viel von beruflicher Tätigkeit ab. Die Arbeitstätigkeit ist die zentrale Grundlage für den sozialen Status und für die materielle Reproduktion und sie schafft Rahmenbedingungen für kreative Betätigung und soziale Interaktion. Das Erleben von Erfolg und Anerkennung kann dadurch ermöglicht werden. Bei den Nicht-Erwerbstätigen fehlt dieses Lebensfeld Arbeit vollkommen. Der Ausschluss der Teilhabe an Arbeit führt in die soziale Isolation und berufliche Ausgrenzung.

Auch atypische Beschäftigungsverhältnisse sind eine Gefahr für die psychische Gesundheit. Befristungen, niedrige Einkommen, geringe Arbeitszeiten und eingeschränkte Arbeitnehmerschutzrechte sichern nicht dauerhaft den Lebensunterhalt, gewähren keine soziale Sicherung und verunsichern bei ständigem Wechsel des Arbeitsortes den Beschäftigten.

### **Betriebliche Wiedereingliederung für Erwerbstätige**

Ein Wiedereingliederungsplan für einen (länger) psychisch erkrankten Mitarbeiter ist unter seiner Mitwirkung zusammen von der Personalstelle, dem Vorgesetzten und dem Betriebsarzt oder behandelndem Arzt zu erstellen. Die zentrale Aufgabe dieses Plans ist es, die Belastbarkeit des Mitarbeiters mit den Anforderungen der Tätigkeit abzustimmen unter der Berücksichtigung des positiven Leistungsbildes des Mitarbeiters. Hilfreich können Gespräche mit den Vorgesetzten, eine gemeinsame Arbeitsplatzbegehung und die Unterstützung und Begleitung am Arbeitsplatz durch einen Therapeuten oder Lotsen sein. Auch der Betriebs- oder Personalrat und ggf. Kollegen können mit eingebunden werden.

Aus Sicht der Betroffenen sollten sich besonders die Arbeitsplatzbedingungen mehr an den Bedürfnissen der Mitarbeiter ausrichten. Die Arbeitszeiten sollten flexibel sein, um die Leistungsschwankungen und biorhythmische Tiefs am Tag besser ausgleichen zu können. Ein Arbeitsplatzzeitkonto könnte mit Gleitzeitregelungen und Arbeitszeitausgleich vorhandene Leistungsschwankungen auffangen. Genügend Pausen nicht nur für Raucher gehören unbedingt dazu.

## **Berufliche Eingliederung für Nicht-Erwerbstätige**

Für Nicht-Erwerbstätige ist ein stufenweiser Übergang von Ergotherapie in Arbeit auch außerhalb von langen Rehabilitationsmaßnahmen anzustreben. Zu Beginn einer zunächst stundenweisen Beschäftigung nach einer Ergotherapie sollten die Arbeitsanforderungen begrenzt bleiben. Es bedarf generell genügender und geregelter Pausen. Die Arbeitstätigkeit sollte sich möglichst an der Leistungsfähigkeit des Einzugliedernden ausrichten. Coaching und Supervisionsangebote sind zu ermöglichen. Weiterbildungsangebote, E-Learning-Angebote Bildungsurlaub sind auszubauen und flexibel nach dem Lerntempo des Einzugliedernden auszurichten.

Im Anschluss an klassische Ergotherapiemaßnahmen könnten mehrwöchige bis dreimonatige Praktikumsplätze auf dem 1. Arbeitsmarkt oder in Übungsfirmen ein Trainingsumfeld zur Steigerung von Konzentration, Ausdauer und sozialer Interaktionsfähigkeit vor Aufnahme einer regulären Beschäftigung bilden. Dabei kann eine Aufwandsentschädigung für eine Motivationssteigerung sorgen. Ergotherapieanbieter und weitere Akteure könnten durch einen gemeinsamen Pool von Praktikumsplätzen betriebliche Trainingsmöglichkeiten vorhalten, die es ermöglichen, den Einstieg in Arbeit mit persönlichem Kontakt zur Arbeitswelt zu schaffen. Trainings von sozialer Kompetenz und Selbstbehauptungstrainings nicht nur für z.B. eingeschüchterte Menschen in gestufter Form von Einzeltrainings über Gruppentrainings bis hin zu Trainings mit fremden Menschen sind durch geeignete Angebote vorzuschalten. Besonders auch Weiterbildungsmaßnahmen könnten als Alternative zur Ergotherapie den Fokus auf Ausbau der eigenen fachlichen Qualifikation legen gerade auch außerhalb eines psychiatrischen Milieus.

In den Arbeitsagenturen und Jobcentern können speziell geschulte Arbeitsvermittler und Berufsberater für Arbeitssuchende und Ausbildungssuchende mit psychischem Problemkreis eine gezielte Hilfestellung leisten und gemeinsam mit Ergotherapieanbietern, Rehabilitationsträgern, Arbeitgebern und Betroffeneninitiativen ein Netzwerk bilden, aus welchem ein Pool von Praktikumsplätzen, Arbeitsplätzen und Ausbildungsplätzen hervorgehen kann.

## **Ein gesundes Arbeitsumfeld**

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit oder ohne festen Arbeitsplatz wollen mit auftretenden Krisen am Arbeitsplatz umgehen lernen. Dazu gehören die Möglichkeiten, Arbeit delegieren zu können und bei Bedarf früher nach Hause gehen zu dürfen. Möglichkeiten, sich Luft zu verschaffen, können bereitgestellt werden, indem der Betroffene im Krisenfall die Erlaubnis zum privaten Telefonieren erhält, um spontan Hilfe zu erhalten. Das Vorhandensein von Rückzugsmöglichkeiten bei der Arbeit kann für eine starke kurzfristige Entlastung sorgen. Möglichkeiten, sich Kollegen und Vorgesetzten mitteilen zu können, sorgen für ein gegenseitiges Verständnis. Schulungen im Umgang mit Kollegen, die psychisch beeinträchtigt sind, sollten daher nicht nur für Vorgesetzte und Betriebs- und Personalräte angeboten werden, sondern bei Bedarf auch für das direkte kollegiale Umfeld des Betroffenen. Bei der Konzipierung entsprechender Schulungsmaßnahmen ist auf das vorhandene Erfahrungswissen von Betroffenen auf keinen Fall zu verzichten.

Eine betriebliche Sozialarbeit oder die gemeinsame Nutzung einer überbetrieblichen Sozialberatung durch verschiedene Arbeitnehmer kann die Arbeitsproduktivität der Betroffenen steigern, die Fehlzeiten der Belegschaft senken und insgesamt zu einer sinnvollen Gesundheitsförderung beitragen. Aus Sicht der Betroffenen sind im Arbeitsleben ihre vorhandene Motivation und ihre Einsatzbereitschaft nicht ausreichend anerkannt. Diese sollten mehr berücksichtigt und gesehen werden als die immer wieder beklagte Minderleistung. Um es mit einer Kurzformel zu beschreiben: Psychisch eingeschränkte Menschen wollen wie alle anderen Menschen auch ihre Platzierung im Arbeitsleben am richtigen Ort zur richtigen Zeit.

### **Gesundheit am Arbeitsplatz**

Patientenfürsprecher, Lotsen im Arbeitsleben oder andere Interessenvertreter für psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmer können im Sinne der Betroffenen bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen, der Arbeitsorganisation und den Arbeitsplatzbedingungen sich mit den Arbeitgebern zusammensetzen und gemeinsam mit ihnen für mehr psychische Gesundheit im Arbeitsleben eintreten. EX-IN-Patientenvertreter könnten hier beispielsweise tätig werden. Auch Betroffene ohne Schwerbehinderteneigenschaft benötigen außerhalb des Jobcoaching-Konzeptes des Integrationsamtes spezielle Hilfen zur Begleitung im Arbeitsleben, um ungesunde Arbeitssituationen nicht in eine eskalierende Kündigung führen zu lassen. Dazu gehört beispielsweise vor allem die Ermöglichung von Gesprächen bei gesundheitlich bedingten Schwankungen.

### **Prävention und Hilfen für Schüler und Migranten**

In den höheren Klassen des Schulsystems ist mehr präventive Aufklärungsarbeit über psychische Gesundheit zu leisten zum Beispiel mit einem neuen Schwerpunkt Gesundheitsfürsorge. EX-IN-Vertreter könnten einige Unterrichtsstunden über psychische Krankheiten aufklären mit persönlichen Erlebnissen oder anonymisierten Fallbeispielen mit dem Ziel, dass Schüler Respekt und Wertschätzung für dieses Thema auch für ihr eigenes Leben zur Vorsorge erhalten. Für Migranten wären Aufklärungsmedien auch in der Muttersprache hilfreich. Ein interkulturelles Training könnte bereits in Schulen stattfinden. Für Migranten fehlt bei der betrieblichen Integration eine Integrations- und Willkommenskultur mit einer Bejahung des Migrationshintergrundes.

### **Inklusion in der Arbeitswelt**

Inklusion bedeutet hier Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht nur auf dem zweiten und dritten Arbeitsmarkt, sondern auf dem ersten Arbeitsmarkt. Anders als in der Schule lässt sich Inklusion in Unternehmen nicht verordnen. Einzelne Unternehmen, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen, machen allerdings nicht nur schlechte Erfahrungen: Das Betriebsklima verbessere sich, der Erfahrungs- und Wissensschatz im Unternehmen nehme zu und die Leistung der behinderten Menschen stimme auch. Wie so oft sitzen die größten Barrieren in den Köpfen. Viele Akteure im Arbeitsleben glauben, dass behinderte und psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmer wenig belastbar und leistungsfähig seien. Dazu kommt die Unsicherheit im Umgang mit ihnen. Häufig verhindert auch der bürokratische Aufwand die Beschäftigung von Menschen mit Handicap. Ein Coach als persönlichen Assistenten zur Arbeitsbegleitung oder ein Supervisor nach Feierabend könnte vor allem vielen psychisch Betroffenen helfen. Problematisch ist derzeit die Finanzierung der persönlichen Assistenten oder Jobcoaches besonders außerhalb der Zuständigkeit des Integrationsamtes.

## **Merkmale beruflicher Eingliederung nach der Ricklinger Erklärung der IGsgMAR**

Die Interessengemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit oder Rehabilitation (IGsgMAR) hat in einem umfangreichen Papier Stellung zur beruflichen Integration psychisch kranker Menschen genommen. In dem Papier heißt es, Praxiserfahrungen in Arbeit könnten Betroffene durch Praktika oder ehrenamtliche Arbeit erlangt werden. Betriebe und Verwaltungen seien gezielt anzusprechen und im Umgang mit seelisch gesunden Menschen entsprechend zu schulen. Bereitstellende Lotsen könnten Kontakte zu Arbeitgebern knüpfen. In jedem Falle bedürfe es einer intensiven Schaffung von Vertrauen zwischen den Arbeitgebern einerseits und den Lotsen und den Klienten andererseits.

Für seelisch gesundende Menschen sei es von immenser Wichtigkeit, dass Vorgesetzte und Mitarbeiter Verständnis füreinander aufbringen. Der Arbeitgeber habe human mit seinen Arbeitnehmern umzugehen. Es müsse eine vertrauensvolle Ethik und ein Wertekanon geschaffen werden, nach denen der Stärkere aufpasst, wie er mit dem Schwächeren umgeht. Eine flexible Arbeitszeit für die Menschen könne Leistungsschwankungen ausgleichen. Hilfreich sei hier in vielen Fällen auch Teilzeitarbeit. Für die Arbeitsaufnahme eines seelisch gesunden Menschen könne ein einfacher Wahlspruch verwendet werden: „Auch mit Handicap habe ich dem Arbeitsmarkt noch etwas zu geben“.

Kein Mensch solle vom Arbeiten abgehalten werden. Möglichkeiten und Ressourcen der Menschen seien voll zu verwenden. Ihr Potential solle erhalten, wiederhergestellt und gefördert werden. Insgesamt sei das Selbsthilfvermögen der Menschen zu stärken. Kostenträger für berufliche Maßnahmen sollten so wirken, dass sie untereinander nicht konkurrieren. Wichtig dafür sei ein transparentes Handeln und eine starke Kooperation und Vernetzung untereinander. Ergotherapie werde als wesentliche Säule der beruflichen Eingliederung von den Betroffenen angesehen. Ein Tätigkeitsnachweis der Ergotherapie als Zeugnis auf freiwilliger Basis würde als sinnvoll erachtet. Dieser Tätigkeitsnachweis könne einen Entwicklungsbericht als Unterlage für eine berufliche Wiedereingliederung durch Jobcenter oder Arbeitsagentur oder für eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme beinhalten.

### **Fazit**

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind erwerbstätig oder befinden sich als Nicht-Erwerbstätige auf dem Weg in Richtung Arbeit, Rehabilitation, Frühberentung oder Grundsicherung. In jedem Fall brauchen Sie mehr denn je gezielte Hilfestellung für die Aufnahme von Praktika, Rehabilitationsmaßnahmen oder Arbeitstätigkeiten auf dem 1. oder 2. Arbeitsmarkt. Sie sind auf Unterstützung durch Kostenträger, Arbeitgeber, Praktikumsanbieter, Arbeitsvermittler, Fallmanager, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten angewiesen. Eine erfolgreiche Integration in Arbeit unter den genannten Aspekten der echten Teilhabe und Inklusion kann nur gelingen, wenn alle Akteure dieses gemeinsame Ziel im Kooperation und Einvernehmen zielgerichtet und unter Mitwirkung der Betroffenen vorantreiben. Eine dafür notwendige Infrastruktur ist in der Region Hannover bereits teilweise vorhanden, so dass die Ausgangslage für umfangreiche Inklusion im Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen nicht ungünstig erscheint.

### **Anschrift des Verfassers:**

Christoph von Seckendorff · Interessengemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit oder Rehabilitation  
Südstrücker 33 · 30459 Hannover · E-Mail: [igsgmar@aol.com](mailto:igsgmar@aol.com)

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

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

In den Gesprächskreisen der Angehörigen psychisch Kranker wird nach wie vor darüber berichtet, dass es schwer ist, für ein verstörtes – möglicher Weise krankes – Familienmitglied Rat und Unterstützung zu finden.

Die Suche nach Hilfe beginnt oft mit der Frage, um was für eine ‚Störung‘ es sich bei dem Betroffenen handelt. Wen fragen? Der Hausarzt sagt nichts, ohne den Betroffenen gesehen zu haben. Dieser geht aber nicht zum Arzt. Helfen könnte der Sozialpsychiatrische Dienst. Er ist dazu sogar nach dem NPsychKG dazu verpflichtet. Allerdings muss er über den Hilfebedarf informiert werden. Aber nur wenige Menschen kennen diesen Dienst und dessen Aufgaben.

Das muss sich ändern! Die Bürger müssen ihren Sozialpsychiatrischen Dienst und dessen Aufgaben kennen.

Häufig, brennt die Hütte‘ schon, wenn sich Angehörige eingestehen, dass sie dringend Unterstützung brauchen. Am Tag ging alles noch. Vielleicht wird morgen alles besser. Möglicherweise trägt die Hoffnung. Nachts eskaliert die Situation. Nun muss der Notärztliche Dienst oder die Polizei gerufen werden. Hoffentlich kommt ein Helfer, der die Situation erkennt und wirklich helfen kann. Vom kommenden Jahr an besteht allerdings keine Aussicht mehr auf fachkundige Hilfe für einen psychisch Kranken im Zuge einer notärztlichen Hilfe. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat den sogenannten fachärztlichen Hintergrunddienst (Psychiatrie) zum Jahresende 2014 gekündigt.

Das darf nicht sein! Die Versicherten haben ein Recht auf kompetente Behandlung.

Zum Glück verfügt die Region Hannover an den Wochenenden und Feiertagen über einen Psycho-sozialen/Psychiatrischen Krisendienst. Freitags von 15.00 bis 20.00 Uhr, samstags, sonntags und an allen gesetzlichen Feiertagen von 12.00 bis 20.00 Uhr. Dieser Dienst ist unter der Tel.-Nr. 0511 / 30033470 zu erreichen. Jeder Hilfesuchende ist dort – Podbielskistr.168 – auch persönlich willkommen. Die Mitarbeiter dieses Dienstes können im Bedarfsfall Hausbesuche machen. Ein Dienstfahrzeug steht vor der Tür.

Psychisch krank zu sein stellt nach wie vor einen Makel in unserer Gesellschaft dar. Daran hat sich auch seit dem traurigen Tod von Robert Enke wenig geändert. Vielleicht gibt es inzwischen ein bisschen Verständnis für Menschen, die an einer Depression erkrankt sind. Aber nicht für Menschen, die an einer Form der Schizophrenie leiden. Sie haben es besonders schwer, ihren Alltag zu meistern.

Eine große Erleichterung stellt für diese Kranken das Angebot Aufsuchende Psychiatrische Pflege (APP) dar. Allerdings wird diese Leistung selten ohne Nachfrage der Kranken oder ihrer Angehörigen verschrieben. Wir Angehörigen informieren deshalb bei jeder Gelegenheit – auf Veranstaltungen, bei unseren Gruppentreffen und natürlich während der Telefonbereitschaft der AANB –



über die Aufsuchende Psychiatrische Pflege. Angehörige psychisch Kranker werden im Rahmen von Psychoedukation darüber informiert, dass ihre Kranken nicht nur Medikamente sondern auch Psycho- und Ergotherapie brauchen. Auch Ergotherapie wird in den meisten Arztpraxen dem Patienten selten vom Arzt vorgeschlagen. Der Patient muss den Arzt gezielt ansprechen und um entsprechende Verordnung bitten.

Wir Angehörigen fordern die niedergelassenen Ärzte auf, ihren psychisch kranken Patienten nicht nur Medikamente zu verordnen sondern diese auch auf den Nutzen von Aufsuchender Psychiatrischer Pflege sowie Ergotherapie aufmerksam machen!

Es gibt in unserer Region eine beachtliche Zahl von Psychotherapeuten. Trotzdem gelangen psychisch Schwerkranke – insbesondere Menschen, die an einer Form der Schizophrenie leiden – nur selten in den Genuss von Gesprächstherapie. Die Wartezeiten auf einen geeigneten Therapieplatz sind viel zu lang für Schwerkranke. Verwirrend ist, dass vergleichsweise leichter Erkrankte häufig schneller einen geeigneten Therapieplatz finden. Deshalb stellt sich die Frage:

Warum beteiligen sich die Psychotherapeuten nicht stärker an der ambulanten Behandlung psychisch schwerkranker Menschen?

Zur Stabilisierung eines psychisch Kranken gehört auch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Das spielt sich zu einem großen Teil am Arbeitsplatz ab. Für schwerer Kranke genügen oft wenige Stunden nützlicher Tätigkeit in der Woche um nicht zu vereinsamen. Die Suche nach einem solchen Arbeitsplatz ist nicht leicht: Die Kollegen müssen verständnisvoll sein und das Umfeld muss passen. Wahrscheinlich würde es leichter sein, einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden, wenn der potentielle Arbeitgeber finanzielle Unterstützung erhalten würde.

Auch Menschen, die nicht in der Lage sind regelmäßig drei Stunden täglich zu arbeiten, brauchen für einige Stunden in der Woche eine passende und sinnvolle Tätigkeit.

Stärker belastbare, psychisch kranke Menschen interessieren sich für die EXIN-Ausbildung. Allerdings scheitert dieses Vorhaben häufig an den vom Teilnehmer aufzubringenden beträchtlichen Kosten. Auch die Suche nach einem passenden Arbeitsplatz nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung ist mühsam und kostet viel Geduld.

**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

# Schwerpunktthema 2015: Inklusive Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten

## Förderung der Teilhabe an Arbeit für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover

(Positionspapier des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie vom 19.06.2014)  
von Hermann Elgeti (*Regionaler Fachbeirat Psychiatrie*)

Die Mitglieder des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP) haben sich auf ihren Sitzungen am 13.03. und 19.06.2014 schwerpunktmäßig mit den Möglichkeiten einer stärkeren Förderung der Teilhabe an Arbeit für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover beschäftigt. Über die diesbezügliche Situation in den Rechtskreisen SGB II und SGB XII, über die Erfahrungen im Selbsthilfebereich sowie in der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) ließen sie sich durch Expertinnen und Experten unterrichten, die als Gäste geladen waren. Das vorliegende Positionspapier ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus Sicht der Mitglieder des RFP. Die Ausführungen zu Leitlinien, Angebot und Bedarf, Qualitätskriterien und Ansatzpunkten für eine Verbesserung der Teilhabechancen sind gedacht als fachlicher Impuls für die zuständigen Stellen sowohl bei der Region Hannover als auch in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbunds, verbunden mit dem Appell, sich auf diesem Feld gemeinsam energisch um Fortschritte zu bemühen.

### 1. Leitlinien

Eine S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ gibt wertvolle Empfehlungen zur Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, die bei den entsprechenden Bemühungen von Region Hannover und allen Akteuren im hiesigen Sozialpsychiatrischen Verbund berücksichtigt werden sollten:<sup>1</sup>

**Empfehlung 12:** *Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt anstreben, sollen Programme mit einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes und unterstützendem Training (Supported Employment) genutzt und ausgebaut werden. (Empfehlungsgrad: Sollte-Empfehlung B, Evidenzebene: Ia)*

**Empfehlung 13:** *Zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch Kranker unverzichtbar, für die eine Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt (noch) kein realistisches Ziel darstellt. Finanzielle Anreize erhöhen die Wirksamkeit entsprechender Angebote. Die Kombination der Angebote mit Interventionen, die auf Motivationssteigerung abzielen, oder ein rasches Überleiten der Programmteilnehmer in bezahlte übergangsweise Beschäftigung erhöht ebenfalls die Wirksamkeit. (Empfehlungsgrad: Sollte-Empfehlung B, Evidenzebene: Ib)*

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; S. 72-74

**Empfehlung 14:** Die berufliche Rehabilitation sollte noch stärker darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen. (Empfehlungsgrad: Klinischer Konsens-Punkt KKP)

**Empfehlung 15:** Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre betriebliche und sonstige Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen. (Empfehlungsgrad: Klinischer Konsens-Punkt KKP)

**Erweiterte Handlungsempfehlungen:** Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sollen frühzeitig beginnen und an den Prinzipien personenzentrierter, am individuellen Bedarf orientierter Hilfeleistung ausgerichtet sein. Sie sollen über alle verschiedenen Leistungsbereiche und Leistungsträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, ARGE, Integrationsämter, Sozialämter) abgestimmt und koordiniert durchgeführt werden. Zur personenzentrierten Abstimmung der Hilfen bedarf es einer engen Vernetzung der sozialpsychiatrischen Gesamthilfeplanung mit der Teilhabeplanung. Zur Umsetzung dieser Aufgabe empfiehlt sich pro Rehabilitand der Einsatz eines persönlichen Ansprechpartners oder Fallmanagers, welcher beim entsprechenden Reha-Träger angesiedelt ist.

Bei der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der psychisch behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt werden. Um den individuell verschiedenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen der Rehabilitanden entgegenzukommen, muss ein differenziertes System von Angeboten mit abgestuften Anforderungsprofilen zur Verfügung stehen. Einer individuellen und gezielten beruflichen Beratung, die frühzeitig im Rehabilitationsprozess zur Klärung der beruflichen Perspektive stattfindet, muss hohe Priorität eingeräumt werden.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sollen nach Möglichkeit wohnortnah bzw. betriebsnah zur Verfügung stehen. Ein hoher Grad an Integration psychiatrischer und berufsrehabilitativer Dienste ist anzustreben. Generell sollen berufliche Rehabilitationsmaßnahmen so konzipiert sein, dass in ihrem Umfeld ein ausreichendes Angebot flankierender Hilfen (z.B. Wohnmöglichkeiten, Tagesstätten) verfügbar ist.

Auf Grundlage der hier zitierten Empfehlungen sollte die Teilhabe psychisch erkrankter Menschen am Arbeitsleben verbessert werden – gemeinsam mit den Nutzervertretungen, Leistungsträgern und Leistungserbringern im SpV. Den Mitgliedern des RFP ist klar, dass die derzeit geltenden Rahmenbedingungen einer Umsetzung dieser Leitlinien vielfach entgegenstehen. Außerdem sind vor dem Hintergrund regionaler Besonderheiten bei der erforderlichen Konkretisierung sinnvoller Maßnahmen im Einzelnen möglicherweise Modifikationen der Leitlinien notwendig. Dabei ist die Vielfalt der Ausgangslagen der betroffenen Personen zu berücksichtigen und individuell bedarfsgerechte Hilfen in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen (siehe Tabelle 1).

Die Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung lassen sich wie folgt einteilen:

1. in Richtung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
  - a. berufliche Beratung und ggf. Vermittlungshilfen bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz
  - b. Berufsbildung und Berufsförderung, Berufsausbildung, Qualifizierung und Umschulung
  - c. medizinisch-berufliche Rehabilitation (pre-vocational training / PVT)
  - d. berufsbegleitende Hilfen / Arbeitsassistenz / Jobcoaching (supported employment / individual-placement-and-support / IPS)
2. zur Ermöglichung einer sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben bei noch nicht oder nicht mehr erreichbarer Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
  - a. Arbeitsdiagnostik und Arbeitstherapie, Belastungserprobung im ambulanten, teil- oder vollstationären Setting
  - b. beschützte Arbeitstätigkeit im Rahmen einer Werkstatt für behinderte Menschen / Integrations- bzw. Selbsthilfefirmen (in Voll- und Teilzeit, in „realer“ oder „virtueller“ Werkstatt)
  - c. begleitete / betreute Zuverdienstmöglichkeiten (in einer „realen“ oder „virtuellen“ tagesstrukturierenden Einrichtung)
  - d. Vermittlungshilfen für ehrenamtliche Tätigkeiten / bürgerschaftliches Engagement, ggf. mit Begleitung / Unterstützung bei der Ausübung

**Tab. 1: Vielfalt der Ausgangslagen psychisch erkrankter Menschen**

	Ausgangsfrage	differenzierte Antwort-Alternativen		Rehabilitationsmöglichkeiten			
erwerbsfähig ≥ 3 h/d	Ist die Person derzeit beschäftigungsfähig unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes?	ja	erwerbstätig auf dem 1. Arbeitsmarkt		ohne Integrationsfachdienst		
					mit Integrationsfachdienst		
			arbeits-suchend auf dem 1. Arbeitsmarkt	mit Anspruch auf Alg I			
				mit Anspruch auf Alg II			
				ohne Anspruch auf Alg II			
				unter 25 Jahre alt			
unklar: Abklärung erforderlich							
nicht erwerbsfähig	Ist die Person derzeit bereit und in der Lage an Maßnahmen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung teilzunehmen?	ja	wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung pro Tag	≥ 4 Std.	Reha-Ziel Budget für Arbeit		
					Reha-Ziel virtuelle WfbM		
					Reha-Ziel WfbM		
			< 4 Std.	Reha-Ziel Zuverdienst			
		unklar: Abklärung erforderlich					
		nein	profitiert von Teilnahme an Gruppenaktivitäten		Reha-Ziel Arbeit in WfbM		
			Reha-Ziel Tagesstätte				
nein		Teilnahme an Gruppenaktivitäten ungünstig		Reha-Ziel Zuverdienst			
				Reha-Ziel virtuelle Tagesstätte			

## 2. Gegenwärtiges Angebot zur Förderung der Teilhabe an Arbeit

Die Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation des Sozialpsychiatrischen Verbunds der Region Hannover hat vor einigen Jahren einen „reha-scout“ veröffentlicht.<sup>2</sup> Dort werden – mit jeweils einer Einleitung versehen – die verschiedenen Hilfsangebote zur Förderung der Teilhabe an Arbeit für psychisch erkrankte Menschen vorgestellt:

- zur Tagesstruktur,
- zur Vorbereitung auf berufliche Rehabilitation,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- zur Integration in Arbeit,
- zu Betätigungsangeboten und
- zu Selbsthilfegruppen.

Genauere Zahlen zur Inanspruchnahme dieser Angebote existieren nicht, da sich bisher nur wenige von ihnen an der regionalen Psychiatrieberichterstatterung beteiligen. In den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) dürften etwa 600 Plätze für psychisch erkrankte Menschen zur Verfügung stehen. Für die teilstationäre Eingliederungshilfe in Tagesstätten weist das Niedersächsische Landesamt für Soziales in der Region eine Platzkapazität von 195 aus. Hinzu kommen noch die beiden Angebote zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker (RPK), mehrere Arbeits-, Beschäftigungs-, und Zuverdienst-Projekte sowie arbeitstherapeutisch ausgerichtete ambulante Ergotherapie-Angebote. Insgesamt kann man in der Region Hannover von rund 1.000 Plätzen ausgehen, die der Förderung der Teilhabe an Arbeit für den beschriebenen Personenkreis dienen.

Ein großes Problem stellt der Mangel an geeigneten Förderangeboten für Langzeitarbeitslose mit größeren Vermittlungshindernissen dar. Ein Forschungsbericht des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung hat sich kürzlich dem Thema „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“ gewidmet (Zusammenfassung in der Anlage zu diesem Positionspapier).<sup>3</sup> Die in diesem Zusammenhang analysierten Krankenkassendaten zur Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug (Alg-II-Bezieher) innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwies. Es handelt sich hierbei vor allem um affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen. Demgegenüber werden von den Diensten und Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbunds der Region vor allem Personen mit vergleichsweise schweren und chronisch verlaufenden Erkrankungen (funktionelle Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen) betreut.

## 3. Grobe Schätzung des ungedeckten Bedarfs

Den Anteil an Alg-II-Beziehern mit psychischen Beeinträchtigungen schätzen Arbeitsvermittler der SGB-II-Träger in dem zitierten Forschungsbericht abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet zwischen fünf Prozent und 40 Prozent, Fallmanager in ihrem Bereich auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle. Unklar bleibt, in welchem Umfang das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigungen ein Vermittlungshindernis darstellt und welche Maßnahmen wie häufig angezeigt wären, um dem individuellen Hilfebedarf gerecht zu werden. Im Dezember 2012 waren in der Region knapp

<sup>2</sup> <http://www.hannover.de/leben-in-der-region/gesundheit/beratungsstellen/sozialpsychiatrischerverbund>

<sup>3</sup> Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013 (Eigendruck).

47.000 arbeitslose Personen beim Jobcenter registriert, davon waren 36.000 im Alg-II-Bezug. Es ist ein zweifellos ein Wagnis, ohne verlässliche Daten (die derzeit weder dem Jobcenter noch dem Fachbereich Soziales der Region zur Verfügung stehen) auch nur eine grobe Schätzung des Bedarfs auf diesem Feld vorzunehmen. Unter der Annahme, dass bei 10% der Alg-II-Bezieher Arbeitsförderung und sozialpsychiatrische Hilfen miteinander verknüpft werden müssten, hätte diese Zielgruppe einen Umfang von etwa 3.600 Personen.

Weitere Hinweise auf den erforderlichen Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe an Arbeit für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover lassen sich aus der Basis- und Leistungsdokumentation des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region (Datenblatt C) entnehmen. Im Berichtsjahr 2012 wurden vom SpDi der Region insgesamt 7317 Personen im Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren mit (letzter) Wohnadresse in den von ihm versorgten Sektoren der Region (1.030.308 Einwohner) beraten, behandelt, betreut oder begutachtet.<sup>4</sup> Das entspricht einer Inanspruchnahmeziffer von 710 pro 100.000 Einwohner. Davon waren 74% (525 pro 100.000 Einwohner) ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit (Tabelle 2). Überdurchschnittlich häufig auf dem 1. Arbeitsmarkt in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig sind solche im SpDi betreute Personen, die eigenständig mit anderen wohnen (26% gegenüber 18% in der Gesamtgruppe). In beschützten Arbeitsverhältnissen sind vergleichsweise häufiger Personen tätig, die sich in stationärer Wohnbetreuung befinden (27% gegenüber 8% in der Gesamtgruppe). Wohnungslose Menschen sind fast durchgängig ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit (92% gegenüber 74% in der Gesamtgruppe).

**Tab. 2: Arbeitssituation der im SpDi betreuten 18 - <65-jährigen Personen 2012\***

Code	Definition der Arbeitssituation	Anzahl	Anteil
1	Vollzeit-erwerbstätig / Familienarbeit, normale Schul-/ Berufsausb.	894	14%
2	Teilzeit-erwerbstätig, auch unterhalb Versicherungspflichtgrenze	285	4%
3	beschützte Arbeit (zB WfbM, AT), med.-berufl. Reha (zB RPK) oä	531	8%
4	ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit	4852	74%
1 - 4	Summe	6562	100%
9	Arbeitssituation unbekannt/unklar	755	
alle 18- bis unter 65-jährige Personen		7317	

\*) ohne im SpDi der MHH betreute Personen, ohne Personen mit (letzter) Wohnadresse in den Sektoren 6 und 11 oder außerhalb der Region Hannover

Setzt man bei dem im SpDi betreuten Personenkreis psychisch erkrankter Menschen im erwerbsfähigen Alter (d.h. von 18 bis unter 65 Jahre) die Arbeitssituation in Beziehung zum vorrangigen Lebensunterhalt, ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 3): 51% dieses Personenkreises (3310 von 6449) bestreitet den vorrangigen Lebensunterhalt über Pension, Altersrente, Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente oder Arbeitslosengeld I; 24% (1562) tut dies über Grundsicherung, Arbeitslosengeld II bzw. Sozialhilfe. 15% (997) lebt vorrangig vom eigenen Arbeitseinkommen oder Vermögen (incl. BAföG), 9% (580) von dem Einkommen eines Partners, von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen.

<sup>4</sup> Die Beratungsstellen des SpDi im Einzugsgebiet der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) – Sektoren 6 und 11 – konnten hierbei nicht mit einbezogen werden, dieses Gebiet (144.018 Einwohner) blieb bei den Berechnungen deshalb auch unberücksichtigt.

**Tab. 3: Beziehungen zwischen Arbeitssituation und Lebensunterhalt 2012\***

	Definition des vorrangigen Lebensunterhalts	Code Arbeitssituation (siehe Tab. 2)					
		1	2	3	4	1 - 4	9
1	Arbeitseinkommen/Vermögen/BAföG	679	157	17	131	984	13
2	Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, ALG I	52	65	141	3036	3294	16
3	durch Partner, Angehörige, Bezugspersonen	94	36	18	425	573	7
4	Grundsicherung, ALG II, Sozialhilfe	31	19	348	1156	1554	8
1 - 4	Summe	856	277	524	4748	6405	44
9	Lebensunterhalt unbekannt/unklar	38	8	7	104	157	711
alle 18- bis unter 65-jährige Personen		894	285	531	4852	6562	755

\*) Anzahl der im SpDi der Region betreuten 18-<65-jährigen Personen; ohne die im SpDi der MHH betreuten Personen, ohne Personen mit (letzter) Wohnadresse in den Sektoren 6 und 11 oder außerhalb der Region Hannover

Wer voll- oder teilzeitig auf dem 1. Arbeitsmarkt erwerbstätig ist (Familienarbeit und Ausbildungstätigkeiten eingeschlossen), bezieht zu 74% (836 von 1133) seinen vorrangigen Lebensunterhalt aus seinem Arbeitseinkommen oder eigenem Vermögen (incl. BAföG). Wer dagegen seinen Lebensunterhalt vorrangig über eine Pension, Altersrente, Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente oder Arbeitslosengeld I bestreitet, ist zu 92% (3036 von 3294) nicht arbeitstätig. Auch sind 74% (1156 von 1554) der Personen, die ihren Lebensunterhalt vorrangig über Grundsicherung, Arbeitslosengeld II bzw. Sozialhilfe bestreiten, nicht arbeitstätig.

Mit allen Einschränkungen aufgrund des unzureichenden Datenmaterials: Unter der Annahme, dass die Hälfte der nicht arbeitstätigen Personen unter den im SpDi betreuten psychisch erkrankten Menschen im erwerbsfähigen Alter gerne irgendeiner Arbeit oder Beschäftigung nachgehen würde, ergäbe sich pro 100.000 Einwohner ein Bedarf von rund 250 zusätzlichen Arbeitsmöglichkeiten, das wären knapp 3.000 Plätze im gesamten Regionsgebiet. Die Zielgruppen der Alg-II-Bezieher im Jobcenter und diejenigen der im SpDi betreuten nicht arbeitstätigen Personen mit einem Wunsch nach Teilhabe an Arbeit dürften sich nur zu einem kleineren Teil überschneiden. So kann man in einer ersten Schätzung für die Region Hannover von mindestens 5.000 arbeitssuchenden Personen im erwerbsfähigen Alter ausgehen. Um deren Teilhabe am Arbeitsleben mit neuen Instrumenten wirksam zu fördern, sollten die verschiedenen Leistungsträger mit dem sozialpsychiatrischen Hilfesystem eng kooperieren.

#### 4. Allgemeine Qualitätskriterien

Um die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung bei psychisch erkrankten Menschen wirksam zu fördern, sollten einige allgemeine Qualitätskriterien Beachtung finden:

1. Das Thema Arbeit und Beschäftigung ist **frühzeitig und systematisch** in alle Maßnahmen der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation zu integrieren.
2. Bei jeder Maßnahme muss die nächste **angezielte Maßnahme auch tatsächlich** verfügbar sein. Die medizinische Behandlung und Rehabilitation bereitet auf eine berufliche und soziale Rehabilitation vor, mit dem Ziel einer Teilhabe an Arbeit auf dem allgemeinen oder geschützten Arbeitsmarkt.
3. die Abklärung der Arbeitsfähigkeit und der beruflichen Neigung muss individuell im Rahmen einer **integrierten Hilfeplanung** erfolgen.
4. Trainingsmaßnahmen müssen **Relevanz** für die angestrebte Berufs-, Erwerbs- bzw. Arbeitstätigkeit haben.
5. Das **Prinzip „first-place-then-train“** sollte Vorrang haben vor dem Prinzip „first-train-then-place“. Das bedeutet, der Erhalt bzw. die Gewinnung eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt steht an erster Stelle, die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sollten möglichst am Arbeitsplatz erbracht und auf dessen Erhalt ausgerichtet werden.
6. Art, Umfang sowie Dauer der Hilfsangebote und Arbeitsanforderungen sollten **flexibel** auf die bei den betroffenen Personen zu erwartenden Unterschiede (interindividuell) und Schwankungen (intraindividuell) der Leistungsfähigkeit ausgerichtet sein. Das betrifft die erforderliche Variation sowohl der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeit als auch der Intensität und Dauer der Unterstützung, des Reha-Settings und der Leistungsanforderungen.
7. Eine koordinierende Fachperson sollte im Rahmen eines **clinical case-management** persönlich kontinuierlich zuständig und sowohl für die betreute Person als auch für den Arbeitgeber zuverlässig erreichbar sein.

Bei der regionalen Koordination und Planung in diesem Bereich sind zusätzlich folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. **Einbeziehung möglichst aller Leistungsträger und -erbringer** nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern (II, III, V, VI, VII, IX, XII, künftig XIII)
2. Bildung von **Koalitionen mit der Arbeitswelt** für Prävention und Inklusion (Initiativen für gute Arbeit, Gesundheitsmanagement durch Krankenkassen, Unternehmen und Gewerkschaften)
3. **Aktivierung der Bürgergesellschaft** im Rahmen einer konsequenten Sozialraumorientierung bei der Planung und Durchführung der Hilfen zur Teilhabe und Teilgabe (Gelegenheiten zur Arbeit und Beschäftigung, Ermöglichung eines geeigneten Bürgerhilfe-Profi-Mix bei der Unterstützung der betroffenen Menschen)
4. **integriertes Case- und Caremanagement** unter kommunaler bzw. regionaler Federführung mit den Funktionen Beratung und Assessment, Planung und Vermittlung, Koordination und Evaluation, Qualitätsentwicklung und Steuerung

Die Mitglieder des RFP sind sich bewusst, dass bei der Konkretisierung dieser Kriterien (ebenso wie bei den oben zitierten Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“) auch hier unzureichende Rahmenbedingungen und regionale Besonderheiten Modifikationen erforderlich werden können.



## 5. Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Teilhabechancen

Aus Sicht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie erscheinen neben vielen anderen wichtigen Maßnahmen folgende innovative Ansätze geeignet, die Teilhabechancen gerade auch der chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen zu verbessern:

- Abklärung der Beschäftigungsfähigkeit, Belastungstraining und Vermittlung in eine geeignete weitere Fördermaßnahme durch Arbeitstherapie im Rahmen von Heilmittelverordnungen (ambulant) bzw. tagesklinischer Krankenhausbehandlung (teilstationär) nach SGB V in entsprechend ausgerüsteten Gemeindepsychiatrischen Zentren, z.B. nach der in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH von 2004 bis 2012 bewährten Praxis;
- Schaffung von geeigneten Förderinstrumenten, die Langzeitarbeitslosen mit größeren Vermittlungshindernissen verbesserte Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben eröffnen, auch durch einen situationsgerecht flexiblen Einsatz der Möglichkeiten, die das SGB II und das SGB XII dafür bieten;
- Vermittlung auf Zuverdienst-Arbeitsplätze mit unterschiedlichen Belastungsniveaus auf dem ersten Arbeitsmarkt, bei Bedarf mit begleitender Arbeitsassistenz und regelmäßiger Überprüfung von Art und Umfang der erforderlichen Förderung zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, ob dies sinnvoll im Rahmen einer „Zeitarbeitsfirma für psychisch Gesunde“ geschehen kann.

### Anhang: Zusammenfassung des IAB-Forschungsberichtes 12/2013

Der vorliegende Bericht präsentiert Ergebnisse zur Situation von Leistungsempfängern im Sozialgesetzbuch II (SGB II), die von psychischen Störungen betroffen sind. Methodisch liegen diesem eine Literaturanalyse, (Sekundär-) Auswertungen von Daten der Sozialversicherung sowie Experteninterviews mit Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung (Jobcenter, Arbeitsagenturen, Fachdienste), von Sozialpsychiatrischen Diensten, Tageskliniken/Kliniken für Psychiatrie, Integrationsfachdiensten sowie Rehabilitationseinrichtungen/-diensten zu Grunde. Krankenkassendaten zur Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug (Alg-II-Bezug) innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwies. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen sind dabei innerhalb der Indikationsgruppe am häufigsten. Den Anteil an Alg-II-Beziehern mit psychischen Beeinträchtigungen schätzen Arbeitsvermittler der SGB-II-Träger abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet zwischen fünf Prozent und 40 Prozent; Fallmanager in ihrem Bereich auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle. Die Personengruppe ist dabei nicht nur quantitativ relevant, sondern bedingt nach Einschätzung aller befragten Experten häufig auch einen hohen Betreuungsaufwand. Einer oft notwendigen intensiven Betreuung und Vermittlung seien dabei häufig durch institutionelle Rahmenbedingungen wesentliche Grenzen gesetzt. Die Erkennung und Abgrenzung psychischer Beeinträchtigungen wird durch die SGB-II Mitarbeiter als schwierig erlebt. Sie beschreiben eine Vielzahl unterschiedlicher Auswirkungen der Beeinträchtigungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit und auf den Vermittlungsprozess. Spezifisches Wissen zu Auswirkungen psychischer Erkrankungen findet sich bei Vermittlungsfachkräften selten. Auch besteht bei ihnen oftmals die Erwartung, dass sich die Betroffenen aktiv und offen in die Beratungssituation einbringen. Dies kann jedoch mit den Ausprägungen psychischer Erkrankungen (Antriebslosigkeit, Ängste etc.) in Widerspruch geraten. Der Ansatz eines spezialisierten Dienstes für die Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer untersuchten Referenzregion wird vor-

gestellt. Werden psychische Problemlagen erkannt, beauftragen die Vermittlungsfachkräfte meist fachdienstliche Gutachten, die eine individuelle Betrachtung der Auswirkungen der Erkrankung auf die Erwerbspartizipation vornehmen. Die Gutachten haben für die Vermittlungsfachkräfte einen zentralen Stellenwert für die weiteren Schritte, können aber häufig nur eine Momentaufnahme der teilweise hohen Dynamik und Komplexität von psychischen Erkrankungen darstellen. Der Ärztliche Dienst gewinnt dabei Erkenntnisse insbesondere über Befunde Dritter („Aktenslage“), wodurch auch längerfristig gültige Einschätzungen erreicht werden können. Alternativen zur Begutachtungspraxis können flexible und in den Anforderungen gestufte Assessment und Erprobungsmaßnahmen in mehrtägiger bzw. mehrwöchiger Form sein, um eine realistischere Stärken- und Potenzialanalyse zu ermöglichen. Psychische Stabilität bzw. ein fortgeschrittener Genesungsprozess wird durch die Vermittlungsfachkräfte häufig als Voraussetzung für erwerbsintegrative Maßnahmen beschrieben. Die gegebenenfalls stabilisierend wirkende Funktion einer konkreten Perspektive für die berufliche Teilhabe wird selten benannt. Insbesondere aufgrund der individuellen Krankheitsspezifika und Auswirkungen psychischer Störungen sind die sich daraus ableitenden Unterstützungsanforderungen immer auf den Einzelfall bezogen. Die aktuelle Maßnahmepraxis wird dagegen seitens der Arbeitsverwaltung und der sozialpsychiatrischen Dienstleister gerade in dieser Hinsicht kritisch beurteilt. So werden inadäquate Rahmenbedingungen wie übermäßige Gruppengröße, unangemessene Betreuungsschlüssel, zu kurze Maßnahmen und teilweise nicht ausreichend qualifiziertes Personal bemängelt. Leistungen für behinderte Menschen nach § 16 Satz 3 i. V. m. § 112 Abs. 1 SGB III, die diesbezüglich mehr Möglichkeiten böten, haben jedoch hohe Zugangsschwellen. Zurückgegriffen wird oft mangels Alternativen auf Standardmaßnahmen der allgemeinen Förderung, die nur bedingt eine individuelle Ausrichtung ermöglichen. Hilfreich für eine zielgerichtete Unterstützung der Erwerbsintegration sind oftmals betrieblich orientierte Leistungen mit realitätsnahen Anforderungen. Hier, aber auch bei allen anderen Maßnahmen, ist die umfassende Berücksichtigung der individuellen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfe besonders wichtig. Nicht selten sind umfassende Unterstützungsleistungen notwendig, zu denen die individuelle Unterstützung bei der Arbeitssuche und die längerfristige Begleitung auch über die Arbeitsaufnahme hinaus gehört. Diese können im Rahmen der besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber auch im Rahmen der allgemeinen Förderung realisiert werden. Teilzeitbeschäftigung, flexible Arbeitszeit und spezifische Arbeitsplatzgestaltung sind als Anpassungsoptionen im betrieblichen Umfeld zu prüfen. Zur Herstellung von Passgenauigkeit könnten die Potenziale der freien Förderung (§ 16f SGB II) dienen, welche in den untersuchten Regionen unterschiedlich genutzt werden. Längerfristige Leistungen können gerade bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine schrittweise und gestufte Integration ermöglichen, die sich der individuellen Entwicklung bzw. den persönlichen Potenzialen anpasst. Nicht zuletzt sind Leistungen an Arbeitgeber (§ 16 i. V. m. §§ 88 SGB III) ein wesentliches Instrument, Chancen der Erwerbsintegration zu eröffnen, wobei langfristige Förderung gerade für Menschen mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen eine wichtige Option ist. Diese steht nur noch sehr begrenzt über den § 16e SGB II sowie darüber hinaus für Menschen mit Schwerbehinderung (§ 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung – SchwbAV) zur Verfügung. Kooperationsbeziehungen zwischen Arbeitsvermittlung und dem medizinisch-therapeutischen bzw. psychosozialen Hilfesystem sind regional qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlich. Das Kooperationsinstrument der psychosozialen Betreuung im Rahmen kommunaler Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II wird nur in geringem Umfang genutzt. Wege einer dialogischen, am gemeinsamen Ziel der (beruflichen) Teilhabe ausgerichteten Zusammenarbeit von Arbeitsvermittlung und Einrichtungen/Diensten der Behandlung und Rehabilitation sind häu-

fig nicht etabliert. Dies wäre gerade für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung bedeutsam, die oftmals als arbeitsmarktfremd gelten und häufiger Unterstützungsleistungen der psychosozialen Versorgung in Anspruch nehmen. Für diese Personen könnte eine zielgerichtete, abgestimmte Kooperation konsistentere Perspektiven der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ermöglichen. Aus Sicht der psychosozialen Versorgung wird die Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung vielfach kritisch beurteilt. Bei diesen Akteuren ist die Gestaltung des Weges zu Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung – abhängig vom jeweiligen institutionellen Fokus – weniger prioritär als andere, institutionsspezifische Aufgaben. Die Bedeutung einer Kooperation wird daher entsprechend unterschiedlich beurteilt. Hier ist eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit auf institutioneller wie individueller Ebene unter Einschluss beruflicher Perspektiven im Sinne der und gemeinsam mit den Betroffenen besonders zu empfehlen, um bedarfsgerechte Zugänge zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen sowie passgenaue Integrationsmaßnahmen zu ermöglichen. Einzelfallbezogene Arbeitsgrundlagen (Integrations-, Teilhabe- bzw. integrierte Hilfeplanung) sind dabei kooperativ aufeinander abzustimmen. Ein Kooperationsmodell in einer untersuchten Referenzregion zeigt hierbei mögliche Ansätze.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Stabsstelle Sozialplanung für Soziale Infrastruktur  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

## **Was hat sich in den letzten 5 Jahren getan?**

### **Rückblick der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“**

von Oliver Weidner und Michael Sandau (*Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Langenhagen*)

Im Sozialpsychiatrischen Plan 2009 stellte Herr Dr. Sueße zu Beginn fest, dass angesichts der allgemeinen Wirtschaftslage für die Zukunft keine gravierenden Verbesserungen in Bezug auf die Einbindung psychisch Kranker in den ersten Arbeitsmarkt zu erwarten seien. Darum, stellte er weiterführend fest, seien wohl kreative Wege zu beschreiten, um unsere Klienten auf ihrem Weg hin zu einer sinnvollen Arbeit und Beschäftigung zu unterstützen.

Dieser Beitrag möchte nun Rückblickend betrachten, in wie weit diese kreativen Wege gefunden werden konnten und ob sie den Seitens der Initiatoren erwarteten Erfolg und Nutzen erbrachten.

### **Kooperationsprojekt zwischen der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Job-Center Region Hannover**

Laut der Projektbeschreibung des SPP 2009 wurden in der MHH bis zu genanntem Zeitpunkt zehn sogenannte „Ein-Euro-Stellen“ in unterschiedlichen Arbeitsbereichen und mit gestaffelter Arbeitszeit von 15, 20, 25 und 30 Wochenstunden geschaffen. Die Stellen fanden sich in den Betriebsbereichen Bibliothek, Labortransport, Poststelle, Sterilabteilung sowie im Kindergarten der Kinderklinik. Sieben männliche Teilnehmer und eine weibliche Teilnehmerin wurden in berufs- bzw. ausbildungsnahen Gebieten und ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt.

Zum Zeitpunkt der Berichtserstattung wurde deutlich, dass dieses Projekt auf Grund seiner hohen Wirksamkeit für fast alle Beteiligten hilfreich ist. Lediglich zwei Abbrüche waren zu vermeiden und aus den entsprechenden Betriebsbereichen der MHH erhielten die beschäftigten Personen eine umfassende Anerkennung und Wertschätzung. In einem Fall äußerte der zuständige interne Arbeitgeber sogar sein Interesse an der Umwandlung der „Ein-Euro-Stelle“ in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis.

Im Laufe des Jahres 2012 wurde der MHH durch die Agentur für Arbeit der Status der Gemeinnützigkeit entzogen, womit eine Fortführung des Projektes vorerst nicht mehr möglich war. Über die Änderung des Status hinaus wurde der Medizinischen Hochschule unter dem Vorwurf der Bereicherung zusätzlich eine Rückforderung von 5000,- € überstellt.

Zwar gab es im Nachhinein Anfragen des JobCenters Region Hannover an die MHH bezüglich einer Fortführung des Projektes unter veränderten Rahmenbedingungen, was aber durch die zuständige Mitarbeiterin vor Ort auf Grund der damit verbundenen Angebotsausweitung nicht leistbar war. Somit musste dieses Projekt eingestellt werden.

### **Tagewerk e.V.**

Gegründet wurde der Verein Tagewerk e.V. im Jahr 2006 von Mitgliedern verschiedener Anbieter im Jugend- und Erwachsenenbereich des Sozialpsychiatrischen Versorgungssystems der Region Hannover. Ziel war es, Menschen mit besonders schwierigen Hintergrundsproblematiken die kaum eine Chance auf eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt haben durch geeignete Hilfsmaßnahmen – insbesondere durch Arbeit – zu unterstützen.

Schwerpunktmäßig wurde das Angebot von Tagewerk e.V. auf einem Gartengelände in Neustadt und in einer ehemaligen Gärtnerei in Langenhangen durchgeführt, welche hierfür gepachtet wurden. Zusätzlich wurden Arbeiten wie kleinere Umzüge, Renovierungs- und Reinigungsarbeiten von Tagewerk e.V. ausgeführt.

Der Personenkreis umfasste Empfänger von Grundsicherung mit psychischer Erkrankung/Sucht im Zuverdienst, Menschen die ihre Sozialstunden als Gerichtsaufgabe ableisteten, Menschen mit Migrationshintergrund und psychiatrischen Auffälligkeiten, langzeitarbeitslose ALG II-Empfänger sowie ALG II-Empfänger mit Straffälligkeit, Sucht und anderen Hintergrunderfahrungen.

Das Projekt musste allerdings nach gut gelungenem Start im wieder eingestellt werden (s. Artikel von Herrn Reichertz-Boers).

Grund hierfür waren Rückzahlungsforderungen des JobCenters, die durch Fehlzeiten der Teilnehmer entstanden. Das Jobcenter machte die Finanzierung von einer täglichen und voll umfänglichen Teilnahme der Teilnehmer abhängig, was auf Grund der multifaktoriellen Problemlagen der Teilnehmer nicht zu realisieren war. Somit muss im Rückblick festgestellt werden, dass die angelegten Kriterien für die Zielgruppe zu hoch angesetzt waren und den Gegebenheiten der Menschen nicht Rechnung trugen.

Ein weiterer Grund für die Einstellung des Projektes war die im Stadtgebiet und im Umland nicht in gleichem Maße geregelte Anwendung der Lex Asphalt auf die Personengruppe der unter drei Stunden beschäftigten Personen. Die Lex Asphalt regelt den abzugsfreien Selbstbehalt aus einer Zuverdiensttätigkeit für Empfänger von Unterstützungsleistungen.

### **Ein Zentrum für Betätigung, Rehabilitation und Arbeit**

Im Jahr 2008 erweiterte beta89 sein Angebot im Bereich Zuverdienst für psychisch gesunde Menschen. Hintergrund war die Erfahrung, dass Menschen mit einer stark herabgesetzten Erwerbsfähigkeit nur noch eingeschränkt Zugang zu den marktüblichen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation haben. Des Weiteren trug zu dieser Angebotserweiterung bei, dass alternative Angebote von Tagesstätten und Kontaktstellen sowie Werkstätten für behinderte Menschen entweder den Wunsch nach einer langfristigen und sinnstiftenden Beschäftigung nicht erfüllen können oder aber bzgl. der Beschäftigungszeiten keine oder nur eine geringe Flexibilität zeigten. Festgestellt wurde, dass Angebote im Bereich Zuverdienst und Betätigung in der Region Hannover erheblich unterrepräsentiert waren. Das Angebot sollte Menschen im Spannungsfeld der Angebote und Anforderungen zwischen Tagesstätte, WfbM und allgemeinem Arbeitsmarkt eine Möglichkeit zur Arbeit und Betätigung geben.

Die Idee: Die Vision war ein räumliches Zentrum, in dem die Vereinstelle betreutes Wohnen, Tagesstätte, Kontaktstelle sowie Zuverdienst des Vereins beta89 zusammengefasst werden und so ein belebter Ort für Arbeit und Betätigung entsteht. Der Arbeit oder Betätigung suchende Mensch sollte dabei unterstützt werden, eine seinen Fähigkeiten und Wünschen entsprechende Arbeits- oder Betätigungsmöglichkeit zu finden oder in einem Zuverdienstprojekt von beta89 tätig zu werden.

Es war eine Kooperation mit der ergotherapeutischen Ambulanz der KRH Psychiatrie Langenhagen geplant. Die Maßnahmen sollten Personenbezogen über die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft / Eingliederungshilfe in Zuständigkeit der Sozialhilfeträger getragen werden.

Was wurde aus dem Konzept? 2008 mietete beta89 am Standort des betreuten Wohnens in der Rotermundstraße 27 in Vahrenwald zusätzliche Räumlichkeiten, in denen die Kooperation mit der ambulanten Ergotherapie ErA der KRH Psychiatrie Langenhagen verwirklicht wurde. Zeitgleich wurde eine Teilzeitkraft als Koordinatorin für das Zuverdienstprojekt eingestellt. Ihr Auftrag war, die anfragenden interessierten Betroffenen hinsichtlich einer Zuverdiensttätigkeit zu beraten, in Kooperation mit der ErA die individuelle Belastbarkeit zu eruieren und dann in einen Zuverdienst zu platzieren. Für diesen Prozess sollte ein Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt werden um die Personalkosten zu refinanzieren. Es konnten einige Zuverdienststellen neu geschaffen werden. Hierzu wurden z.B. Kooperationen mit einem Internetversand, der KRH Psychiatrie Langenhagen, der Uni Hannover etc. vereinbart. Das Interesse der Betroffenen war überraschend hoch. Von 09/2008 bis 08/2009 gab es ca. 50 Anfragen. Etwa 10% der Interessenten wollten eine einmalige Beratung, weitere 10 % interessierten sich für einen sporadischen Zuverdienst, 5 % wurden zunächst zur weiteren Abklärung der Belastbarkeit an die ErA vermittelt. Ein Anteil von ca. 40% der Interessenten konnte in den vorgehaltenen Strukturen aufgrund der Schwere der Einschränkungen in der Belastbarkeit keine Tätigkeit vermittelt werden. Alle anderen Interessen-

ten wurden in einem von beta89 vermittelten Zuverdienst tätig. In einigen Fällen kam es zu einer gelungenen Vermittlung in eine geringfügige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Sehr schleppend und verhalten reagierte zunächst das Sozialamt von Region und Stadt auf die Anträge auf Eingliederungshilfe, die von den Klienten gestellt wurden. Es kam in wenigen Fällen zu einer Einzelfallvereinbarung über die erbrachten Leistungen. Insgesamt erwies sich das Verfahren der Eingliederungshilfe im Einzelfall für die Klienten als formal sperrig und langwierig. Die Klienten empfanden den Gang zum Facharzt für die fachärztliche Stellungnahme und das Verfahren der Hilfekonzferenz als hohe Hürde. Als besonderes Hemmnis erwies sich der Widerspruch, der sich aus Sicht der Klienten aus ihrem Wunsch nach „Arbeit“ und der Notwendigkeit des Eingliederungshilfeverfahrens nach Nachweis der Psychopathologie ergab.

Das geplante große Zentrum konnte dadurch und auch aus internen formalen Gründen (Kündigungsfristen für genutzte Immobilien etc.) nicht umgesetzt werden.

Das Zuverdienstprojekt von beta89 entwickelte sich trotzdem zu einer festen Größe in der Angebotslandschaft der Region Hannover. Aufgrund der bis 2014 fehlenden Förderung von Zuverdienstprojekten durch die Kostenträger konnten jedoch bisher nur Klienten eine Betätigung finden, die einen geringen Betreuungsbedarf haben. Einer erheblichen Zahl von Interessenten konnte aufgrund ihres höheren Betreuungsbedarfes in den existierenden Strukturen keine Betätigung vermittelt werden.

Ab 2015 wird sich diese Situation deutlich verbessern, da die Region Hannover das neu initiierte Projekt beta TaB (Tagesstruktur durch Betätigung) fördern wird (siehe Artikel von Frau Krause). Es ist zu erwarten, dass dadurch auch Menschen mit stärkeren Krankheitsbedingten Einschränkungen nun eine begleitete Betätigung finden können.

### **Die WfbM als Ort beruflicher Teilhabe für Menschen mit psychischer Behinderung: Standortbestimmung und Ausblick**

Als Reaktion auf die seit den 70er Jahren stattfindende Institutionalisierung der Werkstätten begann Mitte der 2000er Jahre eine verstärkte Ambulantisierung. Diese schreitet weiterhin voran. Es werden vermehrt Anstrengungen hin zu ausgelagerter Arbeit betrieben, um Mitarbeiter einer WfbM außerhalb der Institutionen beschäftigen zu können. Dies beginnt bereits im Berufsbildungsbereich der Werkstätten.

Hinzu kommen verschiedene weitere Maßnahmen, die Beschäftigten den Weg aus einer Werkstatt erleichtern sollen. Zu nennen ist hier die Erprobung einer durch die IHK akkreditierte Helfer / Gehilfenausbildung z.B. in den Bereichen Holz, Metall oder Garten. Durch diese Akkreditierung ist für Absolventen der Ausbildung unter Vorlage eines Leistungsnachweises eine Bewerbung auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich.

Als unzureichend muss nach wie vor die Quote der Übergänge in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse angesehen werden. Bei 290.000 Beschäftigten in 700 Werkstätten für behinderte Menschen stagniert diese bei 1%.

Behinderte Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren profitierten deutlich geringer vom Beschäftigungsaufschwung seit 2010 als die nichtbehinderte Altersgruppe. Die Arbeitslosenquote sank bei den behinderten Erwerbsfähigen der entsprechenden Altersgruppe um 4,8%, die Quote der Gruppe der nichtbehinderten Erwerbsfähigen gleichen Alters um 24,8%.

Ebenso deutlich wird die ungleiche Entwicklung bei behinderten und nichtbehinderten Menschen bei der Betrachtung der Altersgruppe ab 25 Jahren. Die Arbeitslosenquote bei behinderten Menschen nahm um 5,6% zu während die Quote bei nichtbehinderten Menschen um 14,5% sank.

Diese Zahlen machen deutlich, dass sich nicht nur die Werkstätten für behinderte Menschen neuen Herausforderungen zu stellen haben sondern dass es einer grundsätzlichen Neuausrichtung der Betriebe des ersten Arbeitsmarktes bedarf um das Ziel einer Steigerung der Beschäftigungszahlen behinderter Menschen außerhalb der WfbM zu erreichen.

### **Budget für Arbeit**

Um den Prozess der Implementierung des Persönlichen Budgets zu stärken und zu beschleunigen, wurde 2009 in Niedersachsen in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden das Budget für Arbeit eingeführt. Damit können schwerbehinderte Menschen, die ansonsten einen Rechtsanspruch auf Beschäftigung gemäß §§ 39 und 136 SGB IX in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, mit diesem Persönlichen Budget Leistungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einkaufen. Das Land versprach sich davon deutlich verbesserte Chancen der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt.

Bis zum Jahre 2012 wurden in ganz Niedersachsen 40 Budgets für Arbeit erbracht, in der Region ist die Erbringung auf Einzelfälle beschränkt. Somit muss festgestellt werden, dass das Budget für Arbeit bisher zu keiner deutlichen Veränderung beigetragen hat und keine Hilfe für die in Frage kommenden Personen darstellt.

#### **Anschriften der Verfasser:**

Oliver Weidner · Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Langenhagen  
Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen · E-Mail: [Oliver.weidner@krh.eu](mailto:Oliver.weidner@krh.eu)  
Michael Sandau · Sozialdienstleitung · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Langenhagen  
Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen · E-Mail: [michael.sandau@krh.eu](mailto:michael.sandau@krh.eu)

## **Beratung und Unterstützung für Menschen mit Behinderung im Jobcenter Region Hannover**

von Katharina Vonwiller (*Jobcenter Region Hannover*)

Die Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderung hat sich trotz verbesserter Arbeitsmarktlage in den vergangenen Jahren kaum verändert. Menschen mit physischen und psychischen Einschränkungen gelingt der Einstieg in den Arbeitsmarkt nicht in gleichem Maße wie Menschen ohne Behinderung. Beschäftigungsaufnahmen sind zudem häufiger von kürzerer Dauer. Dies führt dazu, dass Menschen mit Behinderung deutlich häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit und Langzeitleistungsbezug in der Grundsicherung betroffen sind.

Das Jobcenter Region Hannover richtet ab Mitte 2015 ein zentrales Beratungs- und Integrationscenter für Menschen mit Schwerbehinderung und Rehabilitanden ein. Hierdurch soll die Beratungs- und Vermittlungsarbeit für diesen Personenkreis ausgebaut und die Chancen der Betroffenen zur Integration in den Arbeitsmarkt erhöht werden.

Zur Förderung der Integration von Menschen mit Schwerbehinderung stehen dem Jobcenter zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung:

*Ausbildungs- und Weiterbildungszuschüsse* (§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 73 SGB III) kommen in Frage, wenn die Aus- oder Weiterbildung ohne Unterstützung nicht zu erreichen ist. Nach einer geförderten Ausbildung kann für ein weiteres Jahr zusätzlich ein Zuschuss von bis zu 70% an den Arbeitgeber gewährt werden.

Im Rahmen einer *Probepeschäftigung* (§ 46 Abs. 1 SGB III) werden mit einer Förderung an den Arbeitgeber (bis zu 3 Monate / bis zu 100%) die Eingliederungschancen der Arbeitssuchenden verbessert sowie eine Integration in den Arbeitsmarkt unterstützt. Dabei sind die Voraussetzungen für die Förderung weit gefasst. Probepeschäftigung kann z.B. genutzt werden, um dem Arbeitgeber die Möglichkeit zu geben, die Eignung des schwerbehinderten Menschen für eine bestimmte Tätigkeit festzustellen oder um Berufspraxis in einem neuen Aufgabengebiet zu ermöglichen.

Ein *Eingliederungszuschuss* für schwerbehinderte Menschen (EGZ-SB §§ 88, 90 SGB III) kann zur Unterstützung der Arbeitsaufnahme an den Arbeitgeber geleistet werden. Er kann bis zu 70% des Arbeitsentgelts betragen und bis zu 24 Monate gewährt werden. Bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen sowie Personen ab 55 Jahre kann eine Förderung über diesen Zeitraum hinaus gehen. Vorrangig unterstützt der Eingliederungszuschuss für schwerbehinderte Menschen die Eingliederung auf einen neuen Arbeitsplatz. Aber auch ein bestehender Arbeitsplatz eines behinderten Menschen kann gefördert werden, wenn der Arbeitsplatz gefährdet ist. Dies kann zum Beispiel infolge einer nachweislichen Verschlechterung des Gesundheitszustands mit dauerhafter Verminderung der Leistungsfähigkeit der Fall sein.

Weitere Möglichkeiten um die Beschäftigung (schwer-) behinderter Menschen zu unterstützen sind:



*Beantragung einer Gleichstellung* (§ 2 Abs. 3 i.V.m. § 68 Abs. 2 und 3 SGB IX): Behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von weniger als 50, aber mindestens 30 können mit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie ohne diese Gleichstellung einen Arbeitsplatz nicht behalten oder nicht bekommen können. Die Antragstellung erfolgt bei der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit.

*Mehrfachanrechnung* (§ 76 SGB IX): Die Agentur für Arbeit kann die Anrechnung eines schwerbehinderten Menschen auf mehr als einen Pflichtarbeitsplatz (bis zu 3) zulassen, wenn dessen Teilhabe am Arbeitsleben auf besondere Schwierigkeiten stößt. Dadurch soll Arbeitgebern ein finanzieller Anreiz (Einsparung der Ausgleichsabgabe) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen gegeben werden. Über die Mehrfachanrechnung entscheidet die Agentur für Arbeit am Sitz des Unternehmens

Über die genannten Fördermöglichkeiten hinaus nutzt das Jobcenter Region Hannover die Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Kooperation mit Dritten sowie Netzwerkkontakte, um den Personenkreis der Menschen mit Behinderung und chronischen physischen und psychischen Einschränkungen zu unterstützen.

Hierzu gehören u.a.:

- der gemeinsame Arbeitgeber-Service mit der Agentur für Arbeit Hannover
- die Reha-Stelle und der technische Berater der Agentur für Arbeit Hannover
- Leistungsträger der beruflichen Rehabilitation
- das Integrationsamt und die Integrationsfachdienste
- die Fachgruppe Arbeit und Reha im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover
- ambulante und stationäre Einrichtungen in der psychiatrischen Versorgung
- sozialpsychiatrische Beratungsdienste und andere Beratungseinrichtungen
- Bildungsträger mit spezifischen Unterstützungs- und Qualifizierungsangeboten

**Anschrift der Verfasserin:**

Katharina Vonwiller · Jobcenter Region Hannover · Vahrenwalderstr. 245 · 30179 Hannover  
E-Mail: [katharin.vonwiller@jobcenter-ge.de](mailto:katharin.vonwiller@jobcenter-ge.de)

**Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch erkrankte (behinderte) Menschen**  
**Darstellung der Situation für den Rechtskreis SGB XII**  
**Aktivitäten und Maßnahmen des Fachbereichs Soziales der Region Hannover**  
von Anja Krause (*Fachbereich Soziales der Region Hannover*)

**Ausgangssituation und Zielgruppe der betroffenen Personen im SGB XII**

Zielgruppe sind Menschen, die aufgrund der Bedrohung durch eine seelische Behinderung oder durch die Art und Schwere einer bestehenden seelischen Behinderung in ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und der Teilhabe am Arbeitsleben eingeschränkt sind und für die zur Behebung dieser Einschränkung kein anderes Angebot zur Verfügung steht.

Die Personen sind durch eine seelische Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft und / oder ihrer Fähigkeit eine Tätigkeit auszuüben, eingeschränkt und von einer solchen Auswirkung ihrer Behinderung bedroht und gehören zum Kreis der Berechtigten nach § 53 SGB XII.

Diese Personen erhalten Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder erhalten eine Rente wegen voller Erwerbsminderung i.S.D. § 43 Abs. 2 SGB VI und sind in ihrer Möglichkeit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt.

Außerhalb des SGB XII erhalten einige Personen auch Grundsicherung für Arbeitssuchende gemäß SGB II, sind jedoch vorübergehend nicht Erwerbsfähig oder in ihrer Erwerbsfähigkeit bedroht.

Nur eine begrenzte Anzahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besuchen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder sind in Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt. Diese Menschen finden in diesen Einrichtungen oftmals keine Berücksichtigung.

Sie sind oftmals von der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie Arbeitsleben ausgeschlossen. Insbesondere psychisch behinderte Menschen benötigen aufgrund ihrer behinderungsbedingten Einschränkungen eine sinnstiftende und sinnvolle Beschäftigung.

### **Zielsetzung der Aktivitäten und Maßnahmen**

Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftliche Teilhabe für seelisch erkrankte Menschen und damit einhergehend persönliche Stabilisierung und Steigerung des Selbstbewusstseins sowie die Steigerung von Kompetenzen, die Erwerbsfähigkeit zu erweitern bis hin zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit.

### **Rechtliche Grundlagen der Aktivitäten und Maßnahmen im SGB XII**

Rechtliche Grundlage ist der § 53 SGB XII. Zu den besonderen Aufgaben der Eingliederungshilfe gehört nach § 53 Abs. 3 SGB XII, den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen.

Der Leistungskatalog des § 54 SGB XII in Verbindung mit § 33 SGB IX sowie § 56 SGB XII bieten hierfür die leistungsrechtliche Grundlage.

Für Menschen, die vorübergehend erwerbsgemindert sind bzw. deren Erwerbsminderung erst noch festgestellt werden muss, sieht der § 11 SGB XII Maßnahmen zur Aktivierung vor. Neben der Aktivierung ist das Ziel des § 11 die Vorbereitung einer Tätigkeit sowie die Begleitung des Leistungsberechtigten.

## **Möglichkeiten und bisherige Förderungen der Region Hannover**

### **Werkstatt für Behinderte (WfBM)**

Menschen mit einer wesentlichen Behinderung bei denen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen mit dem Ziel der Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht kommen, die aber die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen erfüllen (Aufnahmevoraussetzungen gemäß § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) wird Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte gewährt.

### **Einzelvereinbarungen**

Hierbei handelt es sich um eine Leistung der Eingliederungshilfe zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen nach §§ 53, 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 33 Abs. 3 Nr.1 und 6 SGB IX. Diese Leistung wird im Rahmen der Unterstützung und Aktivierung nach § 11 Abs. 3 SGB XII erbracht, damit Leistungsberechtigte zumutbar einer Tätigkeit nachgehen können. Grundlage für eine Einzelvereinbarung ist das individuelle Leistungsangebot des Leistungserbringers (Arbeitgeber) für die Beschäftigten des Leistungsberechtigten.

### **Budget für Arbeit**

Das Budget für Arbeit ist eine Geldleistung an ehemals Werkstattbeschäftigte bzw. an den Personenkreis der dem Grunde nach einen Anspruch auf einen Werkstattplatz hat. Der Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt soll damit erleichtert werden. Rechtsgrundlage ist § 97 Abs. 5 SGB XII, wonach der überörtliche Sozialhilfeträger zur Weiterentwicklung von Leistungen der Sozialhilfe beitragen soll. Diese umfassen auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff SGB IX), zu denen außer dem Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (§ 5 SGB XII) auch die Beschäftigung in einer sonstigen vergleichbaren Beschäftigungsstätte zählt. Gemäß § 11 SGB XII berät und unterstützt der zuständige Träger der Sozialhilfe die oder den Werkstattbeschäftigten bei der Vermittlung in ein reguläres Arbeitsverhältnis.

### **Aktivierende Hilfen im SGB XII**

Die Region Hannover hat die Möglichkeit ebenso Projekte im Rahmen der Aktivierenden Hilfen gemäß § 11 SGB XII fördern. Im Rahmen der aktivierenden Hilfen wurden bzw. in werden in 2014 und 2015 bereits zwei Zuverdienstprojekte im Rahmen einer Zuwendung gefördert.

Die Region Hannover fördert das Zuverdienstprojekt Café Marie der Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e. V. für Menschen mit seelischen Behinderungen. Ziel des Projektes ist, ein niederschwelliges Beschäftigungsangebot für Menschen, die nicht auf den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können, bereitzustellen. Es soll damit eine Möglichkeit zur flexiblen, stundenweise Beschäftigung geschaffen werden. Zur Zielgruppe gehören Empfänger/innen von Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (stationär und ambulant), Erwerbsminderungsrente und Leistungen nach dem SGB II, die psychische Behinderungen haben. Diese Zielgruppe hat in der Regel schwere Ver-

mittlungshemmnisse, persönliche und soziale Hemmnisse und kann nur wenige Stunden pro Tag arbeiten. Die Beschäftigung dieser Personen findet im Café Marie statt. Es handelt sich dabei um einen Cafébetrieb, der sich im Stadthaus Laatzen befindet und öffentlich ist. Die fachliche Anleitung der „Zuverdienstler“ übernimmt die Leiterin des Cafés. Darüber hinaus ist eine sozialpädagogische Betreuung durch eine Fachkraft erforderlich, die die Personen begleitet und berät. Mit den Personen aus dem Zuverdienstprojekt werden keine regulären Arbeitsverhältnisse eingegangen. Es handelt sich um eine Beschäftigung, mit denen die Personen Fertigkeiten erwerben sollen und einen höheren Belastungsgrad erreichen können, um bestenfalls langfristig wieder für den ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen bzw. eine Stabilisierung ihrer persönlichen Situation zu erreichen. Je nach persönlicher Situation kann die Zuverdienstmöglichkeit auch auf Dauer angelegt sein. Die Personen erhalten eine Aufwandsentschädigung, die mit 3 € pro Stunde angesetzt wird. Sie sollen zusätzlich zum vorhandenen Personal beschäftigt werden. Die Aufwandsentschädigungen, Fahrtkosten etc. werden von der AWO getragen.

Ab 2015 wird ein weiteres Zuverdienstprojekt von BETA 89 durch die Region Hannover im Rahmen der aktivierenden Hilfen gefördert. Zielgruppe sind volljährige Personen, die durch eine seelische Behinderung im Sinne von 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IV und § 53 SGB XII wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Der Personenkreis hat die Zielsetzung durch Betätigung eine sinnvolle und sinnstiftende Tagedstruktur aufzubauen und so am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Beta 89 bietet in eigenen Zuverdienstbetrieben und –projekten Arbeitsmöglichkeiten bis unter 15 Stunden wöchentlich z.B. im Kiosk, im Garten und in der Reinigung. Die ambulante Betreuung erbringt für die Betroffenen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 55 SGB IX. Die Intensität und Dauer der zu erbringenden Leistungen sind einzelfallbezogen am Ausmaß des individuell vorhandenen Hilfebedarfs auszurichten. Die Betreuung kann als personenbezogene Einzelleistung und als Gruppenleistung erbracht werden. Inhalt der Leistung sind Angebote, die psychisch gesunden Menschen in die Lage versetzen, sich zu betätigen. Die Inanspruchnahme orientiert sich einzelfallbezogen am individuellen Hilfebedarf.

Die beiden Zuverdienstangebote sind derzeit im Rahmen von Pilotprojekten installiert. Für diese Angebote besteht in der Region Hannover in den letzten Jahren ein zunehmender Bedarf. Eine Zuverdienstarbeit bietet Menschen mit seelischen Behinderungen die Möglichkeit ihr Alltagsleben zu stabilisieren und ihnen eine Perspektive auf eine reguläre Beschäftigung zu schaffen. Im Rahmen der Pilotphase sollen konkrete Standards für diese Angebotsform entwickelt werden, um bei Bedarf weiterführende Projekte zielführend, strukturiert und passgenau umzusetzen.

Der Fachbereich Soziales der Region Hannover wird sich zudem in 2015 des Themas Langzeitleistungsbezieher und Langzeitleistungsbezieher im SGB II intensiv annehmen. Im Rahmen in einer von der Region Hannover bei der Firma Consens in 2014 in Auftrag gegebenen Expertise wurde deutlich, dass es eine große Schnittmenge bei den Langzeitleistungsbeziehern und Langzeitleistungsbezieherinnen mit gesundheitlichen und psychischen Problemen und Auffälligkeiten gibt. Daher ist auch gezielt mit dem Jobcenter Region Hannover geplant Maßnahmen mit gesundheitsfördernden Aspekten in Verbindung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung zu verknüpfen. Des Weiteren sollen Menschen am Übergang vom SGB II ins SGB XII und umgekehrt identifiziert und passgenaue Hilfen und Unterstützung angeboten werden. Ein weiteres wichtiges Instrument im SGB II können hierbei auch die kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16 a

SGB II (u.a. psychosoziale Betreuung, Sucht- und Schuldnerberatung) dienen. Auch hier sollen diese Angebote in Verbindung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung entwickelt und umgesetzt werden, von denen auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen profitieren können.

**Anschrift der Verfasserin:**

Anja Krause · Region Hannover · Fachbereich Soziales · Team Zentrale Fachbereichsangelegenheiten Steuerung  
SGB II · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover

## **Inklusive Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten aus Sicht des Fachbereiches Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung der Region Hannover**

von Reinhard Biederbeck (*Region Hannover, Team Beschäftigungsförderung*)

Im Dezember 2006 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Deutschland hat das Übereinkommen als einer der ersten Staaten im März 2007 ohne Vorbehalte unterzeichnet und im Februar 2009 ratifiziert. Seit dem 26. März 2009 ist das Übereinkommen für Deutschland völkerrechtlich verbindlich.

Mit dem nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat die Bundesregierung zeitnah einen Prozess auf den Weg gebracht, mit dem der Leitgedanke der Inklusion systematisch vorangebracht werden soll. Ein zentraler Punkt dabei ist die Stärkung der Ausbildungs- und Beschäftigungschancen von Menschen mit Behinderungen.

Dieses Ziel ist nicht nur sozialpolitisch geboten, sondern aufgrund der demographischen Entwicklung auch beschäftigungspolitisch notwendig. Der demographische Wandel wirkt sich stark auf den Arbeitsmarkt aus. Das Angebot an Fachkräften geht zurück. Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Gewinnung und Mobilisierung zusätzlicher Fachkräftepotentiale ist zur zentralen betrieblichen, arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischen Aufgabe geworden. Dies gilt insbesondere auch für die Erwerbspotentiale von Menschen mit Behinderungen.

Viele praktische Beispiele in Unternehmen unterstreichen die große Bedeutung, die die Teilhabe am Arbeitsleben für die ökonomische Selbständigkeit, soziale Anerkennung, Status, Selbstwert und soziale Einbindung für die Menschen mit Behinderungen besitzt und dass Inklusion ganz praktisch gelingen kann. Viele Menschen mit Behinderungen sind gut qualifiziert und verfügen über besondere Potentiale und Fähigkeiten. Unternehmen schätzen ihre Motivation und Leistungsbereitschaft sowie ihr Engagement und ihre Dankbarkeit.

Aber trotz aller guter Ansätze – die Beschäftigungssituation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Behinderungen hat sich trotz guter rechtlicher Rahmenbedingungen, umfangreicher und differenzierter Hilfen sowie nationaler und europaweiter Initiativen und Förderprogramme in den letzten Jahren nur unwesentlich verbessert. So zeigt sich auch im Aufschwung nach wie vor

eine deutlich erhöhte Erwerbslosen – sowie eine deutlich geringere Beschäftigungsquote von Menschen mit Behinderungen. Dies gilt auch für die Region Hannover.

„Inklusion gelingt“ – mit dieser Botschaft wollen daher BDA, DIHK und ZDH aktuell für mehr Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung werben. Die Spitzenverbände der Wirtschaft unterstützen damit die Inklusionsinitiative für Ausbildung und Beschäftigung des Bundesarbeitsministeriums. Ziel ist es vor allem, Betriebe bei der Schaffung inklusiver Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen zu unterstützen und ihnen Lösungen aufzuzeigen. Die Internetplattform [www.inklusion-gelingt.de](http://www.inklusion-gelingt.de) gibt mit ihren Informationen den Betrieben ein Rüstzeug in die Hand, um die Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung erfolgreich zu gestalten.

Die Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung der Region Hannover wird die entsprechenden lokalen und regionalen Aktivitäten in der Region Hannover in Abstimmung mit den anderen Fachbereichen und gemeinsam mit der Agentur für Arbeit und den Wirtschaftsverbänden unterstützen. In den nächsten Jahren sollen im Rahmen der regionalen Inklusionsinitiative Modellprojekte zur Sensibilisierung von Unternehmen zur Bereitstellung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für Menschen mit Behinderungen, zu innovativen zielgruppengerechten Arbeitszeitmodellen und der Nutzung spezieller Maßnahmen, wie unterstützte Beschäftigung, Arbeitsassistenz oder Jobcoaching entwickelt und umgesetzt werden.

Weiterer Themenschwerpunkt bleibt die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit. Die wenigsten Menschen haben eine Behinderung von Geburt an. Die weitaus größere Zahl erwirbt eine solche im Laufe des Lebens. Das betriebliche Eingliederungsmanagement bzw. betriebliche Gesundheitsmanagement ist daher von hervorgehobener Bedeutung. Die zahlreichen Aktivitäten der Beschäftigungsförderung in den letzten Jahren zu diesem Thema mit dem Kooperationsnetzwerk Hochschule und Unternehmen, mit Hannover Impuls und unterschiedlichen Projektträgern in der Region Hannover sollen weitergeführt und verstetigt werden.

### **Arbeitsmöglichkeiten schaffen**

Arbeit und Beschäftigung ist für viele Menschen neben finanziellen Aspekten ein Grundbedürfnis. Dies gilt ebenso für Menschen mit Behinderungen oder eines psychisch erkrankten Menschen. Die Lebenswirklichkeit dieser Menschen ist oft geprägt durch Rückzug, Isolation, Einsamkeit und Misstrauen. Durch unterschiedliche Einschränkungen sind diese Menschen oft gehindert, am beruflichen oder gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Viele sind lebenslang auf soziale Unterstützung angewiesen. Als Beschäftigungsoption bleibt oft nur eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Dieser zum Arbeitsmarkt parallele Sektor fungiert für immer mehr Betroffene als Auffangbecken. Im Jahr 2013 waren bundesweit in den Einrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für Behinderte (BAG WfbM) allein ca. 60.000 Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigt. Diese Zahlen belegen, dass die Integration von Menschen mit Behinderung oder psychisch kranker Menschen in den ersten Arbeitsmarkt mit den gegenwärtigen Förderinstrumenten nur selten gelingt. Viele finden auch nach Jahren keinen Einstieg ins Berufsleben. Hier sind zusätzliche Unterstützungsangebote notwendig. Um dies zu ermöglichen, werden auch Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Werkstätten mit unterschiedlichen Anforderungen benötigt. Medizinische, berufliche und auch soziale Rehabilitation müssen dabei abgestuft und aufeinander abgestimmt sein und das Ziel eines Dauerarbeitsplatzes möglichst im Rahmen

einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben. Ein System oder Netz von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten muss dabei materielle Absicherung und Sinnggebung im Rahmen einer Tagesstrukturierung ermöglichen. Dazu gehören neben einer Vollzeitbeschäftigung auch Zuverdienst Möglichkeiten und Teilzeitarbeitsplätze, die den Bedarf der betroffenen Menschen mit Behinderung genügen.

Die Beschäftigungsförderung hat seit einem Jahr seine Aktivitäten in diesem Bereich verstärkt.

Im Projekt „D.O.C. Center“ des Annastifts Leben und Lernen gGmbH unterstützt die Beschäftigungsförderung gezielt kleine und mittlere Unternehmen bei der Integration von Langzeitarbeitslosen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Durch die Förderung eines Betriebsberaters sollen Unternehmen beraten und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch nach Einstellung gezielt begleitet und unterstützt werden.

Im Rahmen von Pilotprojekten sollen in den nächsten Jahren durch die Etablierung und Einrichtung von sog. Cap Märkten in der Region Hannover ortsnahe Einkaufsmöglichkeiten und gleichzeitig für Menschen mit Handicaps neue attraktive Arbeits- und Ausbildungsplätze im ersten Arbeitsmarkt geschaffen werden. Als Integrationsunternehmen sind sie auf Dauer angelegte rechtlich und wirtschaftlich selbständige Organisationen mit erwerbswirtschaftlicher Zwecksetzung. Sie sollen mindestens 50% Menschen mit Behinderung beschäftigen. Auch wenn sie nach den Regeln des Handels- und Gesellschaftsrechts buchführungspflichtig sind und ihre Gewinne und Verluste ausweisen müssen, bestimmt die Gewinnerzielung aber nicht alleine das unternehmerische Handeln. Die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen, die Förderung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe steht im Vordergrund. Um eine mögliche Realisierung voranzubringen, wird in 2015 zur weiteren Projektumsetzung eine Arbeitsgruppe mit allen wichtigen Akteuren eingerichtet. Parallel wird die Beschäftigungsförderung in enger Kooperation mit den kommunalen Wirtschaftsförderern mögliche Standorte in der Region Hannover ausloten und die notwendigen Standortanalysen und Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen veranlassen.

### **Mehr betriebliche Ausbildungsplätze organisieren**

Inklusive Berufsausbildung soll Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtigten Zugang zu Ausbildung ermöglichen. Dies setzt gleichermaßen voraus, dass junge Menschen mit Behinderungen und deren Eltern verstärkt eine betriebliche Ausbildung anstreben und dass Betriebe mehr als bisher junge Menschen mit Behinderung ausbilden.

Auch in der Region Hannover sind trotz aller Inklusionsdebatten die meisten dieser Jugendlichen vorwiegend auf außerbetriebliche bzw. überbetriebliche Ausbildungsangebote angewiesen. Auch viele Fachpraktiker Ausbildungen gemäß §66 BBiG bzw. § 42m HWO finden fast ausschließlich außerbetrieblich statt. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, ein befürchteter hoher Unterstützungsbedarf und notwendiges hohes persönliches Engagement bestimmen im Wesentlichen die Sichtweise noch vieler Betriebe. Vor allem kleine und mittlere Unternehmen sind der Überzeugung, dass Menschen mit Behinderungen in speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Einrichtungen besser aufgehoben seien und bilden daher keine Jugendlichen mit Behinderungen aus. Diese Angebote bieten jedoch erfahrungsgemäß geringere Einstellungschancen als betriebliche Ausbildungsplätze.

Die Vorzüge des Lernorts Betrieb für die Ausbildung von Menschen mit Behinderung stärker zu nutzen, mehr Ausbildungsbetriebe für die Ausbildung von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren und zu gewinnen erfordert aber neben konkreten Unterstützungsangeboten auch eine fachgerechte Beratung der Betriebe und ihrer Ausbilderinnen und Ausbilder. Von Bedeutung dabei ist insbesondere eine passgenaue Positionierung des betrieblichen Ausbildungspersonals in einem interdisziplinären Netzwerk der Akteure der Ausbildung von Menschen mit Behinderung. Die betrieblichen Ausbilderinnen und Ausbilder nehmen eine Schlüsselposition ein. Von ihrer Bereitschaft und Befähigung hängt maßgebend ab, inwieweit der intendierte deutliche Zuwachs an betrieblichen Ausbildungsplätzen für Menschen mit Behinderung auch in der Region Hannover realisiert werden kann. Daher gilt es, ihre berufs- und arbeitspädagogischen Kompetenzen in der Ausbildung um die auf die Zielgruppe spezifisch zugeschnittenen Kompetenzen zu erweitern. Mit den Neuregelungen der Fachpraktiker-Ausbildungen, welche sich an den Inhalten anerkannter Ausbildungsberufe orientieren, wurden 2010 spezifische Anforderungen an die Ausbilder normiert (§66 BBiG/42m HwO). Mit der Etablierung einer entsprechenden rehabilitationspädagogischen Zusatzqualifikation für Ausbilderinnen und Ausbilder (ReZA) im Jahre 2012 wurden durch die Berufsbildung entsprechende Qualifikationsanforderungen zur persönlichen, berufsspezifisch fachlichen sowie der berufs- und arbeitspädagogischen Eignung entwickelt und formuliert. Schwerpunkte des Rahmencurriculums sind die Themen Lernbehinderung, Lernstörung, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Behinderungen, personenbezogene Förderplanung, qualifizierte Zusammenarbeit mit den Berufsbildenden Schulen und Übergänge in Vollzeitausbildungen. Mit dieser Zusatzausbildung soll die Qualität der Ausbildung von Menschen mit Behinderung gesichert werden und dem Inklusionsgedanken Rechnung getragen werden. Durch diese Neuregelungen entstehen aber insbesondere für kleine Unternehmen nicht unerhebliche finanzielle und auch zeitliche Aufwendungen. Für Betriebe, die erstmals in einem neu geordneten Fachpraktiker-Beruf ausbilden wollen, ist oft eine erhebliche Vorleistung erforderlich.

Zur Bewältigung dieser Herausforderungen ist neben der Sensibilisierung auch die Unterstützung der Betriebe geboten. Ausbildungsbetriebe müssen die erforderlichen Informationen über Unterstützungs- und Fördermaßnahmen bei der Ausbildung behinderter junger Menschen in einfach zugänglicher Form erhalten. Viele vermeintliche „Barrieren“ können mit Unterstützung der Agentur für Arbeit oder dem Integrationsamt und durch eine kontinuierliche Begleitung von rehabilitationsspezifischen Fachdiensten für die Unternehmen abgebaut werden. Ziel der Beschäftigungsförderung ist neben dem Ausbau von zielgruppenspezifischen Maßnahmen zur Berufsorientierung und der Akquise zusätzlicher Ausbildungsplätze in den Unternehmen die Einrichtung und Verstärkung eines Dienstleistungsnetzwerkes mit zentralen, träger- und schnittstellenübergreifenden Ansprechpartnern – insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen, das die mit der Vorbereitung, Erprobung, Förderung und Begleitung eines betrieblichen Ausbildungsverhältnisses erforderlichen Partner und Dienstleistungen koordiniert und eine Förderung durch Bündelung von Mitteln nachhaltig gewährleistet. Die Beschäftigungsförderung wird hier mittelfristig eigene Fördermittel zur Verfügung stellen und eng mit der Handwerkskammer Hannover, der IHK Hannover und weiteren Wirtschaftsverbänden zusammenarbeiten. Vorhandene Ansätze in der Region Hannover gilt es dabei weiter zu führen und zu vertiefen.

**Anschrift des Verfassers:**

Reinhard Biederbeck · Region Hannover · Beschäftigungsförderung · Haus der Wirtschaftsförderung · Vahrenwalder Str. 7 · 30165 Hannover · E-Mail: Reinhard.Biederbeck@region-hannover.de



# **Leistungsangebote der gesetzlichen Rentenversicherung für Menschen mit psychischen Erkrankungen**

von Jürgen Rodewald (*Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover*)

## **Einleitung**

Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung ist neben der Bewilligung von Alters- und Hinterbliebenenrenten die finanzielle Kompensation des gesundheitsbedingten Ausfalls von Erwerbseinkommen durch Zahlung von Erwerbsminderungsrenten. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die Erwerbsminderung nicht durch Leistungen zur Teilhabe, also durch Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation abgewendet werden kann („Rehabilitation vor Rente“), für die neben den persönlichen (= sozialmedizinischen) Voraussetzungen nach § 10 SGB VI bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt sein müssen.

Die übergeordneten behinderungspolitischen Ziele sowohl auf der Ebene der UN-BRK als auch in dem für die Rentenversicherung einschlägigen SGB VI und SGB IX stellen die Rentenversicherungsträger angesichts der Entwicklung der Krankheitsbilder mit dem Schwerpunkt chronische Erkrankungen in Verbindung mit den heutigen Anforderungen des Arbeitslebens vor besondere Herausforderungen. Sie hat daher rehabilitative Leistungen inhaltlich weiterentwickelt mit dem Ziel der Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen und der optimalen Unterstützung der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Möglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

## **Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die gesetzliche Rentenversicherung Erwerbsminderungsrente, Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

Psychische Erkrankungen gewinnen bei den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung eine zunehmende Bedeutung. Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 175.135 neue Bezieher von Erwerbsminderungsrenten. Anspruchsvoraussetzung ist in der Regel, dass eine Erwerbstätigkeit nur noch in geringfügigem Umfang, d.h. weniger als 3 Stunden täglich, ausgeübt werden kann. Analysiert man die Zugänge zu Erwerbsminderungsrenten nach Indikationsgruppen, so dominieren mit einem Anteil von 43% die psychischen Erkrankungen mit 74.745 Neuzugängen und einem Durchschnittszugangsalter von 49 Jahren. Es gelingt offenbar nicht, psychisch Erkrankten mit medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in einem Umfang zu helfen, dass sie weiter einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnten. Fakt ist, dass annähernd die Hälfte der Renten neuzugänge in einem Zeitraum von 5 Jahren vor Rentenbeginn an keiner Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen hat und über 50% nach einer Erhebung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover auch zum Zeitpunkt der Rentenbewilligung nicht psychotherapeutisch versorgt sind. Offenbar besteht für bestimmte Personengruppen bereits eine Unterversorgung bei der Akutbehandlung, möglicherweise aber – neben den medizinischen Leistungen – insbesondere auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Stellt man den Berentungsquoten die Zahlen der Indikationen, die zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben führen, gegenüber, so fällt auf, dass die F-Diagnosen hier nur einen Anteil von 18% ausmachen. Ursache hierfür könnte auch ein Wissensdefizit behandelnder Psychiater und Psychotherapeuten über die Einleitung entsprechender rehabilitativer Verfahren sowie eine zu hochschwellige Angebotsstruktur sein.

## **Strategien der gesetzlichen Rentenversicherung zur Reintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen**

### **Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation**

Das wichtigste Instrument der Rentenversicherung zur Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Rentenversicherung stellt sich heute der Forderung der UN-BRK, die die vollumfängliche Teilhabe von behinderten Menschen als Person fordert und die Beseitigung der Faktoren, die bei einer bestehenden Gesundheitsstörung und bei funktionellen Beeinträchtigungen überhaupt erst zur Teilhabebeeinträchtigung, mithin zur Behinderung führen. Die Rentenversicherung setzt sich mit der Aufgabe auseinander, auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells der Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die WHO einerseits Verbesserungen auf der Ebene der Strukturen und Funktionen anzustreben, wie dies der Hauptzielrichtung ihrer medizinisch-rehabilitativen Leistungen der Gegenwart entspricht, aber andererseits der bei den für chronische Erkrankungen typischen verbleibenden Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit gleichwohl zu einer optimalen Teilhabe beitragen zu müssen.

Das Ziel der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation besteht darin, die Krankheitsfolgen so weit zu reduzieren, dass eine Ein- oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden kann. Die vorrangige Berücksichtigung der beruflichen Perspektive ist ein Kernpunkt bei der weiteren Therapieplanung, wenn man bedenkt, dass eine erfolgreiche Reintegration bspw. von lange arbeitsunfähigen Rehabilitanden wiederum oftmals entlastend auf die dahinter liegende Symptomatik wirkt. Unterstützt wird die berufliche Reintegration nach psychosomatischer Rehabilitation durch ein professionelles Fallmanagement am Wohnort der Versicherten, mit dem auch die Bearbeitung psychosozialer Problembereiche sichergestellt werden soll. Zudem gibt es auch in der Region Hannover das Angebot der psychosomatischen Nachsorge, das Versicherte im Rahmen eines Gruppensettings dabei unterstützt, während der Rehabilitation Erlerntes auch in den Alltag zu transferieren.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen regelhaft dann zum Einsatz, wenn sich über Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation krankheitsbezogene Auswirkungen von Erkrankung und Behinderung nicht beseitigen lassen und auch unter Einbeziehung der daraus folgenden Teilhabebeeinträchtigung eine Erwerbstätigkeit im bisherigen Berufsfeld nicht mehr realisierbar ist, sondern wenn es darum geht, wie Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens durch spezifischen Einsatz von Instrumenten der beruflichen Rehabilitation teilhabebezogen ausgeglichen werden können. Das gesetzlich vorgegebene Instrumentarium hierzu ist umfassend; es sind alle Leistungen denkbar, von der Vermittlung neuen beruflichen Wissens über die entsprechende Hilfsmittelausstattung, technische Arbeitshilfen im Betrieb bis zu Geldleistungen an den Arbeitgeber, etwa zur Kompensation von Leistungsminderungen während der Einarbeitung in neue Aufgabenbereiche. Die rechtliche Basis in §§ 33 ff. SGB IX bietet eine Vielzahl von Handlungsoptionen und wirkt in keiner Weise begrenzend sondern ist eher eine Aufforderung zur offensiven Nutzung der Vielfalt der Optionen.

## **Medizinisch-berufliche und berufliche Angebote der Deutschen Rentenversicherung Besondere Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker Menschen (RPK)**

Auf der Basis der Empfehlungsvereinbarung RPK der Krankenversicherungsträger, Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit vom 17. November 1986, die in der überarbeiteten Fassung vom 29.05.2005 vorliegt, ist in Niedersachsen ein Netz von sieben regional aufgestellten RPK-Einrichtungen in der Federführung der Deutschen Rentenversicherung geschaffen worden, von denen zwei (Verein für betreuendes Wohnen und Tagesstrukturierung psychisch Gesunder e.V. -"beta 89"-, Hannover und Ex & Job Soziale Dienstleistungen e.V., Wunstorf) in der Region Hannover angesiedelt sind.

Diese Einrichtungen bieten in einem multiprofessionellen Team integrativ sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Rehabilitiert werden insbesondere jüngere, schwer psychisch beeinträchtigte Rehabilitanden, z.B. mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen aber zunehmend auch depressiven Erkrankungen. Die RPK arbeitet vernetzt mit Facharzt und Hausarzt der Rehabilitanden, Therapeuten, wichtigen Helfergruppen im Betrieb, Betriebsärzten, sowie sozialpsychiatrischen Diensten u.a.. Das berufliche sowie persönliche Lebensumfeld der Rehabilitanden wird handlungsorientiert einbezogen.

Es handelt sich bei der RPK um eine integrierte Komplexleistung, die alle erforderlichen medizinisch-therapeutischen und beruflichen Behandlungs- und Förderangebote vorhält. Darüber hinaus werden in diesem Rahmen auch Leistungen zur sozialen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung erbracht. Die Dauer der medizinischen Phase beträgt 3-12 Monate, die berufliche Phase umfasst Arbeitserprobungen und Eignungsabklärungen, Berufsvorbereitung sowie berufliche Anpassungsleistungen bis zu einer Dauer von insgesamt 12 Monaten. Anschließend ist eine Nachsorge vorgesehen. Ziel dieser Angebote ist die Wiedereingliederung der Rehabilitanden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aber auch die Eingliederung in geschützte Einrichtungen wie WFB oder Selbsthilfefirmen kann das Ergebnis sein. In regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen bzw. in Einzelgesprächen bieten die RPK-Einrichtungen Interessenten und Betroffenen die Möglichkeit, sich über das vorgehaltene Angebot zu informieren.

### **Das Leistungsspektrum der Berufsförderungswerke**

Berufsförderungswerke (BFW) sind außerbetriebliche und überwiegend überregionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (§ 35 SGB IX) für Menschen mit Behinderungen. Zur Erreichung der Ziele der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie der Integration in den Arbeitsmarkt stehen neben beruflichen Fachkräften auch medizinische, psychologische und soziale Dienste zur Verfügung. Zwar sind Zielgruppe alle Erkrankungs- und Behinderungsarten, die Veränderungen im Krankheitsgeschehen haben aber dazu geführt, dass auch spezielle Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt wurden. So bietet das BFW Goslar in seiner Geschäftsstelle in Hannover mit pädagogisch und psychologisch qualifiziertem Fachpersonal eine AVANTI-Maßnahme an, die sich als ein erfolgreiches Programm zur psycho-physischen Stabilisierung und beruflichen Reintegration bewährt hat. Die Leistung beinhaltet eine viermonatige Festigungs- und Stabilisierungsphase sowie ein fünfmonatiges Integrationspraktikum mit anschließender bis zu einjähriger Nachbetreuung. Im betrieblichen Alltag setzen die Teilnehmer

dabei ihre Fähigkeiten ein und übernehmen Tätigkeiten, die ihren gesundheitlichen Voraussetzungen entsprechen.

### **Weitergehende Angebote der Deutschen Rentenversicherung**

Zu den Angeboten der Deutschen Rentenversicherung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gehören auch Leistungen im Eingangsverfahren sowie im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (§ 40 SGB IX), wenn Art und Schwere der Behinderung eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr oder (noch) nicht zulassen. Aufgabe einer Werkstatt ist auch die Vermittlung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, wobei dies in der Praxis nur selten gelingt. Vor dem Hintergrund des Inklusionspostulats der UN-BRK werden zunehmend auch ausgelagerte Plätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes geschaffen – womit möglicherweise direkte Übergänge in den Arbeitsmarkt eher unattraktiv werden.

Die Unterstützte Beschäftigung (§ 38a SGB IX) gehört seit 2009 zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung. Dieses Instrument, mit dem auch psychisch eingeschränkte Arbeitnehmer langfristig durch einen JobCoach an ihrem Arbeitsplatz begleitet werden können, soll einen wichtigen Baustein für die Umsetzung des der UN-BRK postulierten gleichen Rechts auf Arbeit für Menschen mit Behinderung darstellen. Es ist bisher allerdings erst in Ansätzen entwickelt worden und sollte auch in der Region Hannover für Menschen mit psychischen Behinderungen nutzbar gemacht werden.

Für die Versicherten, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, besteht seit 2001 die Möglichkeit, eine Teilerwerbsminderungsrente zu beziehen (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI), . In Kombination mit einer Teilzeittätigkeit könnte bei einem Leistungsvermögen von zumindest 3 Stunden mit dieser 50%-Rente oftmals eine akzeptable Absicherung des Lebensunterhalts erfolgen. Praktisch werden diese rechtlichen Optionen kaum genutzt, vielmehr wird als „sichere Lösung“ regelmäßig eine volle Erwerbsminderungsrente begehrt, die bei Aufgabe eines gesundheitlich nicht mehr zumutbaren Vollzeit Arbeitsplatz gewährt werden kann.

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

Jürgen Rodewald · Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover · Hauptabteilung Leistung 1  
Lange Weihe 2-4 · 30880 Laatzen · E-Mail: Juergen.Rodewald@drv-bsh.de

## **Jobcoaching als Unterstützungsmöglichkeit durch den Integrationsfachdienst für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber**

von Jörg Kusterer (*Arbeiterwohlfahrt, Region Hannover e.V., Integrationsfachdienst*)

Der Integrationsfachdienst ist ein Unterstützungsangebot der Integrationsämter für schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen und ihre Arbeitgeber. In Niedersachsen wurden Psychosoziale Dienste seit Ende der 80er Jahre von der damaligen „Hauptfürsorgestelle“ (dem heutigen Integrationsamt) flächendeckend aufgebaut und mit den heutigen Integrationsfachdiensten (IFD) ein Unterstützungsangebot geschaffen, das sowohl schwerbehinderte Menschen als auch deren betriebliches Umfeld berät und unterstützt, um deren Arbeitsplätze zu erhalten.

Der IFD agiert dabei „allparteilich“, d.h. die Interessen aller Beteiligten werden – ganz im Sinne des gesetzlichen Auftrags der Integrationsämter, die Auftraggeber und Kostenträger für diese Unterstützungsform sind – bei der Entwicklung von Problemlösungen möglichst gleichberechtigt einbezogen.

Der Dienst arbeitet mit vielen betrieblich Beteiligten (Personalabteilungen, Schwerbehinderten- und Personalvertretungen, aber auch Werksärzten, Betriebssozialarbeitern und -beratern, Vorgesetzten und Kollegen) und natürlich dem schwerbehinderten oder gleichgestellten Kollegen zusammen, alle sind gewissermaßen Klient. Mit vielen Betrieben bestehen Kontakte bereits seit Jahren, und es sind alle Betriebsgrößen als auch Branchen in der Zusammenarbeit vertreten.

Jeder der Beteiligten kann sich an die Dienste wenden, wenn er Beratungsbedarf im Zusammenhang mit schwerbehinderten Mitarbeitern hat (oder natürlich diese mit ihrem betrieblichen Umfeld). Der Dienst berät auch über die Beantragung des Schwerbehindertenausweises oder über Zuschüsse für Arbeitsplatzausstattung oder bei geminderter Leistung.

Außer Beratung bietet der Dienst schon immer Begleitung unter Einbeziehung des betrieblichen Umfeldes an, was sich nicht nur bei Aussetzungen von Kündigungsschutzverfahren bewährt hat. Seit 2007 ist der IFD auch in der Vermittlung schwerbehinderter oder gleichgestellter Arbeitssuchender tätig; hierbei erfolgt eine teilweise Refinanzierung über Arbeitsverwaltung bzw. Rentenversicherung oder anderer Kostenträger.

In der Zusammenarbeit bestehen immer wieder Kontaktpunkte zu Kliniken, Ärzten, Therapeuten, aber auch Berufsförderungswerken oder beruflichen und medizinischen Rehaeinrichtungen und anderen Beratungsdiensten.

Die IFD's werden bundesweit z.T. unterschiedlich organisiert, da die Psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen je nach Bundesland (und Finanzlage der jeweiligen Integrationsämter) unterschiedlich geregelt wird, die Finanzierung erfolgt jeweils aus der Ausgleichsabgabe.

Vor diesem Hintergrund wurde in anderen Bundesländern auch seit einiger Zeit das Portfolio der IFD's um das sog. Jobcoaching erweitert.

„Jobcoaching“ und „Coaching“ ist ein zunächst nicht präzise umrissener oder geschützter Begriff, der in vielen Kontexten immer wieder in unterschiedlicher Weise auftaucht bzw. verwendet wird, z.B. auch bei der Personalentwicklung im Führungskräftebereich.

In Kontext mit der Tätigkeit des IFD meint Jobcoaching eine intensiv betreute, zeitlich begrenzte Form der Intervention und Begleitung im betrieblichen Umfeld, die nach Art und Umfang an den schwerbehinderten Klienten und seinen Unterstützungsbedarf angepasst ist, aber natürlich auch an die betrieblichen Bedingungen und Erwartungen. Das Angebot ergänzt andere Unterstützungs- und Interventionsformen oder Konfliktlösungsversuche und wurde von IFD's ergänzend für Unterstützungssituationen entwickelt, in denen andere Elemente der IFD-Betreuung nicht oder momentan nicht ausreichen.

In NRW z.B. wird dieser Teil der IFD-Betreuung seit einiger Zeit angeboten, auch werden von den dortigen Integrationsämtern modulare Schulungen für zukünftige Jobcoaches aus verschiedenen Berufsgruppen angeboten.

Entscheidend für das Funktionieren hat sich dabei die Bereitschaft des betrieblichen Umfelds gezeigt, an diesem Modell mitzuwirken und den entsprechenden räumlichen und personellen Rahmen zu gewähren, da Jobcoaching – wie die IFD-Kontakte zum großen Teil auch – im Betrieb stattfindet und das direkte Umfeld des schwerbehinderten Mitarbeiters eingebunden wird. Dies verlangt neben dem Einverständnis des Arbeitgebers auch die grundsätzliche Akzeptanz des Umfeldes für die Maßnahme und vorherige genaue Absprachen aller Beteiligten. Der Coach ist dabei direkt in den Arbeitsprozess eingebunden, zum anderen sind auch die Kolleg(inn)en und direkte Vorgesetzte in das Coaching eingebunden. Jobcoaching ist also **eine**, nicht für **alle** Kontexte und Problemlagen geeignete Methode.

Deshalb ist auch abzuwägen, ob andere Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. personelle Assistenz durch das kollegiale Umfeld, betriebliche Sozialarbeit oder Unterstützung im Rahmen des BEM) oder die IFD-Betreuung im bisher schon üblichen Maß ausreichen oder bei betriebsseitigen Bedenken eher Akzeptanz finden.

In jedem Fall dürfte Jobcoaching je nach Behinderungsart (der IFD betreut Menschen mit vielen verschiedenen Behinderungsbildern) unterschiedlich gestaltet sein, je nach dem ob etwa Lernbehinderungen, psychische, neurologische Erkrankungen oder Körper- bzw. Sinnesbehinderungen im Einzelfall den Bedarf für Coaching erwachsen lassen.

In Niedersachsen hat sich das Integrationsamt entschieden, bei der Durchführung des Jobcoachings auch auf evtl. vorhandene Angebote von Dienstleistern außerhalb der vorhandenen IFD's zurückzugreifen, da die personelle Ausstattung und Auslastung der Dienste dies sinnvoll erscheinen lassen. Der Rahmen wurde seitens des Integrationsamtes beschrieben und liegt dem Arbeitskreis mittlerweile schriftlich vor. Ich will daher nur einige Eckpunkte aufgreifen.

Die Regelung beschreibt den Jobcoach als Person „mit therapeutischem Wissen“ und mit „Kenntnissen über betriebliche Abläufe“, was einerseits sicherstellen soll, dass eine qualifizierte Unterstützung erfolgt, und andererseits die nötige Offenheit auch vor dem Hintergrund der

verschiedenen behinderungsbedingten Bedarfslagen ermöglicht; zudem ist über die rein fachliche Qualifikation hinaus auch ein entsprechender Erfahrungsschatz mit betrieblichen Umfeldern wünschenswert und wichtig für diese, auch für viele Jobcoaches noch neue Unterstützungsform.

So bietet sich hier die Möglichkeit z.B. für ergotherapeutische Praxen Jobcoaching-Angebote zur Verfügung zu stellen und im Einzelfall auf der Basis der vom Integrationsamt umschriebenen Verfahrensweise finanzieren zu lassen, sofern es sich um schwerbehinderte oder gleichgestellte Menschen handelt. Es wären aber auch andere Berufsgruppen oder Anbieterformen denkbar, die hilfreich im jeweiligen Einzelfall intervenieren könnten.

In Diensten, die die notwendige Unterstützung selbst erbringen können oder wo (etwa in der Fläche Niedersachsens) keine entsprechenden Angebote vorhanden sind, könnte aber auch der IFD mit vorhandenem Personal diese Unterstützung leisten. Dies ist in der Region Hannover derzeit jedoch nicht der Fall.

Wie wird ein entsprechender Hilfebedarf zukünftig abgewickelt, wie Jobcoaching-Kosten beantragt? Jobcoaching ist eingebettet in die Beratungs- und Betreuungsangebote des IFD. Ähnlich wie auch bisher wird der IFD kontaktiert, wenn ein möglicher Unterstützungsbedarf besteht. Der IFD wird bei seinen Vorschlägen auch Jobcoaching als Unterstützungsform vorschlagen können.

Dieser klärt dann mit dem schwerbehinderten Menschen und – mit dessen Einverständnis – mit seinem Arbeitgeber die Details, entwickelt mögliche Lösungsvorschläge und klärt die grundsätzliche Bereitschaft und das Einverständnis der Beteiligten.

Auch der schwerbehinderte Mitarbeiter kann sich an den Dienst wenden, egal ob er bereits Jobcoaching als Möglichkeit kennt und als für ihn interessante Möglichkeit sieht oder – sofern dieses Angebot sinnvoll ist und vorbehaltlich des betrieblichen Einverständnisses – er die Möglichkeit erst über die IFD-Beratung erfährt.

Wenn Arbeitgeber einen Hilfebedarf sehen und sich deshalb an den IFD wenden, sicher oft auch ohne Jobcoaching zu kennen, dürfte dies ebenfalls ein mögliches Angebot zur Unterstützung werden können.

Falls Jobcoaching von den Beteiligten gewünscht wird, kann ein möglicher Anbieter hinzugezogen werden, der dann einen mit allen Beteiligten abgesprochenen Coachingplan (notwendiger Zeitumfang/Dauer, Kostenvoranschlag incl. Fahrzeiten) erstellt.

Nach Antragstellung über den IFD entscheidet das Integrationsamt über die Kostengewährung im Rahmen der vorgegebenen Höchstgrenzen. Die Bewilligung kann jedoch nur für gleichgestellte und schwerbehinderte Menschen erfolgen, da die dafür verwendeten Mittel aus der Ausgleichsabgabe zweckgerichtet verwendet werden müssen.

Nachdem in der Vergangenheit ergotherapeutische Unterstützung oft nur sehr schwer (durch die Grenzen der Budgetierung) und eher außerhalb des Betriebes (durch die Vorgaben der Krankenkassen als Kostenträger) möglich war hat, sich jetzt ein erweitertes Spektrum der IFD-Betreuung

ergeben; in Niedersachsen erfolgt jetzt eine gemeinsame Entwicklung des neuen Unterstützungsbausteins Jobcoaching und seiner Handhabung.

Das niedersächsische Modell bedarf dabei sicher genauer Absprachen an den Schnittstellen, um die Hilfeangebote bestmöglich zu verzahnen, gerade wenn sie in Niedersachsen in der Regel nicht „aus einer Hand“ erbracht werden.

Wir würden – analog der Handhabung und Erfahrung in anderen, IFD-integrierten Lösungen – ein gemeinsames Vorgespräch, Absprachen über die Dauer der Unterstützung und ein gemeinsames Abschlussgespräch bzw. über die evtl. Weiterbetreuung als unerlässlich für die Zusammenarbeit sehen, um eine gute Unterstützung zu gewährleisten. Andererseits ist ein Informationsaustausch zwischen den Betreuungspersonen – jeweils mit Einwilligung der betroffenen Klienten – ebenfalls notwendig für die Erbringung der jeweiligen Betreuungsleistung und deren Erfolg – wie auch in bisherigen Kooperationsformen im Rahmen unserer Betreuungsarbeit.

In der Region Hannover bestehen folgende mögliche Ansprechpartner:

**IFD Hannover**, Tel. 0511/21978-182 oder -139 (Mail: ifd@awo-hannover.de). Der Dienst ist zuständig für Arbeitgeber in der Stadt Hannover und die Regionsteile Burgdorf, Burgwedel, Hemmingen, Isernhagen, Laatzen, Langenhagen, Lehrte, Pattensen, Sehnde, Springe, Uetze und Wedemark und deren schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Mitarbeiter.

**IFD Wunstorf**, Tel. 05031/9553-23 bzw. 24 (Mail: Waltraud.Heise@exundjob.de oder Petra.Behneking@exundjob.de). Dieser Dienst ist für Betriebe in den Regionsgemeinden bzw. Landkreisen Hameln-Pyrmont, Nienburg, Schaumburg, Barsinghausen, Garbsen, Neustadt, Ronnenberg, Seelze, Wennigsen und Wunstorf zuständig.

Darüber hinaus steht außerhalb der Region der **IFD Celle** zur Verfügung, der unter Tel. 05141/902013 und per Mail unter Annette.Stoelcke@evlka.de erreichbar ist. Dieser Dienst betreut Betriebe in den Landkreisen Celle und Soltau-Fallingb. (deren Mitarbeiter z.T. auch in der Region Hannover wohnen dürften).

**Anschrift des Verfassers:**

Jörg Kusterer · Integrationsfachdienst für schwerbehinderte Menschen Hannover  
Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V. · Deisterstr. 85 A · 30449 Hannover

## **Überblick zu den gegenwärtigen Möglichkeiten im Übergang Schule – Beruf bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen aus Sicht einiger Berufsbildender Schulen**

von Katja Ewald (BBS Burgdorf), Anette Pundt (BBS 6), Annette Stichweh (BBS 3)

Wir beobachten mit Sorge, dass in den letzten Jahren immer mehr Jugendliche im System der berufsbildenden Schulen (BBS) unter psychischen Beeinträchtigungen leiden. Davon ist besonders die Berufseinstiegsschule (BES) betroffen, aber auch in allen anderen Bildungsgängen an



den Berufsbildenden Schulen der Region Hannover treffen wir auf Schülerinnen und Schüler die psychisch auffällig sind. In der berufsbildenden Schule steht die psychische Beeinträchtigung oft im Zusammenhang mit hohen Fehlzeiten, die nicht unbedingt unentschuldig sein müssen. Im System der berufsbildenden Schule können die Auffälligkeiten in verschiedenen Phasen erkannt werden. Die betroffenen Jugendlichen werden bei diesen Stationen durch sozialpädagogisches Fachpersonal unterstützt.

Die Fachkräfte der Schulsozialarbeit arbeiten in Beratungsteams mit Beratungslehrkräften zusammen. Es gibt an allen Berufsbildenden Schulen in der Region Hannover abgestimmte Beratungskonzepte. In diesen sind die innerschulische Beratungsarbeit (Aufnahme-, Schullaufbahn- und psychosoziale Beratung) und die Umsetzung der außerschulischen Kooperationen mit verschiedenen Beratungsstellen geregelt.

Die Beratungsteams der Schulen haben eine Schlüsselfunktion im Übergangssystem Schule-Beruf. Sie beraten Schülerinnen und Schüler, die aus den allgemeinbildenden Schulen an eine berufsbildende Schule wechseln.

Die Mitglieder der Beratungsteams stehen während des gesamten Schuljahres als Ansprechpartner für die Schülerinnen und Schüler-, Lehrer- und Elternschaft und für Ausbildungsbetriebe zur Verfügung.

In diesen vielfältigen Beratungssituationen treffen die Schulsozialpädagogen auf psychisch beeinträchtigte Jugendliche.

Gemeinsam mit den jungen Menschen loten sie die Erfordernisse und Möglichkeiten aus, die das Übergangssystem bietet und versuchen eine Anschlussperspektive zu erarbeiten. Nicht immer ist der Besuch einer berufsbildenden Schule die beste Lösung.

In der Arbeit mit den Betroffenen besteht generell die Schwierigkeit, dass weder die Beratungslehrkräfte noch die Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter eine spezielle Ausbildung zur Diagnostik von psychischen Beeinträchtigungen haben. Vieles von dem, was in diesen ersten Gesprächen erfahren wird, kann von uns lediglich diffus zwischen Verhaltensauffälligkeit und psychischer Störung eingeordnet werden. Erst zu diesem Zeitpunkt können psychologische Fachkräfte mit dem Einverständnis der Beteiligten in den Klärungsprozess einbezogen werden. Nur wenige Jugendliche kommen bereits mit einer psychiatrischen Diagnose und einige wenige sind darüber hinaus in ein Therapieangebot eingebunden.

Die berufliche Integration ist für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen besonders schwierig, weil sie als Folge ihrer Beeinträchtigung den Schulbesuch nicht in erforderlichem Maße wahrnehmen können.

Im Folgenden stellen wir die für uns wichtigen drei Phasen im Übergang Schule/Beruf dar. Sie gliedern sich in den Übergang von der allgemeinbildenden Schule in eine Berufsbildende Schule, die Zeit in der Berufsbildende Schule und den Wechsel von der Berufsbildende Schule in eine Ausbildung oder eine Maßnahme von der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter.

Das Verfahren für die Aufnahme an einer Berufsbildenden Schule in der Region Hannover hat folgende Regelung: Jede Schülerin und jeder Schüler aus dem Stadtgebiet Hannover muss sich persönlich an seiner Wunschberufsschule anmelden. Die Regularien für die berufsbildenden Schulen im Umland unterscheiden sich davon. In der berufsbildenden Schule in Burgdorf werden z.B. die Schülerinnen und Schüler, die die Berufseinstiegsschule besuchen, nach der Anmeldung noch einmal persönlich eingeladen.

Über dieses Aufnahmeverfahren erhalten die Mitglieder der Beratungsteams erste Informationen über die Schülerinnen und Schüler. In der persönlichen Eingangsberatung können sie erste Informationen zu den Besonderheiten der Jugendlichen erfahren. Dort muss dann entschieden werden, ob und in welcher Form weitere externe Unterstützungsangebote miteinbezogen werden sollen.

Im Übergang von der allgemeinbildenden Schule zur berufsbildenden Schule nimmt die Berufsbildende Schule 6 in der Region Hannover eine besondere Rolle ein. Hier gibt es für Jugendliche, ihre Eltern und Fachkräfte der Jugendhilfe ein offenes Beratungsangebot, das in Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Familie der Stadt Hannover durchgeführt wird. Es findet montags bis freitags in den Räumen der BBS 6 von 10 - 12 Uhr statt und steht unter dem Themenschwerpunkt Schullaufbahnberatung (Übergang Schule/Beruf).

Dieses offene Beratungsangebot wird im gesamten Schuljahr auch als Anlaufstelle von allen Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern genutzt, die noch mit keinem Schulplatz versorgt sind.

Schülerinnen und Schüler, die ihre allgemeine Schulpflicht erfüllt haben und auf Grund von psychischen Beeinträchtigungen nicht in der Berufseinstiegsschule beschult werden können, haben die Möglichkeit, eine persönliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Dabei werden sie in Kooperation mit verschiedenen Beratungsstellen über weitere Möglichkeiten informiert, die das Niedersächsische Schulsystem (§69 Abs.4 Schulpflicht – in besonderem Fällen) bietet.

In der zweiten Phase liegt zu Beginn des Schuljahres: In der Zeit bis zu den Herbstferien findet eine sogenannte Orientierungsphase statt. Sie dient dem intensiveren Kennlernen von Schülerinnen und Schülern und deren Erziehungsberechtigten. Oftmals bringen die Jugendlichen noch keine konkrete Berufsorientierung mit. Sie besuchen aber an den berufsbildenden Schulen bestimmte Schulformen mit festgelegten Berufsfeldern – wie zum Beispiel Bautechnik, Gastronomie, Metalltechnik, Wirtschaft etc. Diese bereitet sie – im besten Fall – auf eine weitere Orientierung in Richtung Ausbildung vor. Sollte in dieser zweiten Phase festgestellt werden, dass Auffälligkeiten bzw. psychische Beeinträchtigungen vorhanden sind, werden Fachstellen (z.B. sozialpsychiatrische Beratungsstellen der Region Hannover, Kinder- und Jugendpsychiater) hinzugezogen, um gemeinsam an Lösungsmöglichkeiten zu arbeiten. Zur Abklärung von Krankheitsbildern und weiterführenden Beratungs-/Therapiemöglichkeiten werden Angebote von niedergelassenen Therapeuten und psychologischen Beratungsstellen genutzt. Darüber hinaus arbeiten wir eng mit den Jugendwerkstätten (Schulpflichterfüllung über Förderplan nach § 69 Abs.4 NSchG), der Beratungsstelle für Schulverweigerer KonneX der AWO Hannover, den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Region Hannover und dem schulpsychologischen Dienst zusammen.

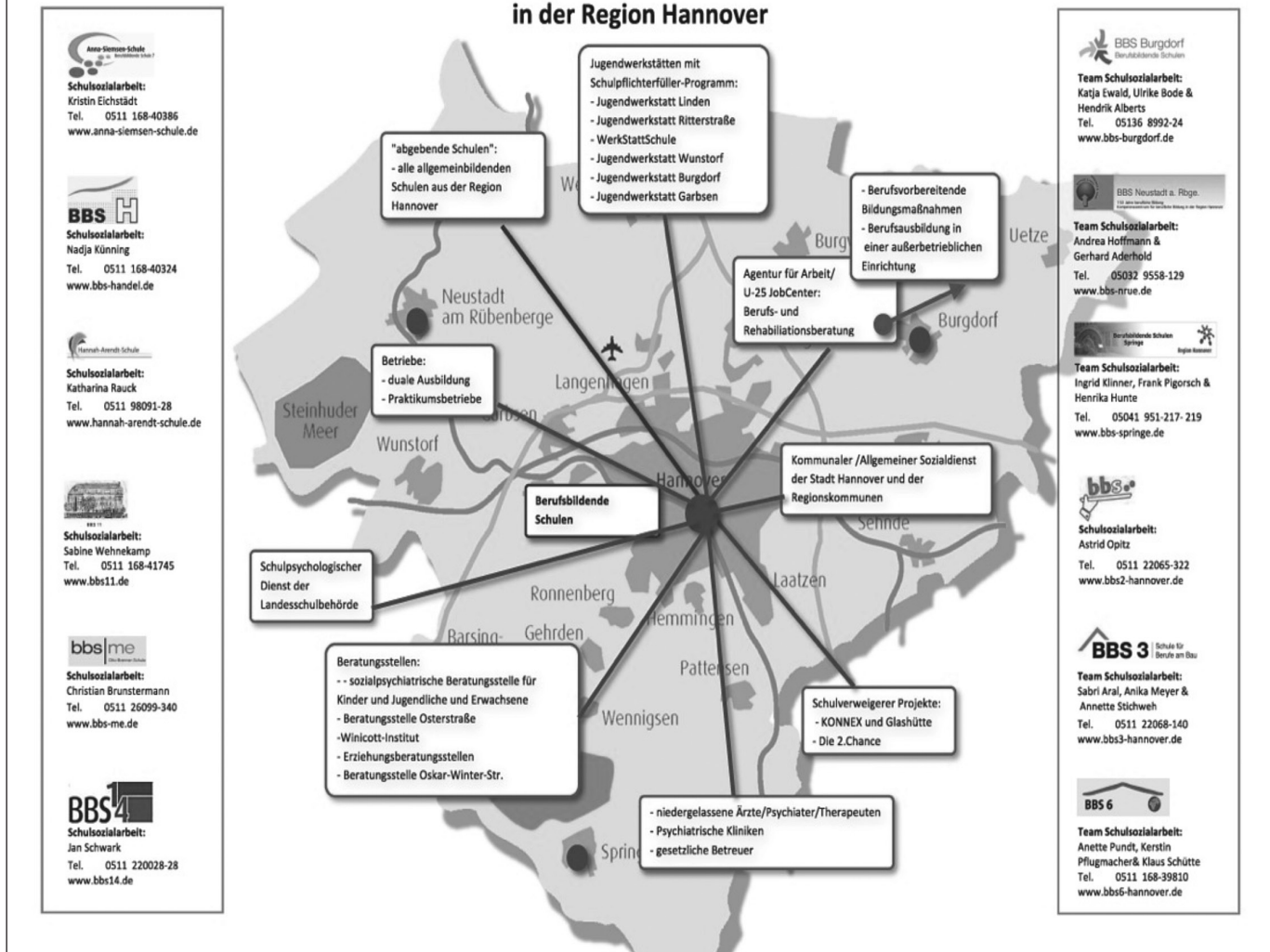
Ein weiteres Hilfsangebot für psychisch beeinträchtigte Schülerinnen und Schüler, die beruflich nicht orientiert und dem System der berufsbildenden Schule nicht gewachsen sind, ist die Erstellung eines Einzelfallbezogenen Förderplanes nach § 69 Abs.4 NSchG möglich. Auf diese Weise können die Schülerinnen und Schüler der Berufseinstiegsschulen (BVJ, BEK) die Schulpflicht in anderen Einrichtungen oder im Rahmen eines betrieblichen Langzeitpraktikums erfüllen. Sie erhalten so Gelegenheit, sich in der Arbeitswelt zu orientieren und zu erproben, ihre praktischen Fähigkeiten zu zeigen und neue Fertigkeiten zu erlernen.

Die teilnehmenden Schülerinnen und Schüler werden durch das Fachpersonal in der Schule und in Einzelfällen auch zusätzlich durch einen externen Partner (Projekt KonneX AWO Hannover) begleitet.

Mit Abschluss des einjährigen Bildungsganges an einer berufsbildenden Schule endet die Schulpflicht. Für die Jugendlichen heißt das, dass sie wieder einen Übergang in die Arbeitswelt oder in weiterführende Bildungsgänge an einer berufsbildenden Schule gestalten müssen. Der tatsächliche Übergang in die Ausbildung bleibt für viele unserer Schülerinnen und Schüler unerfüllt. Nach unseren Erfahrungen stellt dieser Schritt in einen unbekanntem Lebensabschnitt für die Jugendlichen und ihre Familien oft eine Überforderung dar. Hinzu kommt, dass diese Jugendlichen oftmals keinen regelmäßigen Schulbesuch aufzuweisen haben. Werden psychische Beeinträchtigungen in diesem Zusammenhang nicht erkannt, droht zusätzlich eine Ordnungsstrafe wegen Schulversäumnissen.

Aus diesen Gründen muss dieser Übergang sehr gut vorbereitet werden. Unterstützt werden die berufsbildenden Schulen in dieser Phase auch von der Agentur für Arbeit, die ein kontinuierliches Beratungsangebot in den Schulen vorhält. Bei Jugendlichen, die psychische Beeinträchtigungen aufweisen, hängt ein gelungener Übergang sehr davon ab, ob sie während der Schulzeit eine Therapie o.ä. begonnen haben und ob es die Bereitschaft gibt, das Unterstützungssystem in Anspruch zu nehmen. Über die Agentur für Arbeit und das Jobcenter können weitere berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) oder eine Berufsausbildung in einer außerschulischen Einrichtung (BaE – kooperativ oder integrativ) angeboten werden. Auch die Einmündung in das Berufsbildungswerk Annastift oder die Hannoverschen Werkstätten kommen als weiterführende Maßnahmen in Betracht. Die hier erwähnten Anschlussperspektiven bieten psychisch beeinträchtigten jungen Menschen die Möglichkeit, einen Einstieg in die Arbeitswelt zu finden. Viele von ihnen bleiben weiterhin auf sozialpädagogische und therapeutische Unterstützung angewiesen, um ihre beruflichen Ziele erreichen zu können.

## Vernetzungsübersicht der Schulsozialarbeit an berufsbildenden Schulen in der Region Hannover



Wir haben in der Grafik die wichtigsten Netzwerkpartner aufgeführt, die uns in dieser Arbeit unterstützen.

Abschließend möchten wir gerne einige Punkte anführen, die uns bei der täglichen Arbeit auffallen und wie die derzeitige Situation weiter verbessert werden könnte:

In den Beratungen berichten viele Angehörige, dass sie lange suchen mussten, um ein geeignetes Angebot für ihr Kind zu finden und sich dabei auch alleingelassen gefüllt haben. Die Wartezeiten für Termine bei Kinder- und Jugendpsychiatern sind zu lang.

Unserer Ansicht nach fehlen zurzeit Angebote, die diesen jungen Menschen den Einstieg in die Ausbildung erleichtern und anschließend auch eine verlässliche Begleitung während der Ausbildung gewährleisten. Darüber hinaus sind in der Region die Kapazitäten für eine Versorgung von Jugendlichen (16 - 18 Jahre) und jungen Erwachsenen (bis ca. 20 Jahre) in Krisensituationen oftmals nicht ausreichend. In diesem Übergang von der berufsbildenden Schule in die Berufsausbildung brauchen die psychisch belasteten oder erkrankten jungen Menschen eine gute Unterstützung und individuelle Begleitung, damit dieser wichtige Schritt gelingen kann.

Allgemein fehlt für die Betreuung von psychisch beeinträchtigten jungen Menschen ein Netzwerk, in dem multiprofessionelle Teams den Übergang aus der Schule in den Beruf begleiten. Als Organisationsform könnten fallbezogene Bildungs- und Ausbildungsplanungskonferenzen dienen. An den Zusammenkünften können die betroffenen Jugendlichen, die Eltern und das (sozial-)pädagogische Fachpersonal aus Schulen, den Kommunalen Sozialdiensten und Beratungsstellen, sowie Ärzte und Therapeuten teilnehmen. Hier könnten die oben skizzierten Möglichkeiten der Übergangsgestaltung abgesprochen, geplant und umgesetzt werden.

**Anschriften der Verfasserinnen:**

Katja Ewald · Berufsbildende Schule Burgdorf · Berliner Ring 28 · 31303 Burgdorf

Anette Pundt · Berufsbildende Schule 6 · Goetheplatz 7 · 30169 Hannover

Annette Stichweh · Berufsbildende Schule 3 · Ohestraße 6 · 30169 Hannover

## **Die Problematik der Zuverdienstgrenzen – Eine gesetzlich verankerte Motivationsbremse beim Zuverdienst**

von Uwe Reichertz-Boers (*SuPA GmbH*)

Seit nun fast zwanzig Jahren verfolge ich zum Thema Zuverdienst intensiv die Auseinandersetzungen und Bemühungen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft der Region Hannover. Konkret geht es darum, für Menschen mit seelischen Behinderungen sinnhafte Beschäftigungsverhältnisse zu finden, solche zu kreieren oder noch besser: ihnen diese nahezubringen.

Das Thema Zuverdienst ist stets aktuell, und es wird auch durch Arbeitsgruppen, Fachgremien und Tagungen immer wieder zielgruppenspezifisch erörtert. Von zahlreichen Fachleuten wird seit Jahren die absolute Notwendigkeit von Zuverdienst-Arbeitsplätzen betont.

Betrachtet man die große Zahl der potenziellen Nutzer und Nutzerinnen, so müsste man eigentlich davon ausgehen, dass es so viele Angebote in der Region Hannover gibt, das es den potenziellen Nutzern und Nutzerinnen eher schwerfällt, sich für eines zu entscheiden. So zumindest stellt sich die Angebots- und Nachfragekultur im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen als Dienstleistungsangebot dar.

Jedoch haben sich in diesem Bereich in der Region Hannover trotz dieses offensichtlichen Bedarfs in all den Jahren nur wenige personenzentrierten Angebote für Betroffene entwickelt.

Ich schließe daraus, dass es offensichtlich große Widerstände in der Versorgungslandschaft gibt, geeignete Projekte ins Leben zu rufen, diese für die Initiatoren finanziell haltbar und umsetzbar zu gestalten und diese für die Menschen, die sie nutzen sollen, auch noch attraktiv werden zu lassen.

## **Warum gibt es so wenige Zuverdienst-Arbeitsplätze?**

Nur sehr wenige Anbieter haben sich bisher auf den Weg gemacht, etwas Sinnhaftes für Betroffene auf die Beine zu stellen. Von diesen Anbietern versuchen es seit Jahren einige wenige immer wieder, andere können ihr Angebot nur durch große Mühen und Mischfinanzierungen aufrechterhalten. Andere wiederum sind nachhaltig gescheitert. Woran liegt das beziehungsweise welche eventuellen Hindernisse existieren für potenzielle Anbieter und warum nehmen Betroffene vorhandene Angebote nicht wahr?

Um Antworten zu finden, habe ich noch einmal leidvoll einen Blick zurück auf eigene Bemühungen geworfen. Denn auch wir haben versucht, auf diesem Markt Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und chronischen Suchterkrankungen umzusetzen.

Bei einem Projektmodell, das wir seinerzeit ins Leben gerufen hatten, stand die Idee im Vordergrund, Menschen mit Mehrfachdiagnosen, vor allem mit einer chronischen Abhängigkeitserkrankung, eine sinnhafte Tätigkeit zu bieten, bei der sie tageweise je nach gesundheitlicher Verfassung arbeiten und stundenweise individuell eingesetzt werden können.

Ausgezahlt wurde nach dem alten „Lohntütenprinzip“. Für die erbrachte Arbeit gab es einen Tageslohn. Einsatzort war eine alte Gärtnerei, die wir angemietet und bewirtschaftet hatten.

Bei der Stundenlohngestaltung hatten wir uns vereinsintern auf einen Betrag von 4,00 Euro pro Stunde geeinigt. Der Andrang auf dieses Projekt war richtig gut. Wir hatten schnell einen Stamm von Menschen zusammen, die je nach Tagesverfassung bereit waren, anfallende Arbeiten in einer zum Teil maroden Gärtnerei zu übernehmen. Sie taten das oft mit großer Leidenschaft und hatten für sich wieder das Gefühl, Teil der Gesellschaft zu sein.

Jedes Wirtschaftsunternehmen wäre begeistert gewesen, einen solchen Stamm von motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu haben! Neben den benannten Rahmenbedingungen konnten wir seinerzeit mit der Stadt Hannover absprechen, dass die erzielten Stundenbeträge und Tagessätze nicht als anrechenbares Einkommen galten. Somit hatte jeder Empfänger und jede Empfängerin von Grundsicherung die Chance, tatsächlich etwas hinzuzuverdienen.

### **Die gesetzlich verankerte Motivationsbremse**

Grundsicherung beziehen zu müssen und arbeiten zu wollen – und auch stundenweise arbeiten zu können –, das passt offensichtlich bei unserer derzeitigen Gesetzeslage nicht zusammen. Die gesetzlichen Regelungen für die Grundsicherung bei Arbeitsuchenden sieht im SGB II, § 30 einen Freibetrag von 100,00 € vor, der übersteigende Betrag bis 800,00 € wird lediglich zu 20% anerkannt. Die gesetzlichen Regelungen für die Grundsicherung bei Alter und Erwerbsunfähigkeit sehen nach dem SGB XII, § 82 Abs. 3 vor, das bis auf 30 % der Vergütung alles auf die Grundsicherung angerechnet wird.

Im Klartext: Die arbeitende Person hat mit einem Zuverdienst von 100 € im Monat nur noch 30 € zur Verfügung – verständlicherweise wird es dadurch sehr schwer bis unmöglich, die Betroffenen für eine Tätigkeit zu motivieren.

Ein Beispiel: Frau L. hat ein Studium zur Pädagogin absolviert. Aufgrund ihrer Erkrankung ist sie seit fast zwei Jahrzehnten nicht in ihrem Beruf einsetzbar. Im Verlauf einer intensiven jahrelangen therapeutischen und ambulanten Behandlung und Betreuung konnte sie wieder stundenweise arbeiten. Ihr Wunsch war es, diese ca. drei Stunden täglich, die sie es schaffte zu arbeiten, in einer für sie sinnvollen Tätigkeit zu verbringen. Für Frau L. war schnell klar, dass sie auf ihre erworbenen Kernkompetenzen als Pädagogin zurückgreifen will, da ihr die Arbeit mit Kindern stets viel Freude bereitet hatte.

Das Entgelt, das sie für jede Stunde pädagogischer Arbeit erhält, muss sie im beschriebenen Satz mit 70 Prozent anrechnen lassen. Wenn sie also in der Lage ist, pro Tag drei Stunden in der Betreuung von Kindern zu arbeiten und das für 4,00 € die Stunde, dann erwirtschaftet sie in einem Monat 258,00 €. Davon behalten kann sie aber lediglich 77,40 €. Sollte sie es schaffen, jeden Tag drei Stunden zu arbeiten, so erhält sie schließlich noch 1,29 € pro Stunde für ihre Tätigkeit. Viele der Menschen, für die Zuverdienst infrage kommt, schaffen es aber nicht, an jedem Tag volle drei Stunden tätig zu sein.

Ihnen bleibt dann rechnerisch deutlich weniger. Die Argumentation, dass durch Zuverdienst wieder eine gute Tagesstruktur gegeben ist, stimmt zwar auch für mich, würde mich aber – ehrlich gesagt – nicht dauerhaft motivieren, den notwendigen Einsatz zu erbringen.

Es ist an der Zeit, dass sich die Region Hannover bereit erklärt, innovative Ideen und Projekte langfristig zu fördern und zu unterstützen.

Es ist an der Zeit, dafür zu sorgen, dass für die Einsatzbereitschaft von Betroffenen zumindest ein Stundensatz erzielt wird, der am Ende eines Monats das Gefühl vermittelt, einigermaßen würdig und angemessen entlohnt worden zu sein.

Es ist an der Zeit, es zu ermöglichen, dass Zuverdienst in diesem Sinne als ein nicht anrechenbares Einkommen gilt. Dass es Möglichkeiten im Sinne einer Auslegung gibt, sehen wir bei dem Projekt „Asphalt“. Diese Regelung muss für alle Leistungsanbieter und Leistungserbringer der Region Hannover gelten.

Arbeit ist vielmehr als nur eine Beschäftigung.

Arbeit ist eigentlich lebensnotwendig für den Menschen. Ein Mensch ohne Arbeit fühlt sich oft nutzlos und allein. Durch Arbeit steigt sein Selbstwertgefühl. Die Möglichkeit arbeiten zu können ist somit absolut gesundheitsfördernd. Arbeit bietet nicht nur Beschäftigung oder Einkommen, sondern erfüllt jeden Einzelnen auf eine individuelle Art und Weise.

Dieser Effekt ist sicherlich nicht nur dadurch zu erreichen, dass in Hilfeforenzen oder Sozialberatungen darauf hingearbeitet wird, eine tagesstrukturierende Maßnahme zum Erhalt oder zur Verbesserung des Allgemeinzustandes anzunehmen.

Ein weiteres Problem, warum Zuverdienst-Projekte scheitern oder gar nicht erst entstehen, ist, wenn seitens der Region Hannover nicht die Bereitschaft besteht und wenn nicht zugesichert wird, solche Projekte über Jahre hinweg auch umfangreich finanziell zu fördern. Kein Projekt

dieser Art schafft es meines Erachtens ohne finanzielle Förderungen, eigenwirtschaftlich zu existieren. Daran ist letztlich auch unser Projekt gescheitert.

Bei meinen Betrachtungen wurde mir aber auch deutlich, dass einige Zuverdienst-Projekte eher Arbeitsprojekte für Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sind. Die geplanten Arbeitsprojekte für Zuverdienst sehen oft einen intensiven Betreuungsschlüssel in der fachlichen Begleitung vor. Hier geht dann wieder ein sehr hoher Anteil des geförderten Geldes, so denn überhaupt gefördert wird, in die Gehälter des betreuenden Personals. Für mich ist auch hier dringend ein Umdenken geboten.

Die Region Hannover sollte meines Erachtens eine Umfrage bei potenziellen Klienten initiieren, um zu erfahren, welche Form der sinnhaften Beschäftigung für sie infrage kommt. Ich bin sicher, dass viele Klienten und Klientinnen ihre Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Zuverdienstes realistisch einschätzen können. Es sollte auch Angebote geben, bei denen sie diese eigene Einschätzung einfach und unbürokratisch erproben können.

Doch letztendlich wird für all dies eine gesetzliche Regelung oder einen kreativen Umgang mit Vorgaben und vorhandenen Gesetzen im Rahmen des Möglichen benötigt, um Innovationen zu ermöglichen und umzusetzen.

**Anschrift des Verfassers:**

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

## **Regionale Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2013**

von Hermann Elgeti ( *Sprecher der Fachgruppe Dokumentation*)

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

Die Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) der Region Hannover (Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie; AKG) hat in ihrer Sitzung am 03.12.2014 dazu einstimmig bei vier Enthaltungen folgenden Beschluss gefasst:

„Eine systematische Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen ist auf die regelmäßige Erhebung und zuverlässige Auswertung einiger aussagekräftiger Daten angewiesen. Das für die Region Hannover entwickelte Konzept der Psychiatrieberichterstattung bietet dafür gute Voraussetzungen. Das größte Problem ist die unzureichende Beteiligung der Leistungserbringer, die durch folgende Maßnahmen verbessert werden könnte:



- Der AKG fordert seine Mitglieder, soweit sie Hilfsangebote betreiben, zur Abgabe der erforderlichen Datenblätter auf.
- Die Region Hannover sorgt als Kostenträger von Angeboten für den Abschluss entsprechender Qualitätsvereinbarungen.
- AKG, Fachgruppen und Sektor-AG im Verbund diskutieren einmal jährlich die für sie relevanten Auswertungsergebnisse.“

Der hier vorgelegte Auswertungsbericht gibt zunächst einen Überblick zur Sozialstruktur der Bevölkerung sowie zur psychiatrischen Versorgungsstruktur in der Region Hannover und informiert über das zugrunde gelegte Konzept der Qualitätsentwicklung. Danach geht es um die Beteiligung an der Datenerhebung und einen Vergleich der betreuten Patientengruppen von den drei Angebotsformen Sozialpsychiatrischer Dienst, ambulant betreutes Wohnen und Suchtberatungsstellen. Daran schließen sich einige spezielle Auswertungen an, u. a. zu Unterschieden in der regionalen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten der drei genannten Angebotsformen. Im Anhang sind die verwendeten Formularblätter für die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger abgedruckt.

## **Zur Sozialstruktur der Bevölkerung**

### **Eine Großstadtregion mit ländlichen und urban hoch verdichteten Teilgebieten**

Die Region Hannover ist in Niedersachsen die einzige und in Deutschland eine von insgesamt 15 Großstadtregionen. In einem bundesweiten Vergleich zwischen den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie neun weiteren Großstadtregionen umfasst die Region Hannover mit 2291 qkm bei weitem die größte Fläche; bei der Einwohnerzahl liegt sie nach Berlin, Hamburg und München an vierter Stelle.<sup>5</sup> Die Bevölkerungsdichte innerhalb der Region schwankt zwischen 44,4 Einwohnern pro Hektar im Sektor 6 (BS MHH-List) und 2,5 E./ha im Sektor 7 (BS Burgdorf). Der Durchschnitt für die Stadt Hannover liegt bei 26,4 E./ha, für das Umland bei 3,3 E./ha.<sup>6</sup>

### **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 hat seit 2006 um 2% abgenommen und lag Ende 2013 bei 16%, im niedersächsischen Durchschnitt bei 17%.<sup>7</sup> Der Anteil der Personen zwischen 18 und unter 65 Jahren beträgt 63% (Niedersachsen: 62%); Personen im Alter ab 65 Jahren machten wie im Landesdurchschnitt 21% aus. Insgesamt verzeichnete die Region in den letzten Jahren eine geringfügige Zunahme ihrer Einwohnerzahl (2005: 1.128.787; 2010: 1.132.130; 2012: 1.141.991), niedersachsenweit nahm sie von 2005 bis 2009 von 8,00 Mio. auf 7,92 Mio. ab. Aufgrund der Ergebnisse des Zensus 2011 sanken die Einwohnerzahlen im Berichtsjahr 2013 in den meisten Kommunen unter diejenigen der Vorjahre. Für die Region Hannover wurden 2013 nur noch 1.119.526, für ganz Niedersachsen 7,79 Mio. Einwohner berechnet. Die geringeren Einwohnerzahlen führen zu entsprechend erhöhten regionalen Ziffern bei Platzangebot, Inanspruchnahme und Fachkräfteeinsatz, selbst wenn deren absolute Werte gleich geblieben sind.

<sup>5</sup> Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. [www.lpk-bw.de/archiv/news2007/pdf/070803\\_gmk\\_psychiatrie\\_bericht\\_2007.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2007/pdf/070803_gmk_psychiatrie_bericht_2007.pdf)

<sup>6</sup> Eigene Berechnungen nach den Daten der Landeshauptstadt (01.01.2014) und Region (31.12.2013) Hannover

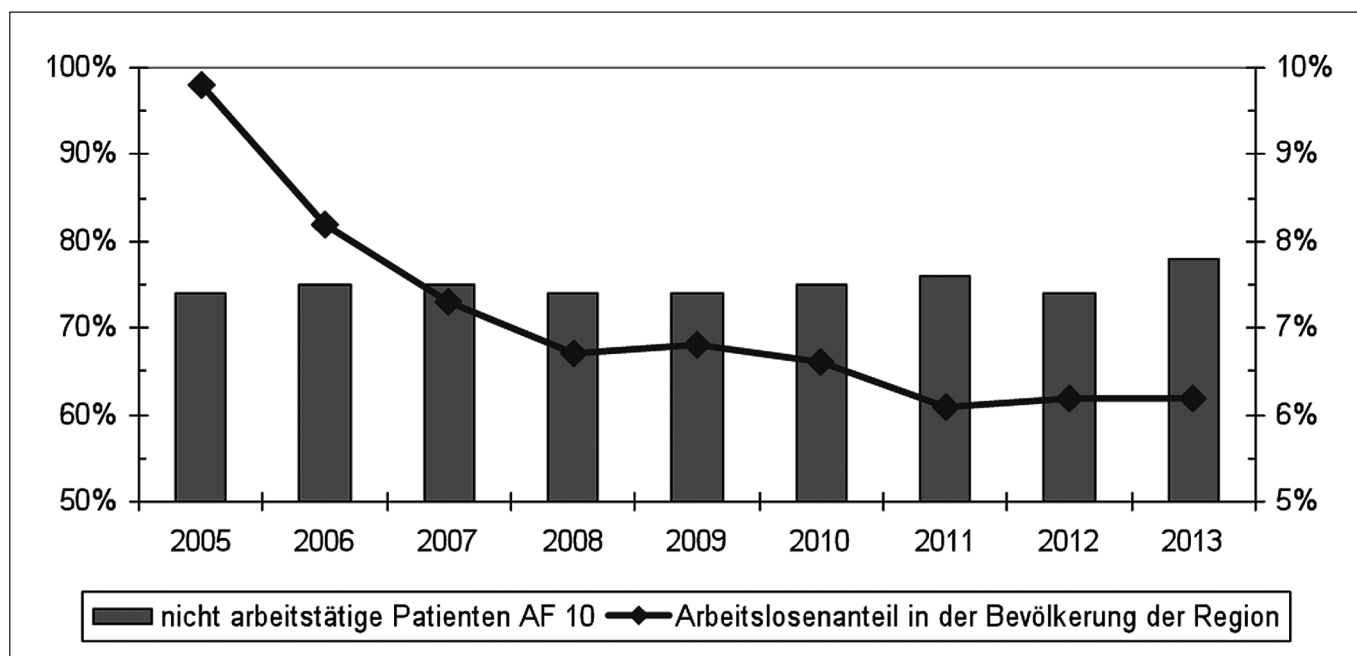
<sup>7</sup> Eigene Berechnungen nach den Daten des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (jeweils 31.12. des Berichtsjahres)

## 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 ggf. erhöhten Bedarf an psychiatrischen Hilfen.<sup>8</sup> Der Anteil Arbeitsloser an den Personen im Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren lag in der Region Hannover 2013 mit 6,6% (2006: 9,7%) über dem niedersächsischen Durchschnitt von 5,5% (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 unabhängig von der tatsächlichen Lage verändern. Auch sind die Zahlen, die vom Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie (NLSKN) geliefert werden, nicht identisch mit denen der kommunalen Ebene (Stadt und Region Hannover).

Die Arbeitslosigkeit in der Gesamtbevölkerung der Region ging nach den von Stadt und Region Hannover gelieferten Zahlen zwischen 2005 und 2013 von 9,8% auf 6,2% zurück. Dagegen schwankte der Anteil nicht arbeitstätiger Personen unter den sozialpsychiatrisch betreuten Patienten bis 2012 immer zwischen 74% und 76%, stieg 2013 sogar auf 78% an. Das zeigt wenigstens 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 2013 zwischen 4,5% im Sektor 10 (BS Langenhagen) und 9,6% im Sektor 4 (BS Deisterstraße); im gesamten Stadtgebiet Hannovers betrug er 7,4% und im Umland der Region 5,2%.

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



<sup>8</sup> 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](http://dyn2.hannover.de/data/download/RH/Ges_Soz/sozpsych/sozpsychpl2011/Sozialpsyplan_2011.pdf)

## Zur psychiatrischen Versorgungsstruktur

### Lange Tradition gemeindepsychiatrischer Reformbemühungen

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

### 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 45 Jahren bereits Heiner Frost durch.<sup>10</sup> 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, das KRH Psychiatrie Wunstorf und das Klinikum Wahrendorff weiterhin auch außerhalb der Region Hannover Versorgungsverpflichtungen haben.

**Tab. 1: Umfang einiger Hilfsangebote in der Region Hannover 1967 - 2013**

Anzahl der Einwohner (in Mio.)			0,81	1,14	1,13	1,13	1,12
Angebotsform mit Code-Nummer			1967	1998	2006	2009	2013
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*	1566*
teilstat.	20	Plätze Tagklinik Erwachsene (SGB V)	0	118	136*	221*	278*
	21	Plätze Tagklinik KJP (SGB V)	0	5	20*	21*	42*
	23	Plätze Tagesstätten (SGB XII)	0	109	187	195*	263*
	24/25	beschützte Arbeitsplätze (WfbM, RPK)	0	300	447	567	637**
stat.	30	Klinikbetten Erwachsene (SGB V)	2701	1032	865*	844*	893*
	31	Klinikbetten KJP (SGB V)	80	69	98*	103*	109*
	33	Wohnheimplätze (SGB XII)	0	525	646	1398*	1520*
	34	Pflegeheimplätze (SGB XI, SGB XII)	230	1337	1228	1447	737**

\*) Daten zur Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen 2006-2013; Quellen: nds. Krankenhausplan, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Region Hannover (AF 13)

\*\*\*) Daten von 2012; in der AF 24/25 einschl. RPK Beta-REHA (AF 15; 40 Plätze) und STEP-Arbeits- bzw. Beschäftigungs-Projekte (AF 15; 50 Plätze), ohne WfbM Niels-Stensen-Haus (AF 24; Anzahl der von Menschen mit seelischen Behinderungen belegten Plätzen unbekannt)

## **Nicht besonders viele niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten**

In die Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen wurden seit 2010 auch Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) einbezogen. Sie geben Auskunft über die Zahl der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum niedergelassenen bzw. angestellten 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 im Berichtsjahr 2013 ein Wert von 5,6 VZK pro 100.000 Einwohner. Der Wert liegt über dem niedersächsischen Durchschnitt (3,7), aber unter den Werten einiger größerer Städte (bis 9,6) und mancher Landkreise (bis 7,1). Auch bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die Region Hannover mit 2,9 VZK pro 100.000 Einwohner über dem Durchschnittswert für Niedersachsen (1,7); weit vorn aber rangieren die Stadt Oldenburg (8,1) und der Landkreis Göttingen (5,2). Wenn man ärztliche, psychologische sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zusammenzählt, kommt man in der Region auf 30,4 VZK pro 100.000 Einwohner, in ganz Niedersachsen sind es durchschnittlich 23,5. An der Spitze liegen hier die Städte Osnabrück (73,2), Oldenburg (49,2) und Braunschweig (42,0) sowie der Landkreis Göttingen (58,7). 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.

## **Zum Qualitätsentwicklungskonzept**

### **Nutzung quantitativer Daten für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung**

Zu einer bedarfsgerechten Qualitätsentwicklung wohnortnaher Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in einer Kommune werden regelmäßig erhobene Daten zum tatsächlichen Versorgungsangebot benötigt.<sup>11</sup> 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 das kann 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.

<sup>11</sup> 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 (Formulare der Datenblätter A, B, C im Anhang 1 dieses Beitrags) der Einrichtungsträger, die sich am SpV beteiligen, ergänzt um Angaben zur Sozialstruktur der Einwohner in den einzelnen Versorgungssektoren der Region. Das Datenblatt (DB) A ist seit 1998 in Gebrauch, das DB B seit 1999 und das DB 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.<sup>12</sup> Es fällt vielen Einrichtungsträgern leider immer noch schwer, wenigstens die DB A und B bis Ende März des Folgejahres der Geschäftsstelle des SpV zuzusenden. Durch hartnäckiges Nachfassen konnten für die Berichtsjahre 2001, 2004 und 2006 einigermaßen vollständige, auf den neuesten Stand gebrachte Datensätze erhoben und ausgewertet werden. Ab dem Berichtsjahr 2013 ist für die von der Region Hannover geförderten Suchtberatungsstellen für legale Suchtmittel die Beteiligung an der Psychiatrieberichterstattung einschließlich DB C Bestandteil der Qualitätsvereinbarung. Diese Vereinbarung sollte für andere Versorgungsbereiche beispielgebend sein.

### Eröffnung von Vergleichsmöglichkeiten durch 28 definierte Kennzahlen

Alle Hilfsangebote mit vergleichbarem Leistungsspektrum werden in einer Angebotsform (AF) zusammengefasst, und alle AF werden einer der drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer bzw. stationärer Hilfen zugeordnet (Liste der AF im Anhang 2 dieses Beitrags). Ein EDV-Programm berechnet aus den Rohdaten insgesamt 28 Kennzahlen (Liste der Kennzahlen im Anhang 3 dieses Beitrags). 8 von ihnen beschreiben Hilfsangebote nach Angaben auf den DB A und B (K1-K8), 11 weitere kennzeichnen Patientengruppen nach den auf dem DB 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-

<sup>12</sup> Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997 – 2007. In: Elgeti H (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn; Psychiatrie-Verlag, 132-147

übergreifende Fallkoordination (K18) zuständig ist, wird noch nach Versorgungskombinationen im Berichtsjahr (K19) gefragt. Auf die Größe und Sozialstruktur der Region, ihrer Teilgebiete bzw. Sektoren beziehen sich 6 Kennzahlen (K20-K25), 3 weitere auf alle Hilfsangebote einer Angebotsform oder Leistungsart in einem Einzugsgebiet: Bezogen auf 100.000 Einwohner werden die Inanspruchnahme (K26), das Platzangebot (K27) und der Fachkräfteeinsatz (K28) berechnet.

### Angebot detaillierter Ergebnisdarstellung für Einrichtungen und Fachgruppen

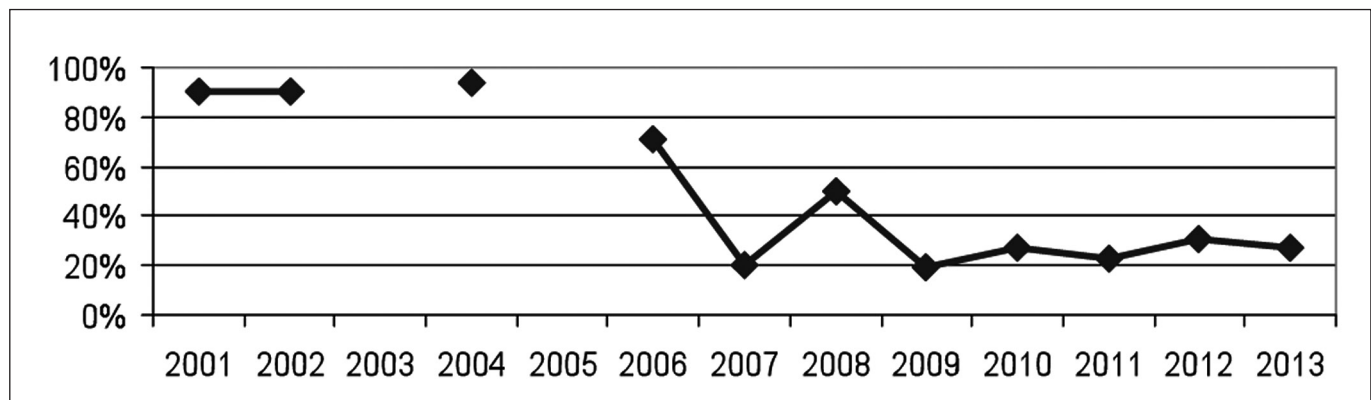
Neben den jährlichen Auswertungsberichten, die im Sozialpsychiatrischen Plan der Region veröffentlicht werden, besteht sowohl für die Einrichtungsträger als auch für die Sektor-Arbeitsgemeinschaften und Fachgruppen des SpV die Möglichkeit, detaillierte Auswertungen zu den sie jeweils betreffenden Teilbereichen anzufordern. Im persönlichen Gespräch kann man sich erläutern lassen, wie diese Daten für die regionale Bedarfsplanung und für die interne Qualitätsentwicklung der Hilfsangebote eingesetzt werden können. Vor allem der SpDi der Region hat von diesem Angebot bisher regelmäßig Gebrauch gemacht, zuletzt haben auch Anbieter von ambulant betreutem Wohnen davon profitiert. Im Rahmen der Arbeiten zur Weiterentwicklung des EDV-Eingabe- und Auswertungsprogramms im Zentrum für Informationsmanagement der Medizinischen Hochschule Hannover werden künftig alle Einrichtungen, die sich an der Datenerhebung beteiligen, für ihre jeweiligen Hilfsangebote auch selbst Auswertungen vornehmen können.

### Zu den teilnehmenden Einrichtungen und ihren Hilfsangeboten

#### Zu wenige Daten für Vergleiche zwischen Hilfsangeboten aller Angebotsformen

Ausreichend Daten erhielt die Geschäftsstelle des SpV der Region Hannover nur für die Jahre 2001, 2004 und 2006 (Abbildung 3). 2006 waren neben einigen Berufsverbänden, Selbsthilfe-Initiativen und Gästen ohne eigene psychiatrische Dienste insgesamt 163 Hilfsangebote registriert, von denen 115 Datenblätter A und B abgaben (71%). Im Berichtsjahr 2013 lieferten von den insgesamt 244 Hilfsangeboten nur 66 diese Datenblätter ab (27%). Lediglich in der AF 10, wo Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) für erwachsene Patienten zusammengefasst sind, sowie in der AF 16 (Suchtberatungsstellen) betrug der Anteil von Hilfsangeboten mit Angaben mehr als 50%. Berechnungen der Kennzahlen K1 bis K9 zu den Hilfsangeboten sind unter diesen Umständen auf der Ebene der Angebotsformen nicht aussagekräftig und wurden daher auch diesmal nicht in den Auswertungsbericht aufgenommen.

**Abb. 3: Anteil registrierte Hilfsangebote mit DB A+B 2001-2013**



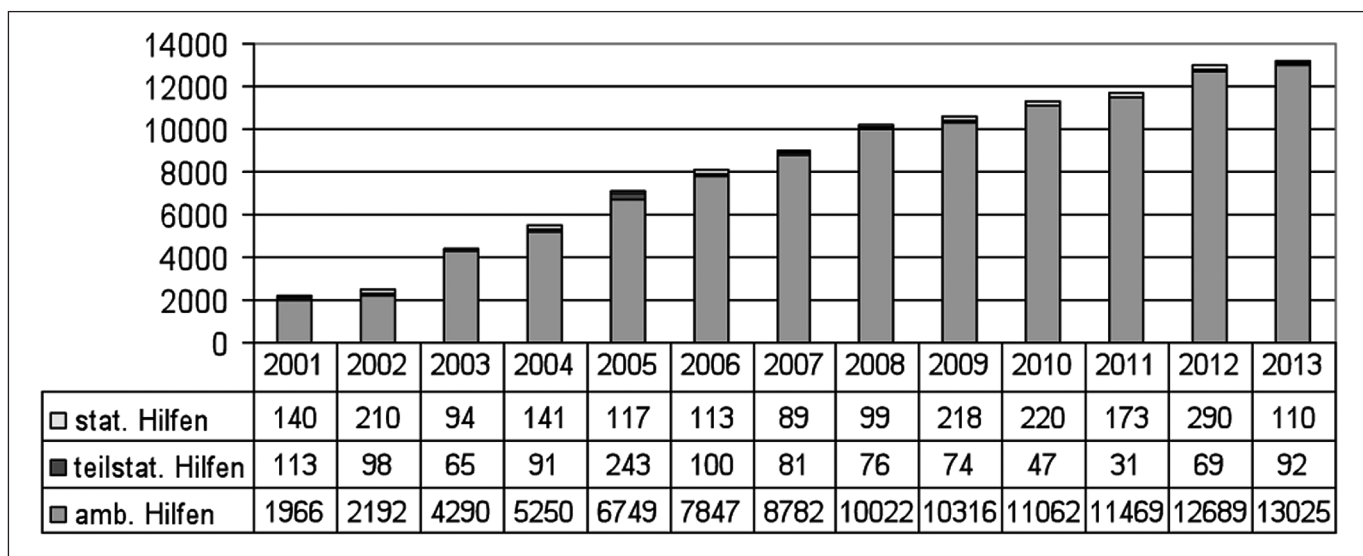
## Patientenbezogene Daten nur für eine Minderheit der Nutzer vorhanden

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 40% von ihnen mit einer patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation auf Basis eines Datenblattes C erfasst. In den meisten Fällen geschah dies aufgrund eines Kontakts mit dem SpDi, der ja auch für die Planung von Eingliederungshilfen zuständig sind.

## Patientengruppen-Vergleiche für einige ambulante Angebotsformen möglich

Für 32 Hilfsangebote konnten für das Berichtsjahr 2013 13.227 DB C zur anonymisierten Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden, im Vorjahr waren es 34 Hilfsangebote mit 13.048 DB C (Abbildung 4). Ohne Berücksichtigung der 17 Kontaktstellen in AF 12 waren 2013 127 ambulante Hilfsangebote im SpV der Region registriert, von denen 22 (17%) DB C zur Auswertung einsandten. Allein 9.951 DB C kamen 2013 vom SpDi der Region (Zentrale und 10 Beratungsstellen). In der AF 10 beteiligten sich daneben noch – in allerdings nur geringfügigem Ausmaß – der Sozialpsychiatrische Dienst der MHH in den Beratungsstellen Campus (2012 mit 34 und 2013 mit 84 DB C) und List (2013 mit 43 DB C). Für das Berichtsjahr 2013 lieferten außerdem sechs von 33 Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) insgesamt 847 DB C, fünf von 17 Suchtberatungsstellen (Sucht-BS) in der AF 16 1.691 DB C. Weitere ambulante Hilfsangebote mit DB C waren 2013 in der AF 19 der Diakonische Betreuungsverein (338 DB C) und in der AF 14 die Bremermann Gesundheitsdienste Ambulante Psychiatrische Pflege (71 DB C).

**Abb. 4: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C in der Region 2001 – 2013**



Von den insgesamt 44 teilstationären Hilfsangeboten im SpV der Region beteiligten sich im Berichtsjahr 2013 nur drei Tagesstätten (AF 23) an der Patientenbezogenen Datenerhebung: die Beta89-Tagesstätte Nordstadt (38 DB C), die Tagesstätte von FIPS in Lehrte (36 DB C) und die Tagesstätte des Künstlerhauses AuE (18 DB C). Von den 56 stationären Hilfsangeboten waren es im Berichtsjahr nur drei Wohnheime (AF 33): die Charlottenhof-Wohnheime in Wunstorf und Steinhude (65 DB C), das AWO-Wohnheim in der Nordfelder Reihe in Hannover (38 DB C) und von den Hannoverschen Werkstätten die Wohngemeinschaft für autistische Menschen (7 DB C).

## **Merkmale der betreuten Patientengruppen**

### **Höherer Männeranteil als in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen**

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

**Tab. 2: Nutzermerkmale bei ambulanten Angebotsformen 2001, 2006, 2011-2013**

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 45 J. (K11)	Patienten ab 65 J. (K12)	rechtliche Betreuung (K13)	psycho-soz. Risiko (K14)
SpDi / PIA (AF10)	2001	1085	48%	52%	13%	27%	21,1
	2006	6214	53%	47%	16%	39%	21,2
	2011	9262	53%	48%	13%	39%	21,1
	2012	9392	53%	48%	12%	41%	21,0
	2013	9742	53%	48%	12%	40%	21,1
abW (AF 13)	2001	197	55%	60%	4%	46%	23,8
	2006	795	62%	57%	6%	57%	22,8
	2011	680	64%	48%	5%	56%	22,3
	2012	936	59%	50%	4%	57%	22,3
	2013	843	58%	48%	5%	56%	22,4
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	60%	53%	4%	1%	19,0
	2006	784	66%	51%	5%	1%	18,6
	2011	1207	66%	46%	3%	1%	17,9
	2012	1709	66%	45%	4%	1%	18,0
	2013	1691	61%	49%	4%	1%	18,2



## Steigender Anteil älterer Menschen unter den betreuten Patienten

Bei den Ergebnissen zur Altersverteilung (K10-K12) zeigt der absinkende Wert von K11, dass der Altersdurchschnitt der betreuten Patienten im Laufe der letzten zehn Jahre eher etwas angestiegen ist. Das gilt allerdings nicht für den Anteil alter Menschen ab 65 Jahren (K12). Angesichts des allgemeinen demographischen Wandels auch in der Region Hannover werden die Leistungserbringer in Zukunft verstärkt Betreuungsformen entwickeln müssen, die dem Bedarf psychisch kranker alter Menschen angepasst sind.

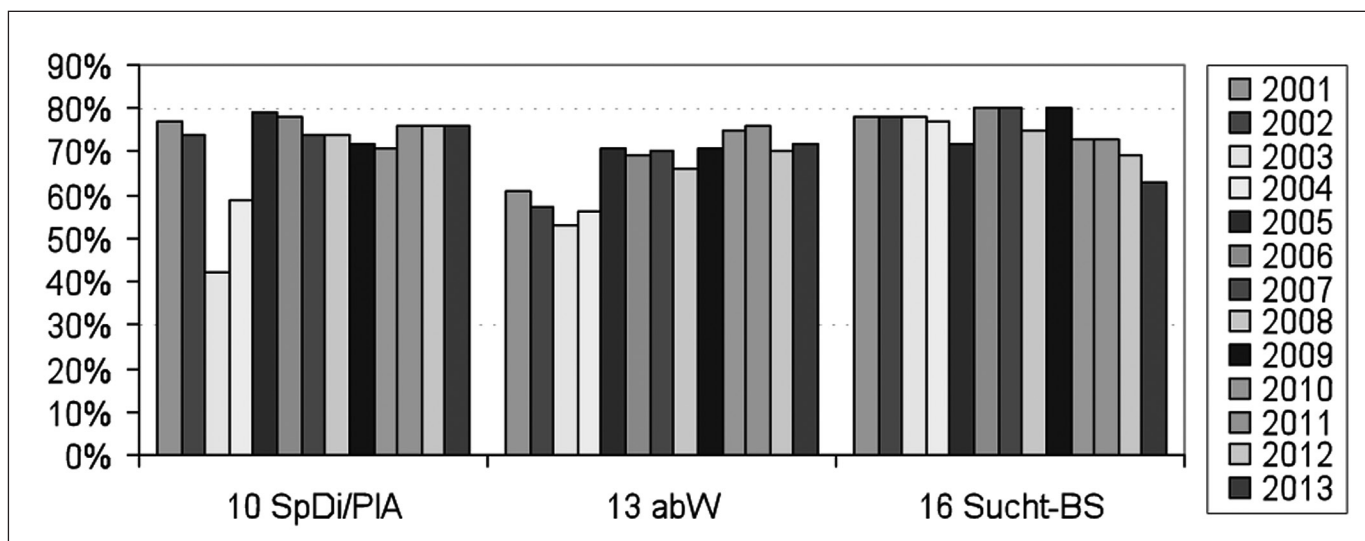
## Kein Anstieg der rechtlichen Betreuungen in den letzten Jahren

Der Anteil von rechtlich betreuten Personen (K13) liegt im SpDi, der in den letzten Jahren über  $\frac{3}{4}$  aller DB C lieferte, um die 40%, im abW über 50%. Die teilweise doch deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Hilfsangeboten einer AF lassen vermuten, dass es da und dort Alternativen ohne eine rechtliche Betreuung geben könnte. Bei den Nutzern der Sucht-BS spielt eine juristische Flankierung keine nennenswerte Rolle.

## Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore als Qualitätsmerkmal

Längst nicht bei allen Datensätzen kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden (Abbildung 5). Der Anteil, bei denen der Risikoscore berechenbar ist, hat bei den Sucht-BS (AF 16) mit steigender Anzahl gelieferter Datenblätter zuletzt deutlich abgenommen. Er liegt jetzt unter dem Niveau des SpDi (AF 10) und des abW (AF 13).

**Abb. 5: Anteil DB C mit berechenbarem psychosozialem Risiko 2001-2013**



## Kontrolle des Zielgruppenbezugs der Hilfen durch psychosozialen Risikoscore

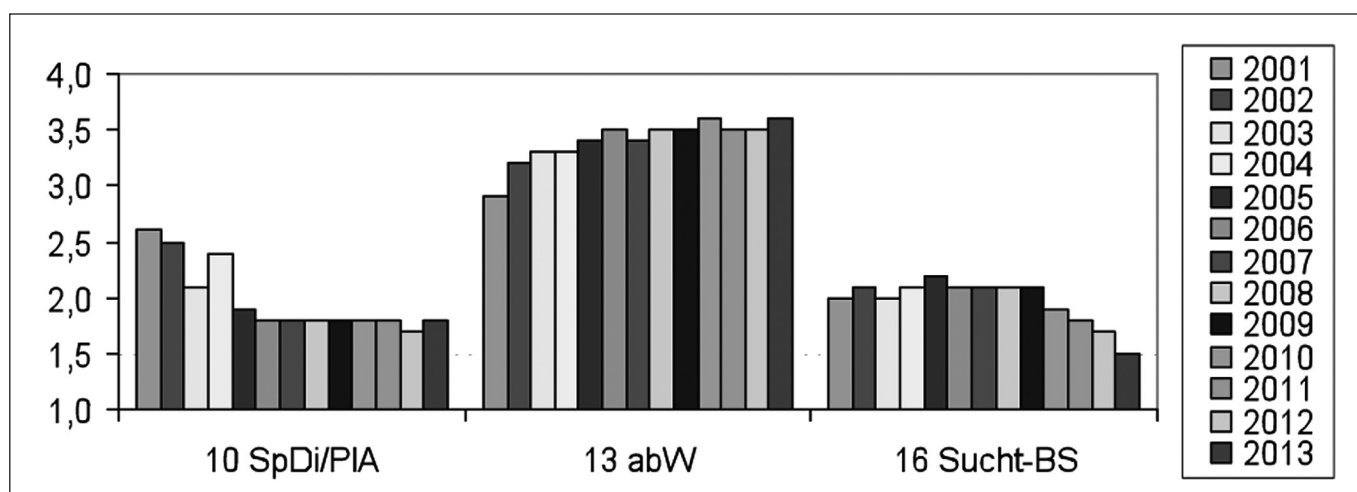
Die Durchschnittswerte des psR (K14) veranschaulichen die Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen in den drei hier untersuchten Angebotsformen. Bei den Angeboten des abW (AF 13) ist der Durchschnittswert von 2001 bis 2009 von 23,8 auf zuletzt 22,2 abgesunken, hielt

danach aber dieses Niveau und lag im Berichtsjahr bei 22,4 (Tabelle 2). Die Klienten weisen damit immer noch ein vergleichsweise recht hohes durchschnittliches psychosoziales Risiko auf. Dies spricht dafür, dass in diesen Angeboten im Großen und Ganzen tatsächlich diejenigen Menschen betreut werden, für die sie gedacht sind.

### Seit Jahren fast unveränderte Dauer der Betreuung im Jahr

Die Betreuungskontinuität (K15) gibt Auskunft über die Gesamtdauer der Betreuung im Berichtsjahr in dem Hilfsangebot, für das ein entsprechendes DB C ausgefüllt wurde. Bei den tagesklinischen und vollstationären Hilfsangeboten psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. (Kliniken haben sich bisher allerdings nicht an der Basis- und Leistungsdokumentation mit dem DB C beteiligt. Einzig die Nutzer des 2008 neu eingerichteten tagesklinischen Behandlungsprogramms in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List der MHH wurden bis 2010 in dieser Weise dokumentiert.) Bei allen anderen Angebotsformen wird zur Berechnung der Betreuungskontinuität die Anzahl der Quartale erfragt, in denen der Patient im Berichtsjahr im Hilfsangebot betreut wurde. Beim ambulant betreuten Wohnen kam es von 2001 bis 2006 zu einem Anstieg der durchschnittlichen Betreuungskontinuität auf 3,5 Quartale, die in den darauf folgenden Jahren in etwa auf diesem hohen Niveau verblieb (Abbildung 6). Die inzwischen sehr geringe Betreuungskontinuität bei den SpDi 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. Die Abnahme der durchschnittlichen Betreuungskontinuität bei den Sucht-BS in den letzten Jahren dürfte mit der gestiegenen Anzahl abgegebener Datensätze zusammenhängen.

**Abb. 6: Betreuungskontinuität (K15) in den Hilfsangeboten 2001-2013**



## Spezielle Auswertungen

### Regionale Verteilung der Inanspruchnahme teilweise nicht bedarfsgerecht

Auswertungen zur regionalen Inanspruchnahme der Hilfsangebote in den AF 10, AF 13 und AF 16 zeigen, dass die Angebote in den verschiedenen Teilgebieten der Region nicht im gleichen Ausmaß genutzt werden. Differenzen können durch unterschiedliche Bedarfslagen in der Bevölkerung bedingt sein, aber z.B. auch durch eine ungleichmäßige örtliche Verteilung der Angebote. Zur Auswertung wurde für die AF 10 die Zahl der DB C des SpDi der Region herangezogen (ohne die Polikliniken der MHH, die für die Sektoren 6 und 11 zuständig sind). Die Datengrundlage für die AF 13 ist die von der Region gemeldete Zahl der belegten Plätze zum Jahresende 2013 nach Kommune der Wohnadresse. Bei der AF 16 wird die Zahl der DB C der von der Region Hannover geförderten Beratungsstellen für legale Suchtmittel verwandt.

In einer früheren Untersuchung konnte bereits gezeigt werden, dass die regionale Inanspruchnahme des SpDi mit seinen dezentralen Beratungsstellen bei ungünstiger Sozialstruktur der Bevölkerung im Versorgungssektor ansteigt.<sup>13</sup> So ist die Inanspruchnahmeziffer in der AF 10 auch für das Jahr 2013 in den entsprechend besonders belasteten innenstadtnahen Sektoren 4 und 5 am höchsten (Tabelle 3). Die Sektoren 1 sowie 7 bis 10 im Umland der Region weisen dagegen bei geringerer urbaner Verdichtung und weniger Arbeitslosigkeit auch eine vergleichsweise niedrigere Inanspruchnahme auf.

**Tab. 3: Regionale Inanspruchnahmeziffer ambulanter Angebotsformen 2013**

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E/ha)	Arbeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.		
						AF 10	AF 13	AF 16
2	H-Freytagstr.	Hannover	108.171	24,7	5,8%	1045	206	71
3	H-Plauener Str.		59.313	24,4	9,0%	1064		116
4	H-Deisterstr.		111.431	39,4	9,6%	1253		141
5	H-Königstr.		103.037	28,6	8,6%	1247		92
6	H-Podbielskistr.		65.754	44,4	5,3%	<i>keine Daten</i>		143
11	MHH-Campus		79.209	15,1	6,2%	<i>keine Daten</i>		48
1	Ronnenberg	<i>Badenstedt</i>	11.941	26,7	3,2%	624	26	210
		Barsinghausen	35.259	3,4	4,3%			
		Gehrden	15.585	3,6	3,7%			
		Ronnenberg	25.063	6,6	5,7%			
		Seelze	34.481	6,4	6,2%			
7	Burgdorf	Burgdorf	31.602	2,8	5,7%	617	54	187
		Lehrte	44.934	3,5	5,4%			
		Sehnde	24.268	2,3	3,4%			
		Uetze	20.804	1,5	5,1%			

<sup>13</sup> siehe Fußnote 8

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E/ha)	Arbeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.		
						AF 10	AF 13	AF 16
8	Neustadt	Garbsen	64.175	8,1	6,5%	679	48	131
		Neustadt	45.178	1,3	4,6%		69	
		Wunstorf	42.891	3,4	4,2%		105	
9	Laatzen	Hemmingen	19.879	6,3	3,6%	631	30	182
		Laatzen	42.655	12,5	6,0%		30	
		Pattensen	14.770	2,2	3,2%		14	
		Springe	30.216	1,9	5,6%		40	
10	Langenhagen	Burgwedel	21.788	1,4	3,2%	647	18	46
		Isernhagen	24.180	4,0	3,3%		25	
		Langenhagen	55.217	7,7	6,1%		101	
		Wedemark	30.594	1,8	3,2%		33	
2-6,11		Stadt Hannover	526.915	26,4	7,4%	1152	206	101
1,7-10		Umland der Region	662.431	3,3	5,2%	639	71	150
1-11		Region Hannover	1.189.346	5,5	6,2%	832	132	128

Da sich die Hilfsangebote des ambulant betreuten Wohnens bisher nicht vollständig an der regionalen Psychiatrieberichterstattung mit dem DB C beteiligen, wurde hier auf Daten der Region als örtlichem Sozialhilfeträger zurückgegriffen. Diese Daten differenzieren allerdings beim Wohnsitz der betreuten Personen nach Kommune und nicht nach psychiatrischem Versorgungssektor. Die Inanspruchnahmeziffer liegt in der Stadt Hannover knapp dreimal so hoch wie im Umland und zeigt zwischen den einzelnen Städten und Gemeinden des Umlands große Unterschiede. Im Dialog mit den Leistungserbringern sollte erkundet werden, inwiefern hierfür tatsächlich unterschiedliche Bedarfslagen oder aber andere Gründe (z.B. Lokalisation und Alltagspraxis der Angebote) verantwortlich sind.

Auch die Ergebnisse zur regionalen Inanspruchnahme der von der Region geförderten Beratungsstellen für legale Suchtmittel erbringen diskussionswürdige Ergebnisse. Drei dieser sechs Angebote sind in der Stadt Hannover lokalisiert (alle im Stadtbezirk Mitte, Sektor 5), eine davon beteiligte sich 2013 entgegen der mit der Region getroffenen Vereinbarungen nicht an der Datenerhebung. Die Auswertungsergebnisse zur regionalen Inanspruchnahme unterscheiden sich allerdings nicht grundsätzlich von denjenigen für das Vorjahr, zu dem alle sechs Sucht-BS DB C lieferten. Im Hinblick auf die Sozialstruktur der Bevölkerung würde man in der Stadt Hannover eigentlich mehr suchtkranke Personen erwarten und damit einen höheren Bedarf an entsprechenden Hilfen. Im Gegensatz dazu ist die Inanspruchnahmeziffer im Umland der Region höher als in der Stadt. Hier wäre u. a. zu diskutieren, ob die Zielgruppe dieser Angebote alternativ zu den Sucht-BS auch die PIA der Kliniken in Anspruch nimmt, die ja ebenfalls Spezialangebote für Suchtkranke vorhalten. Damit ließen sich eventuell auch die viel niedrigeren Inanspruchnahmeziffern in den Sektoren 10 (Klinik Langenhagen) und 11 (MHH-Klinik) erklären.

## Daten zur Zielvereinbarung für psychosekranke Männer unter 25 Jahren

Anfang 2007 beschloss der AKG 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 darüber 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 DB C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.<sup>14</sup> Leider wurde die Umsetzung dieser Zielvereinbarung nicht konsequent betrieben und geriet in den letzten Jahren sowohl beim SpDi als auch bei den Verbundgremien ganz aus dem Fokus der Aufmerksamkeit.

Ziel der regionalen Zielvereinbarung war es, mehr Personen aus der beschriebenen Zielgruppe zu erreichen, ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität zu verbessern und dadurch den Anteil klinisch behandelter Patienten zu senken. In der Gesamtgruppe psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem DB C dokumentiert wurde, sind nur 3-4% Männer unter 25 Jahren (Tabelle 4). Ihr psychosozialer Risikoscore (K14) lag zuletzt unter dem der Gesamtgruppe. Die nicht-klinische Betreuungskontinuität (K15; Quartale pro Jahr) ist jedoch bei ihnen im Durchschnitt niedriger und der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr deutlich höher.

**Tab. 4: Merkmale psychosekranker Männer < 25 Jahren 2005-2012 (ohne AF 11)**

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur psychosekranke Männer < 25 Jahre					
	2005	2007	2009	2011	2012	2013	2005	2007	2009	2011	2012	2013
DB C	2416	2696	3146	3391	4153	4081	4%	3%	4%	3%	3%	4%
K14	22,4	22,5	22,3	22,2	22,3	22,3	22,7	22,2	22,5	22,4	20,9	21,5
K15	2,4	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	1,9	1,9	1,7	1,9	1,7
Klinik	32%	22%	20%	19%	21%	18%	49%	33%	31%	29%	34%	34%

## Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Region Hannover unterhält für die Wahrnehmung der Aufgaben eines SpDi gemäß NPsychKG neben der Leitung mit Geschäftsstelle des SpV und Steuerungsstelle Eingliederungshilfen (Zentrale; 39.00) insgesamt neun dezentrale Beratungsstellen für Erwachsene (BS1-5 und BS 7-10) für jeweils einen Sektor. Eine weitere Beratungsstelle auf Regionalebene gibt es für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (BS KJP), die sich für das Berichtsjahr 2012 erstmals an der Patientenbezogenen Dokumentation mit einem modifizierten Datenblatt C beteiligte (Formular im Anhang 1 dieses Beitrags).

<sup>14</sup> 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

Bei den Patienten der Zentrale des SpDi (39.00) handelt es sich ganz überwiegend um seelisch behinderte Menschen mit einem Bedarf an Eingliederungshilfen, die im Rahmen von Hilfeplanverfahren gesehen wurden. Dies erklärt den geringen Anteil alter Menschen (K12), die Häufigkeit rechtlicher Betreuungen (K13) und das hohe psychosoziale Risiko (K14) bei diesen Patienten. Die Patientengruppen der dezentralen Beratungsstellen zeigen bei einzelnen Merkmalen einige Unterschiede, die wohl eher mit den Arbeitsweisen der Teams als mit den Besonderheiten in der Sozialstruktur der Einzugsgebiete zu tun haben (Tabelle 4).

Für die Sektoren 6 und 11 wurden die Aufgaben des SpDi gemäß NPsychKG seit 1980 den beiden psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übertragen. Die MHH hat den entsprechenden Vertrag mit der Region Hannover zum Ende 2014 gekündigt. Die SpDi-Funktion wurde in den MHH-Polikliniken bis 2012 integriert mit den Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V wahrgenommen. Die geringe Zahl abgegebener DB C für 2012 und 2013 bildet wohl nicht den tatsächlichen Umfang der dort geleisteten Hilfen ab.

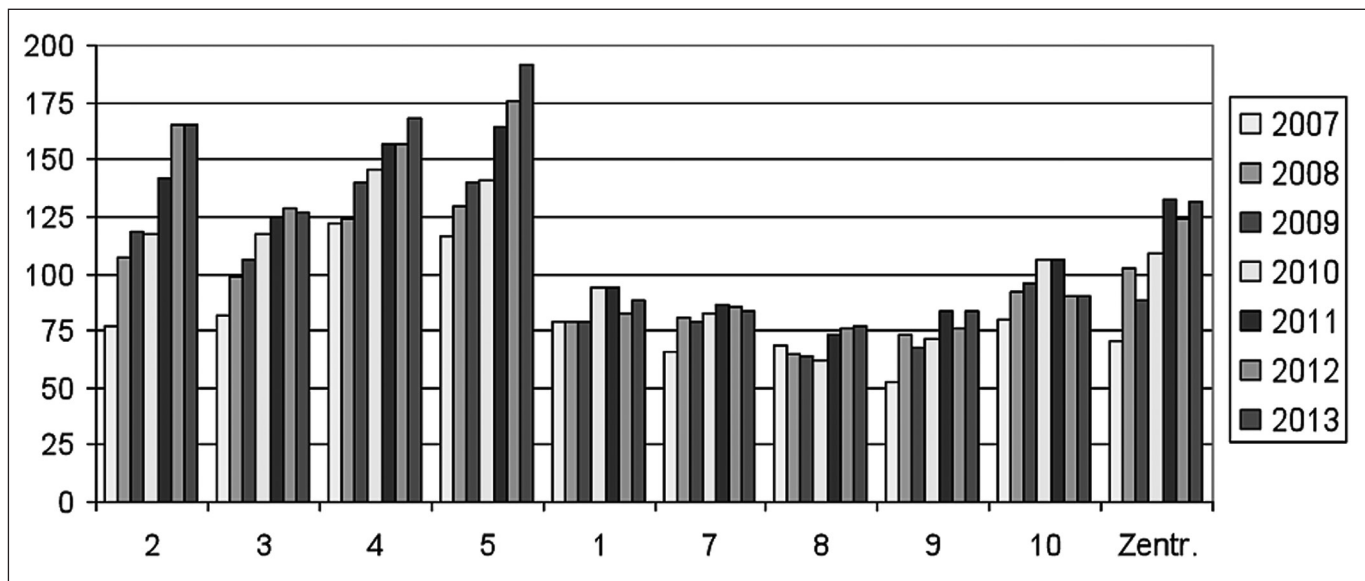
**Tab. 5: Nutzermerkmale ambulant-aufsuchender Dienste (AF 10) 2012-2013**

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	< 45 J. K11	≥ 65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15							
27.05	PIA KfPP I Langenhagen		<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		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>													
31.02	BS 11 MHH-Campus	2012								34	32%	36%	21%	15%	18,8	1,1
		2013								84	56%	49%	7%	53%	22,1	1,4
31.03	PIA MHH-Campus		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>													
31.10	BS 6 MHH-List	2012														
		2013	43	55%	51%	5%	63%	22,7	1,8							
31.11	PIA MHH-List		<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>													
35.07	PIA NLK Allgemeinspsych.															
35.11	PIA NLK Suchtkranke															
35.13	PIA NLK Forensik															
39.00	SpDi Zentrale	2012	1892	60%	53%	6%	60%	22,5	1,7							
		2013	2032	59%	52%	5%	56%	22,5	1,7							
39.01	BS 2 Freytagstr.	2012	1044	48%	52%	12%	30%	20,6	1,9							
		2013	1041	48%	52%	12%	30%	20,7	1,9							
39.02	BS 3 Plauener Str.	2012	514	49%	45%	13%	39%	21,1	2,0							
		2013	506	50%	43%	13%	43%	21,3	2,0							
39.03	BS 4 Deisterstr.	2012	1046	52%	53%	8%	38%	20,2	1,8							
		2013	1061	54%	51%	9%	40%	20,8	1,9							
39.04	BS 5 Königstr.	2012	1170	52%	53%	9%	39%	21,2	1,8							
		2013	1212	53%	53%	9%	38%	21,4	1,9							

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Männer K9	< 45 J. K11	≥ 65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
39.05	BS 1 Ronnenberg	2012	823	52%	46%	17%	36%	20,6	1,7
		2013	832	49%	47%	16%	27%	20,6	1,7
39.06	BS 7 Burgdorf	2012	747	54%	38%	19%	41%	21,4	1,6
		2013	692	54%	40%	16%	39%	21,4	1,7
39.07	BS 8 Neustadt	2012	760	52%	40%	13%	33%	20,2	1,6
		2013	765	53%	43%	14%	33%	20,3	1,6
39.08	BS 9 Laatzen	2012	622	54%	40%	20%	32%	19,9	1,7
		2013	690	52%	39%	18%	31%	19,7	1,7
39.10	BS 10 Langenhagen	2012	740	51%	42%	16%	40%	20,1	1,7
		2013	784	54%	42%	19%	40%	20,2	1,6
Ergänzung: zentrale Beratungsstelle des SpDi der Region für Kinder und Jugendliche (AF 11)									
39.09	BS KJP	2012	315	53%	100%		2%	17,5	1,7
		2013	336	44%	100%		2%	18,2	2,2

Ab 2007 werden die seit 2005 ziemlich vollständig dokumentierten Patienten der Beratungsstellen (BS) des SpDi mit den dort eingesetzten Personalressourcen in Beziehung gesetzt. Unter Berücksichtigung der Betreuungsdauer im Jahr lässt sich die durchschnittliche Fallzahlbelastung im Quartal pro eingesetzte Vollzeit-Fachkraft berechnen (Abbildung 7). Die Fallzahlbelastung liegt in der innerstädtischen BS Königstr. (Sektor 5) am höchsten und in den Umland-BS Ronnenberg-Empelde (1), Burgdorf (7), Neustadt (8) und Laatzen (9) durchgehend niedriger als in den stadthannoverschen Sektoren. Die Ergebnisse für die Berichtsjahre 2007 bis 2012 zeigen für die Sektoren 2, 4 und 5 einen Besorgnis erregenden Anstieg der Arbeitsbelastung in der Einzelfallhilfe, der im Übrigen auch landesweit festzustellen ist.<sup>15</sup>

**Abb. 7: Fallzahl pro Quartal und Vollzeit-Fachkraft nach SpDi-BS 2007-2013**



<sup>15</sup> Elgeti H (2011): Macht den Sozialpsychiatrischen Dienst stark! – Daten und Fakten zur aktuellen Problematik aus Niedersachsen. Sozialpsychiatrische Informationen 41 (1): 10-14

## Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

2013 hielten 31 Einrichtungsträger insgesamt 33 Angebote im ambulant betreuten Wohnen (abW) vor; wie im Vorjahr beteiligten sich leider nur sechs von ihnen an der Datenerhebung mit dem DB C (Tabelle 5). Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung der Nutzer. Der Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13) lag 2013 zwischen 52% und 71%, der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) zwischen 21,9 und 23,3.

**Tab. 6: Nutzermerkmale beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) 2012 - 2013**

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
				Männer	< 45 J	≥ 65 J	BtG	psR	Kont
04.04	AWO	2012	66	41%	42%	3%	58%	23,2	3,7
		2013	66	42%	49%	5%	52%	22,8	3,6
06.02	Lebenshilfe Peine-Burgdorf	2012	<i>neues Angebot ab 2013</i>						
		2013	4	<i>unter zehn Datensätze</i>					
07.02	beta89	2012	214	44%	50%	5%	58%	22,2	3,5
		2013	223	46%	51%	5%	53%	21,9	3,5
13.03	Wedemark	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
15.03	Ex&Job								
16.01	FIPS								
17.00	Pro Casa	2012	59	58%	51%	7%	68%	22,2	3,5
		2013	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>						
20.02	Hann. Werkstätten	2012	116	60%	65%	4%	66%	22,3	3,5
		2013	111	65%	63%	3%	63%	21,9*	3,7
21.00	Wohnnetzassistenz	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
28.20	Klinikum Warendorf								
30.00	Landwehrpark	2012	3	<i>unter zehn Datensätze</i>					
		2013	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>						
36.04	PfIH Wilkening								
43.02	Verein z. F. s. Beh.								
44.00	Verein z. F. soz. Bez.								
50.00	SuPA GmbH	2012	427	68%	46%	5%	54%	22,3	3,6
		2013	419	67%	41%	6%	56%	22,5	3,7
51.00	Perspektiven GbR	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>							
52.01	Heuberg GmbH								
53.01	autark amb. betr. Wohnen								
55.00	Kompass								
		2013	24	46%	63%	4%	71%	23,3	3,3



56.01	Werte e.V.	<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								
69.01	SPZ Am Seelberg								
79.01	360° e.V.	2012	51	69%	65%	0%	31%	22,4	2,9
		2013	<i>keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C</i>						

\*) Anteil der der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore (K14) unter 50%

In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im abW verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen gemäß dem im Hilfeplanverfahren individuell festgestellten Bedarf ein entsprechendes Angebot zur Verfügung, so dass andernorts übliche lange Wartezeiten vermieden werden. Seit dem Berichtsjahr 2001 hat sich bei ständig steigender Inanspruchnahme der Anteil von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (das entspricht Werten zwischen 26 und 32) insgesamt deutlich vermindert (Tabelle 6). In den letzten Jahren war die Betreuungskontinuität weitgehend unabhängig von der Höhe des psychosozialen Risikos. Wünschenswert wäre eine größere Kontinuität bei Patienten mit einem höheren Risikoscore.

**Tab. 7: Betreuungskontinuität im abW nach Risikoscore 2001, 2006, 2010 - 2013**

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
2006	795		14%	69%	17%		3,4	3,5	3,5
2010	691	0,2%	15%	77%	8%	4,0	3,6	3,6	3,7
2011	680		14%	78%	8%		3,5	3,6	3,2
2012	936	0,3%	14%	75%	11%	4,0	3,5	3,6	3,5
2013	847		15%	75%	11%		3,7	3,7	3,5

Die Diagnosen-Verteilung der mit Datenblatt C dokumentierten Patienten im abW zeigt im Verlauf der Jahre einen zwischen etwa 40% und 60% schwankenden Anteil an Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. Funktionelle Psychosen (schizophrener Formenkreis, bipolare Psychosen und schwere depressive Erkrankungen) als Kerngruppe komplementärer Hilfen in der Psychiatrie sind je nach Berichtsjahr mit rund 25% bis 40% vertreten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil von DB C der Angebotsform 13 vom Anbieter SuPA GmbH kommt und bisher bei Doppeldiagnosen nicht immer die schwerwiegendste Erkrankung dokumentiert wurde. Die Diagnosegruppe der Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und der Entwicklungsstörungen (F8 und F9 nach ICD-10) spielt ähnlich wie diejenige der neurotischen und psychosomatischen Störungen 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 Vergleichsmöglichkeiten mit anderen niedersächsischen Kommunen, auch wenn nicht alle Kommunen entsprechende Daten melden. Bei den Auswertungen zeigte sich, dass die Inanspruchnahme in der Region Hannover etwa dem Landesdurchschnitt entspricht, obwohl von der hohen Siedlungsdichte in der Region Hannover eher höhere Werte zu erwarten wären (Tabelle 7).<sup>16</sup>

**Tab. 8: Inanspruchnahmeziffer abW für die Region und Niedersachsen 2008-2013**

Einw./ha	Region	Land	Differenzierung der Kommunen nach Siedlungsdichte			
	4,9	1,6	< 1,0	1,0 - < 2,0	2,0 - < 3,0	≥ 3,0
2008	97	91	71	79	49*	143
2009	118	126	70	84	181	190
2010	120	113	69	81	184	144
2011	125	132	94	106	234	146
2012	132	132	94	104	223	162
2013	140	136	88	125	193	169

\*) Daten aus nur 2 von 4 Kommunen

### Daten zu den Suchtfachstellen (AF 16)

Die Beteiligung der Suchtberatungsstellen an der Psychiatrieberichterstattung hat sich in den letzten Jahren verbessert. Fünf der sechs von der Region Hannover geförderten Beratungsstellen für legale Suchtmittel waren für das Berichtsjahr 2013 dabei (im Vorjahr waren es alle sechs), die Anzahl der gelieferten DB C hat sich deutlich erhöht (Tabelle 8). Bei den Merkmalen der Nutzergruppen der einzelnen Angebote fällt der vergleichsweise geringere Anteil von Männern (K9) bei der Sucht-Beratungsstelle Hannover des Diakonischen Werks (11.01) auf. Bei den übrigen Kennzahlen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede: Es werden überall etwa so viele jüngere wie ältere Personen (K11) betreut, der Anteil von Personen im Alter von mindestens 65 Jahren liegt durchwegs unter 10%. Rechtliche Betreuungen (K13) sind selten, der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) schwankte 2013 zwischen 17,7 und 19,3. Auch die Unterschiede bei der Betreuungskontinuität sind gering, die entsprechenden Durchschnittswerte bewegten sich 2013 zwischen 1,4 und 1,8 Quartalen. Auf die bemerkenswerten regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Sucht-BS wurde bereits weiter oben eingegangen (siehe Abschnitt 6.1).

<sup>16</sup> Elgeti H (2011): Tabellen zur Sozialstruktur der Kommunen und zu den dort vorgehaltenen Hilfsangeboten. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck)

**Tab. 9: Nutzermerkmale bei den Suchtfachstellen (AF 16) 2012-2013**

Code	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl DB C	Män. K9	< 45 J K11	≥ 65 J K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
09.02	Caritas Sucht-BS Gruppenstraße	2012	261	67%	37%	7%	2%	17,9	2,0
		2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
09.05	Caritas Sucht-BS Garbsen	2012	282	75%	50%	3%	1%	17,8	1,8
		2013	307	70%	51%	2%	2%	18,0	1,7
11.01	Diakonisches Werk Sucht-BS Hannover	2012	326	52%	47%	2%	0%	18,1	1,9
		2013	573	48%	48%	4%	<1%	18,4	1,5
12.01	DROBEL Sucht-BS Lehrte	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>							
27.07	KRH Lgh PIA Sucht								
27.08	KRH Lgh PIA Königstr. Sucht								
28.26	Kl. W-dorff PIA Sucht Gartenstr.								
31.04	MHH Sucht-BS / ABAM								
31.13	MHH Heroin-Ambulanz								
35.11	KRH Wunstorf PIA Sucht								
40.04	STEP Sucht-BS / DROBS								
40.13	STEP Adaptation Nachbetr.								
40.01	STEP Sucht-BS / FAM Lange Laube								
		2013	323	70%	52%	2%	<1%	17,7	1,5
40.05	STEP Sucht-BS Barsinghausen	2012	117	62%	51%	8%	0%	18,5	1,7
		2013	122	72%	47%	4%	0%	19,3	1,8
48.01	Diakonie H-Land BS Burgdorf/Laatzten/Springe	2012	359	67%	45%	5%	1%	18,1	1,4
		2013	366	63%	49%	6%	1%	18,0	1,4

**Merkmale der Nutzer der übrigen teilnehmenden Hilfsangebote**

Kurz sollen hier auch noch die Ergebnisse für die übrigen Hilfsangebote dargestellt werden, soweit sie sich für die Berichtsjahre 2012 und 2013 an der anonymisierten Patientenbezogenen Datenerhebung mit dem Datenblatt C beteiligt haben (Tabelle 9). Seit vielen Jahren sind dies der Diakonische Betreuungsverein (46.00), die Tagesstätte Engelbosteler Damm von Beta89 (07.05) und die Wohnheime des Charlottenhofs (57.01). Die therapeutischen Wohngruppen des Stephansstifts für Kinder und Jugendliche (41.01) lieferten nach regelmäßiger Beteiligung in den zurückliegenden Jahren für 2013 keine DB C. Vorübergehend hinzu kamen das sozialpsychiatrische Wohnheim der Frauenunterkunft der Inneren Mission (77.01 – 2009-2012) und das therapeutische Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße (82.00 – 2010-2012). Ab 2012 beteiligt sich das AWO-Wohnheim Nordfelder Reihe (04.02), 2013 neu die Tagesstätte des Künstlerhauses AuE (29.01), die Wohngemeinschaft für autistische Menschen der Hannoverschen Werkstätten (20.03) und mit den Bremermann Gesundheitsdiensten erstmals auch ein Anbieter von Ambulanter Psychiatrischer Pflege (92.01).

**Tab. 10: Merkmale der Nutzer weiterer Hilfsangebote 2012-2013**

Code	Kurzbezeichnung	AF	Jahr	Zahl DbC	Män. K9	< 45 J K11	≥ 65 J K12	jur FI K13	psR K14	Kont K15
92.01	APP Bremermann Gesundheitsdienste	14	2012	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2013	71	41%	25%	37%	14%	20,7	1,6
07.05	Beta89 Tagesstätte Engelbost. Damm	23	2012	34	44%	56%		74%	24,1	3,0
			2013	38	42%	40%		66%	23,9	2,9
16.02	FIPS Tagesstätte Lehrte	23	2012	30	60%	47%	7%	60%	24,4	3,7
			2013	36	64%	44%	8%	58%	24,2	3,4
29.01	Künstlerhaus AuE Tagesstätte H-Südst.	23	2012	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2013	18	17%	56%		22%	23,5*	3,5
88.01	Hof Windheim gGmbH TS Wunstorf	23	2012	5	weniger als zehn Datensätze					
			2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
41.01	Stephansstift WG f. Kinder/Jugendliche	37	2012	68	31%	50%**		16%	22,9	2,8
			2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
46.00	Diakonischer Betreuungsverein	19	2012	337	62%	37%	27%	100%	19,7	3,4
			2013	338	49%	39%	31%	100%	19,2	3,1
04.02	AWO Wohnheim Nordfelder Reihe	33	2012	42	69%	81%		67%	25,7	2,9
			2013	38	61%	82%		53%	25,8	3,1
20.03	WG für autistische Menschen	33	2012	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
			2013	7	weniger als zehn Datensätze					
57.01	Charlottenhof-Heime Wunstorf/Steinhude	33	2012	60	60%	17%	35%	83%	25,8	?
			2013	65	57%	20%	28%	89%	26,4*	3,6
77.01	Frauenunterkunft Wohnheim Gartenstr.	33	2012	62	0%	32%	23%	76%	25,7	3,3
			2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						
82.00	Wohnheim Ferd.-Wallbrecht-Str.	33	2012	58	74%	43%	3%	59%	24,8	3,7
			2013	<i>keine Beteiligung an Datenerhebung mit DB C</i>						

\*) Anteil der der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore (K14) unter 50%

\*\*) offenkundige Eingabefehler durch das Hilfsangebot

Ein Ergebnisvergleich für die AF 33 (stationäre Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII) z.B. zeigt die Unterschiede in der Ausrichtung der Wohnheime: Im Wohnheim Nordfelder Reihe werden hauptsächlich jüngere Männer vorübergehend betreut (K15; ~3 Quartale pro Jahr), der Charlottenhof betreut nur wenig Menschen unter 45 Jahren. Die Durchschnittswerte beim psychosozialen Risikoscore der Bewohner von Heimen der AF 33 lagen für die Berichtsjahre 2012 und 2013 nah beieinander (zwischen 24,8 und 25,8). Bei den Tagesstätten von beta89 und FIPS (AF 23) fallen die hohen Werte beim Risikoscore (23,9 bis 24,4) und beim Anteil juristischer Flankierungen (58-74%) auf.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat II.3 · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover  
E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

# **Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**

## **Berichte von 11 Fachgruppen**

### **Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“**

von Oliver Weidner (*Sprecher der Fachgruppe*)

#### **Rahmen der Fachgruppe**

Unverändert seit 2001 arbeitet die Fachgruppe im Sozialpsychiatrischen Verbund und trifft sich vierteljährlich nun mit festem Tagungsort im Haus der Region. Es nehmen in der Regel zwischen 10 und 20 Personen an den Treffen teil. Vertreten sind Integrationsfachdienste, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Bildungsträger, ambulante Praxen für Ergotherapie, Kliniken, Leistungsträger (DRV, Jobcenter, Agentur für Arbeit) und Selbsthilfegruppen. Die Fachgruppe ist offen für weitere Interessenten.

#### **Themen der Fachgruppe im Berichtszeitraum**

##### Jobcoaching

Einem Auftrage des AKG aus dem Jahre 2013 folgend bearbeitete die Fachgruppe die Frage, wie das Angebot einer JobCoaching-Maßnahme für psychisch erkrankte Menschen in der Region Hannover ausgestaltet und organisiert werden kann. Gezielt wurde diese Maßnahme für den Personenkreis der nicht schwerbehinderten und nicht gleichgestellten Menschen mit psychischen Problemen im aktiven Arbeitsleben angefragt. Hintergrund dieser Anfrage war die Schaffung einer präventiv wirkenden Maßnahme zur Verhinderung einer Arbeitsplatzgefährdung auf Grund drohender oder bestehender Einschränkungen durch eine bestehende psychische Erkrankung.

Nach umfänglicher Information auch durch externe Beratung in Person von Herrn Reinhard Hötten (LWL Westfalen-Lippe) wurde aber deutlich, dass ein Angebot dieser Form nur für Menschen mit einer Schwerbehinderung bzw. einer Gleichstellung herzustellen ist. Für den ursprünglich angedachten Personenkreis bestehen aber ausreichende Hilfen in der ambulanten Versorgungslandschaft, die im Bedarfsfalle genutzt werden können.

Für den Personenkreis der schwerbehinderten und gleichgestellten Arbeitnehmer wurden die Planungen fortgesetzt und konnten im 3. Quartal des Jahres mit der Erstellung einer Verfahrensregelung durch das Integrationsamt Hildesheim erfolgreich zum Abschluss gebracht werden.

Es besteht somit nun die Möglichkeit, dass schwerbehinderte und gleichgestellte Arbeitnehmer zur Vermeidung drohender oder zur Behebung bestehender Probleme am Arbeitsplatz auch längerfristig einen JobCoach nutzen können. Die entsprechenden Regelungen sind über die Integrationsfachdienste sowie über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes abzurufen. An beiden Stellen ist außerdem eine Liste mit Anbietern eben dieser Maßnahme hinterlegt, die dem Antragsteller bei der Suche nach einem geeigneten JobCoach helfen.

## **Erweiterte und überarbeitete Auflage des reha-scout**

Zur Aktualisierung des reha-scouts als Verzeichnis der Anbieter im Bereich Arbeit und Rehabilitation der Region Hannover wurden im Laufe des 3. und 4. Quartals des laufenden Jahres alle in der Liste der Angebotsformen und Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes verzeichneten Einrichtungen dieses Angebotsspektrums angeschrieben um deren bisherigen Eintragungen auf Aktualität zu überprüfen bzw. die noch nicht verzeichneten Einrichtungen um eine Angebotsbeschreibung zu bitten. Neben einigen Neuzugängen, die mit Ihrer Einbindung die Übersicht in den unterschiedlichen Kapiteln erweitern, wurde mit dem neuen Kapitel JobCoaching der aktuellen Entwicklung Rechnung getragen. Somit konnte die Erstellung der zweiten Auflage des reha-scout abgeschlossen werden. Eine Drucklegung erfolgt noch in diesem Jahr, womit das Verzeichnis zu Anfang 2015 in gebundener Form zur Verfügung stehen wird. Eine Bereitstellung im Internet, abrufbar über die Seite des Sozialpsychiatrischen Verbundes, wird ebenfalls wieder erfolgen.

### **Anschrift des Verfassers:**

Oliver Weidner · Klinikum Region Hannover GmbH · Psychiatrie Langenhagen · Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis · Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen · E-Mail: Oliver.weidner@krh.eu

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

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe*)

An der Arbeit der Fachgruppe im Berichtszeitraum beteiligten sich regelmäßig von der Region Hannover Herr Dr. Sueße und Herr Schlieckau, Herr Dr. Elgeti (Sprecher der Fachgruppe), Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohmühle GmbH) und Frau Koch (Pflegeheime Dr. Wilkening). Zum Jahresende 2014 haben sich Frau Koch und Herr Schlieckau, die seit Gründung der Fachgruppe im Jahre 1999 mitgearbeitet haben, in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet; ihnen sei auch an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich für ihr Engagement gedankt. In ihrer Nachfolge sind nun dabei: Herr Meister (360° e.V.), Herr Blanke als neuer Psychiatriekoordinator der Region Hannover und Herr Stein, neuer Direktor des Geschäftsbereichs Eingliederungshilfe der Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH. Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen. Im Berichtszeitraum fanden acht 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 von Herrn Sueße in der Peiner Str. 4 statt.

Schwerpunkt der Arbeit von Mitte 2012 bis Frühjahr 2014 war die Organisation des Diskurses in den Gremien zum 15-jährigen Jubiläum des Sozialpsychiatrischen Verbunds sowie seine Dokumentation als Band 5 der Sozialpsychiatrischen Schriften unter dem Titel „Vorwärts nach weit“. Dieses gehaltvolle Buch firmierte gleichzeitig als Sozialpsychiatrischer Plan 2013/2014, und nach seiner Veröffentlichung im Mai 2014 machte sich die Fachgruppe sogleich an die Planung des Plans für das Jahr 2015. Aus den vier intern priorisierten Vorschlägen wählte der Arbeitskreis Gemeindepсихiatrie am 5. Juni dafür als Schwerpunkt das Thema „inklusive Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten“ aus. In Abstimmung mit der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ konnten anschließend zahlreiche Autoren aus dem Kreis der Verbund-Mitglieder als Autoren gewonnen

werden. Außerdem wurden mehrfach Möglichkeiten einer Verbesserung der Teilnahme an der Datenerhebung zur regionalen Psychiatrieberichterstattung diskutiert. Der Informations- und Meinungsaustausch zu unterschiedlichen Themen im Kontext der Fachgruppenarbeit wurde auch im Berichtsjahr fortgesetzt, bot den Mitgliedern manche Anregung und trägt zur Motivation bei, sich an der Fachgruppenarbeit zu beteiligen.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Stabsstelle Sozialplanung für Soziale Infrastruktur  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

**Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“**

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die regelmäßig von den TeilnehmerInnen präsentierten Kasuistiken aus der Alltagspraxis sind längst Herzstück der Fachgruppenarbeit geworden. 2014 war die seit 2003 aktive Fachgruppe daneben schwerpunktmäßig mit den Themen Versorgung psychisch Erkrankter im Justizvollzug, mit der Diskussion von Verhältnismäßigkeitsaspekten der freiheitsentziehenden Unterbringung im Maßregelvollzug sowie der Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes bzw. der Debatte um Reformvorschläge zur Ausgestaltung der Unterbringung gemäß § 63 StGB befasst.

Turnusmäßig in zweimonatlichen Abständen kommen Akteure der regionalen forensischen Kliniken (Wunstorf 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), rechtliche Betreuer, eine Richterin des Betreuungsgerichtes, MitarbeiterInnen der Bewährungshilfe sowie ein Psychiater der JVA Hannover zusammen. Der Psychiatriekoordinator (Danke, Lothar Schlieckau für die langjährige Unterstützung unserer Anliegen!) ist einbezogen.

Unsere Fallarbeit mit der Vorstellung von Patienten, die an irgendeiner Stelle des psychiatrischen Versorgungshorizontes Kopfzerbrechen, Bauchschmerzen, Sorgen oder Ängste verursacht oder Alarmglocken ausgelöst hatten, bewährt sich auch weiterhin ganz außerordentlich. In der sehr konstruktiven Gruppensituation bzw. respektvollen und offenen Arbeitsatmosphäre gelingt es infolge der Expertise der Teilnehmer mit unterschiedlichen, sich ergänzenden beruflichen Kontexten und Erfahrungshorizonten in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fall-, Lebens- und oft auch Leidensgeschichten klare und überzeugende Empfehlungen und Lösungsvorschläge zu entwickeln. Informationen über den Fortgang bzw. weiteren Behandlungsverlauf in den nachfolgenden Sitzungen sind inzwischen fast selbstverständlicher Bestandteil des Prozesses und wirken zumeist motivationsfördernd.

Die in der Fachgruppe bereits 2009 entwickelte Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung kann zur Früherkennung von Risikopatienten beitragen, sie ist online auf <http://www.hannover.de/content/search?SearchText=Arbeitshilfe> abzurufen.

Einen echten Meilenstein stellt die inzwischen realisierte Mitgliedschaft der JVA Hannover im Sozialpsychiatrischen Verbundsystem dar. Die von dem dort tätigen Psychiater Herrn Wittfoot der Fachgruppe vorgestellten Studien belegen eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Inhaftierten. Einigkeit besteht bis in den politischen Raum über die bisher unzureichende Versorgung dieser Gruppe. Die von einer Expertengruppe auf Initiative der Nds. Justizministerin erarbeiteten Vorschläge zur Verbesserung der stationären und ambulanten Versorgung psychiatrischer PatientInnen wird von der Fachgruppe begrüßt. Allerdings erscheint auch die intramurale Suchtkrankenversorgung noch dringend reformbedürftig.

Für die Praxis kommt der Entlassungsvorbereitung psychisch kranker Inhaftierter bzw. einem angemessenen Übergangsmanagement aus dem Justizvollzug in die psychiatrische Versorgung der Gemeinde mit ihren Hilfen eine besondere Bedeutung zu. Es gilt, sie künftig in der Zusammenarbeit – insbesondere mit den SpDi – mit Leben zu erfüllen.

Natürlich ist auch der „Fall Mollath“, also die bundesweit geführte öffentliche Debatte um eine vielleicht rechtswidrige, in jedem Fall aber viel zu lange dauernde Unterbringung eines bayrischen Patienten im Maßregelvollzug, in der Fachgruppe erörtert worden. Wenn auch inzwischen Verschwörungstheoretiker, welche die weltweite Finanzkrise in der „Dunkelkammer des deutschen Rechts“ gipfeln sahen, inzwischen widerlegt scheinen, hat die Diskussion gleichwohl ein kritisches Licht auf die Forensik, möglicherweise die gesamte Psychiatrie geworfen.

Inzwischen treten aber die hilfreichen Aspekte dieser Debatte hervor. Denn sie erlaubt erstmals einen Blick auf die Nöte und Probleme der Täter als Patienten in Zusammenhang mit der oft unerträglich langen Unterbringungsdauer (in weitaus geringerem Maße enttabuisiert auch der „Fall Edathy“ die durchaus psychiatrisch relevante Not pädophiler Betroffener).

In der juristisch-forensischen Alltagspraxis sind die Folgen des Mollath-Diskurses auch ohne Gesetzesänderung durchaus erheblich. Eine größere Zahl forensisch untergebrachter Patienten verlässt inzwischen den Maßregelvollzug, auch wenn sie weniger zufriedenstellend stabilisiert und ihre Risiken nicht vollständig kompensiert sind, allein aus Zeitgründen, also der Länge ihrer Unterbringung.

Bereits im vergangenen Jahr haben einzelne solcher Kasuistiken unsere Fachgruppe beschäftigt. Es scheint nicht schwer, vorauszusagen, dass diese Patientengruppe in den nächsten Jahren für das psychiatrische Versorgungssystem eine nicht unerhebliche Herausforderung darstellen werden. Aus Wunstorf musste 2014 bereits ein langjährig untergebrachter (zuletzt medikamentös unbehandelter) Patient aufgrund einer obergerichtlichen Entscheidung in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe entlassen werden...Es könnte allerdings noch etwas dauern, bis das Schlagwort von der „Deforensifizierung“ die Runde macht!

Einige Einrichtungen der stationären Wiedereingliederungshilfe (psychiatrische Wohnheime, Wohngemeinschaften) zeigen eine wachsende Bereitschaft, sich auch für die Gruppe von Sexualstraftätern mit relevanten psychischen Störungen zuständig zu fühlen. Die Einsicht, dass eine Ausgrenzung dieser Patientengruppe bzw. eine Verweigerung von Hilfen nicht angemessen und auch nicht deliktpräventiv sein kann, beginnt sich allerdings nur sehr langsam durchzusetzen.



Die inhaltlichen Voraussetzungen für eine intensive und kritische Diskussionskultur der Fachgruppe Forensische Psychiatrie auch im nächsten Jahr sind also bereits jetzt zu bestätigen. Es bleibt sehr zu hoffen, dass endlich auch ein novelliertes Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz im Landtag verabschiedet wird, welches (wie auch ein neues NPsychKG) die Fragen der medikamentösen Zwangsbehandlung auf eine umfassende, Patientenrechte stärkende und Rechtssicherheit für die Behandler herstellende Grundlage stellen kann.

Ob eine Novellierung des Maßregelrechts auf Bundesebene eine relevante weitere Verkürzung der Unterbringung psychisch kranker Straftäter im psychiatrischen Krankenhaus mit sich bringen wird, erscheint inzwischen zumindest unsicher.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Forensische Psychiatrie in der öffentlichen Diskussion und Presseberichterstattung inzwischen eine größere und nicht nur einseitig auf das Wegsperrn gerichtete Aufmerksamkeit erfährt. Das eröffnet Chancen für die Betroffenen. Man darf gespannt sein, ob Fragestellungen forensischer Präventionsarbeit auch in der praktischen Arbeit der derzeit politisch favorisierten Gemeindepsychiatrischen Zentren Berücksichtigung finden!

**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*)

Seit Oktober 2008 verfolgt die Fachgruppe das übergeordnete Ziel, die (therapeutische) Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen zu verbessern und insbesondere wohnortnah zu installieren. Bestehende fachliche Angebote, Fallbesprechungen und eine gute Vernetzung werden ebenfalls seit Gründung der Fachgruppe diskutiert und verfolgt.

Im Jahr 2014 lagen die Schwerpunkte in den Bereichen Suchtangebote und wohnortnahe therapeutische Versorgung.

Bereits in der Januarsitzung referierte der leitende Psychologe Jörn Dieterich der Stiftung Leben aus Uelzen, der nach langjähriger Vorarbeit ein Medizinisches Versorgungszentrum mit einem spezialisierten ambulanten psychotherapeutischen Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen installiert hat. Über das Jahr wurde dieses Beispiel weiter verfolgt und schließlich unter Mitwirkung von Herrn Schlieckau Einrichtungsträgern der Behindertenhilfe vor Ort vorgestellt. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die Gründung eines MVZ in Hannover aus Sicht der Einrichtungen als wenig erfolgversprechend angesehen wird, man aber dennoch dem Bedarf an therapeutischer Versorgung nachgehen will. Weitere Treffen sind daher in diesem neu gegründeten Kreis geplant (AG MVZ), um Alternativen zu eruieren und zu verfol-

gen. Aus diesem Anlass wurde kurzfristig eine Erhebung zum Thema: Psychotherapeutischer Bedarf bei Menschen mit g.B. mit einer hohen Rücklaufquote in unserer Fachgruppe durchgeführt. Das zweite große Thema war der Bereich „Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung“. Die jährliche Exkursion erfolgte dieses Jahr nach Berlin im Rahmen der Tagung: Geistige Behinderung und Sucht, in das Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Eine kleine Delegation der FG nahm an der Tagung teil und hatte die Möglichkeit, im Anschluss mit dem zuständigen Stationsarzt Herrn Dr. Samuel Elstner über deren Behandlungsangebot, Konzepte und insbesondere Für und Wider der Gründung einer auf o.g. Klientel spezialisierten Station zu diskutieren.

Berlin bietet eines der wenigen spezialisierten klinischen Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen an und hat das DBT Konzept von Marsha M. Linehan für diesen Personenkreis adaptiert. Auf zwei Stationen werden psychotherapeutische und ergänzende Angebote vorgehalten.

Im Hinblick auf suchtspezifische Angebote in der Region Hannover fand in der Septembersitzung ein Austausch mit Frau Bau von der STEP und Herrn Blessmann von der Caritas Beratungsstelle k:punkt statt. Erfreulich war die Rückmeldung, dass eine generelle Offenheit für die Beratung und auch Therapie von o.g. Personenkreis besteht und in Einzelfällen auch schon aktiv stattfindet. Deutlich wurden jedoch auch die besonderen und ergänzenden Unterstützungsbedarfe sowie ein noch höherer Stellenwert der Zusammenarbeit verschiedener Stellen und Professionen.

Neben diesen zwei Schwerpunkten wurde in der Fachgruppe unter Mitarbeit von Herrn Dr. Elgeti zudem das Datenblatt C als Version für Menschen mit intellektueller Minderbegabung/mental Behinderungen auf Anwendbarkeit diskutiert. Seine Erläuterungen zur Umgehensweise waren in diesem Zusammenhang besonders hilfreich. Die Fachgruppe möchte an diese Form der Erhebung teilnehmen, um so auch quantitative Bedarfe abbilden zu können.

Abschließend ist Herrn Dr. Süße zu danken, der in der Mai Sitzung im Rahmen seiner Vorstellung der Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Zentren die Wünsche der Fachgruppe nach Spezialisierung auf Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen mit Interesse aufgenommen hat.

### **Ausblick:**

Zentral bleibt das Thema: therapeutische Versorgung und Angebote in der Region Hannover. Über Beteiligung an übergeordneten Gremien, so etwa im Rahmen der Landespsychiatrieplanung oder einer Expertenrunde des Sozialministeriums sowie der neu gegründeten AG MVZ (Arbeitstitel) wird weiterhin auf das Thema von fehlenden spezialisierten Angeboten aufmerksam gemacht werden.

Weitere Themen werden sich Anfang 2015 ergeben, bislang stehen Menschen mit Autismus Spektrum Störungen als Spezialgruppe auf unserer Agenda.

Am wichtigsten bleibt jedoch die gute Vernetzung und Zusammenarbeit der Kollegen der Fachgruppe.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

**Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“**

von Peter Roddau (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie besteht aus über 30 TeilnehmerInnen aus dem ambulanten, teil- und vollstationären Bereich medizinisch-psychiatrischer Einrichtungen, Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege, ehrenamtlichen Diensten, Wohngruppen und Selbsthilfeorganisationen.

Die Fachgruppe trifft sich in der Regel dreimal im Jahr zur Arbeit an Themenschwerpunkten im Plenum. An diesen Sitzungen nehmen durchschnittlich ca. 25 TeilnehmerInnen teil. Die Berichte über aktuelle Entwicklungen aus Einrichtungen und Diensten, die Vorstellung neuer Dienste/Angebote und Leistungsgesetze, sowie die Erörterung aktueller Fragestellungen sind fester Bestandteil der Fachgruppensitzungen. Bei Bedarf werden besondere Fallbesprechungen anonymisiert im Sinne einer kollegialen Beratung durchgeführt. Besondere Problemstellungen werden lösungszentriert in Arbeitsgruppen bearbeitet.

Schwerpunktthema war 2014 die „Quartiersentwicklung für ein alter(n)gerechtes Leben und Wohnen in Hannover“. Die AG „Neue Versorgungsformen für gerontopsychiatrisches Klientel (incl. altgewordene chronisch psychisch Kranke, excl. Menschen mit Demenzen)“ berichtete aus ihrer Arbeit. Der Kriseninterventionsdienst des KSH

(Kommunaler Sozialdienst Hannover) informierte über seine Arbeitsweise. Die Teilnehmerinnen der Fachgruppe informierten sich gegenseitig über aktuelle Fort- und Weiterbildungsangebote.

Die Themenschwerpunkte für 2015 wurden diskutiert und beschlossen.

**Anschrift des Verfassers:**

Peter Roddau · Psychiatrischer Fachpflegedienst Roddau · Hindenburgstraße 25 · 31832 Springe  
E-Mail: psychiatrie@roddau.de

## **Fachgruppe „Illegale Suchtmittel“**

von Alfred Lessing (*Drogenbeauftragter Landeshauptstadt Hannover*)

Der Runde Tisch Sucht und Drogen tagte im Jahr 2014 dreimal, mit folgenden Inhalten:

In der Märzsession befassten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – wie bereits schon häufiger – mit der Bestandsanalyse und der mittelfristigen Planung bei der Verbesserung der Methadon-Behandlung/Versorgung in Niedersachsen.

Weiterhin wurden mit Vertreterinnen und Vertretern der JVA'en Hannover und Sehnde Verbesserungsmöglichkeiten im Übergangsmanagement für kurz vor der Entlassung stehende Häftlinge erörtert. Die Vertiefung dieser Thematik wurde an den AK Übergangsmanagement delegiert, in welchen auch Vertreterinnen und Vertreter der Sucht- und Drogenhilfe eingeladen werden sollten.

Ein weiterer Punkt war die Vorstellung der Statistik der Drogentodeszahlen im Bereich der Polizeidirektion Hannover für den Zeitraum 2008 - 2013 und eine vertiefende Analyse durch die Polizeidirektion Hannover, um hierüber ggfls. weitere Maßnahmen abzuleiten, die tauglich sein könnten, um die Anzahl der Drogentodesfälle zukünftig weiter zu reduzieren.

Bereits mit der Einladung zur Märzsession wurde eine Informationsdrucksache der Verwaltung, zum Thema: Sucht im Alter versandt; ein Thema, das den Runden Tisch Sucht und Drogen bereits seit zwei Jahren beschäftigt hat und nunmehr im Herbst 2014 im ersten konzeptionellen Schritt umgesetzt werden soll, nämlich durch ein Beratungsangebot für Angehörige von suchtbelasteten älteren Menschen.

In der Septembersession wurde über die Zusammenlegung von zwei Drogenhilfeeinrichtungen, nämlich dem Café Connection und dem Fixpunkt und dem damit verbundenen Neubau im Bereich des noch bestehenden Café Connection berichtet.

Diese neue Einrichtung, mit dem Titel „Stellwerk“, wird ein deutlich verbessertes Angebot im Bereich der niedrigschwelligen Sucht- und Drogenhilfe darstellen.

Im nächsten Tagesordnungspunkt wurde ein fachliches Schwerpunktthema referiert: Herr Sacha Milin, vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung aus Hamburg hielt einen Vortrag über eine aktuelle Studie bezüglich des Themenspektrums Amphetamin und Methamphetamin.

Abschließend wurde noch über den aktuellen Sachstand zur Realisierung des Gedenkortes für verstorbene suchtkranke Menschen, auf dem ehemaligen Neustädter Friedhof berichtet.

In der Dezembersession wurden die Ergebnisse aus dem AK Übergangsmanagement für Haftentlassene vorgetragen, unter Beteiligung eines Mitarbeiters des Job-Centers Hannover.

Hier wurde deutlich, dass trotz aller bisheriger Bemühungen, weiter Handlungsbedarf insbesondere bei der Krankenversicherung und der Methadonbehandlung bei Haftentlassenen bestehe und hier dringend Verbesserungen notwendig sind.

In einem weiteren Punkt wurde der aktuelle Sachstand zur Zusammenlegung von Café Connection und Fixpunkt vorgetragen.

Es folgte ein ausführlicher Bericht über die Ergebnisse einer Europa weiten Cannabis-Tagung, die im November 2014 in Frankfurt a.M. stattgefunden hatte und aus welcher der Wunsch nach einer bundesweiten Städteinitiative zur Durchführung eines Modellprojektes zur Regulierung des Cannabiskonsums bei volljährigen Konsumenten formuliert wurde.

**Anschrift des Verfassers:**

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

**Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“,  
von Petra Dehmlow (*Sprecherin der Fachgruppe*)**

Die FG hat in 2014 viermal getagt.

Da die langjährige Sprecherin der Fachgruppe Frau Dr. Noorth-Rabens in den Ruhestand gegangen ist, wurde eine neue Sprecherinnengruppe gewählt.

Neue Sprecherin der Fachgruppe ist Frau Petra Dehmlow, sie leitet die Therapeutischen Kinder- und Jugendwohngruppen des Stephansstiftes in Hannover, die 2. Sprecherin ist Frau Sabine Bödecker, Mitarbeiterin der FAB. Die 3. Sprecherin wurde in der 2. Sitzung nachgewählt, hierbei handelt es sich um Frau Dietel, sie ist die Leiterin des Sozialdienstes der Kinder- und Jugendpsychiatrie Auf der Bult in Hannover.

Die beiden ersten Sitzungen haben im Wesentlichen dazu gedient, sich neu zu konstituieren, d. h. es wurden Themenvorschläge zusammengetragen und festgelegt, mit welchen Thematiken die Gruppe sich 2014 noch befassen kann.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Fachgruppe für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein doch sehr „gemischter und bunter Haufen“ ist. Wir finden hier im Grunde alle Schnittstellen vor. Die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie, zwischen privaten Trägern der Jugendhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Psychiatrie, die Schnittstelle Psychiatrie und Ärzte, Schnittstelle Jugendhilfe Schule, diverse Beratungsstellen mit unterschiedlichen Schwerpunkten sowie Ärzte und Ärztinnen, die mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen arbeiten.

Diese sehr konstruktive Mischung wird auch dadurch deutlich, dass viele Mitglieder der Fachgruppe auf anderen gesetzlichen Grundlagen tätig sind, SGB XIII und SGB XII sind hier die am häufigsten vertretenen – auch hier ist immer wieder das Thema Überleitung von seelisch Erkrankten vom SGB VIII hin zum SGB XII präsent – aber auch das SGB V und VI spielen eine Rolle.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle noch darauf, dass die Zahl der Teilnehmenden zwischen 6 und 60 schwankt – sich im Regelfall aber auf ca. 20 bis 30 Personen eingependelt hat.

Das erste große Thema, das wir im Jahr 2014 ausführlich behandelt haben, war das Thema der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge. Zu diesem Punkt haben wir uns Herrn Seiser von der Abt. Fachplanung des Kommunalen Sozialdienstes Hannover eingeladen. Die Stadt Hannover hat ein – wie unsere Gruppe fand – recht schlüssiges Konzept zum Umgang mit den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingskindern erarbeitet.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge die in Hannover „stranden“ werden schnell und unbürokratisch nach einem kurzen Clearing in unterschiedlichen, dafür geeigneten Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht.

Dieses Konzept kann abgerufen werden bei Herrn Seiser vom Kommunalen Sozialdienst, „AG Fachplanung“.

Des Weiteren hat die Gruppe sich ausführlich mit dem Thema Inklusion befasst, und dieses nicht zu ersten Mal.

Wir haben den Fokus auf die Frage gelegt: Wurde bei der Inklusion auch an psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche bzw. an Kinder und Jugendliche mit schulischem Förderbedarf gedacht? Oder ist es eher so, dass zum Thema Inklusion den meisten Leuten körperlich und geistig eingeschränkte Menschen einfallen?

Zu diesem Thema hat insbesondere Herr Ax vom Jugendamt in Langenhagen, Fachstelle für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, ausführlich referiert, und die Problematik der durch die Jugendhilfe finanzierten Schulbegleitung wurde deutlich.

Lange Diskussionsthema – und das auch schon seit vielen Jahren – ist die Tatsache, dass die Jugendhilfe Aufgaben von Schule übernimmt, indem sie die Schulbegleitungen finanzieren muss. Faktisch kann das dann so aussehen, dass in einer Klasse 5 bis 6 zusätzliche Schulbegleitungen sind.

Bei einer weiteren Sitzung zum Thema Inklusion – denn das schien uns durchaus notwendig zu vertiefen – haben wir den Leiter der Ludolf-Wilhelm-Fricke-Schule eingeladen. Herr Daniel König, der Direktor und Geschäftsführer der Schule, in der zurzeit 178 Schüler beschult werden, berichtete noch einmal ausführlich aus Schulsicht. Hier wurde sehr deutlich, dass die Anzahl der Förderschüler mit Einsetzen der Inklusion weiter angestiegen ist. Subjektiv hat die Förderschule den Eindruck, dass Eltern mit lern- und verhaltensschwierigen Kindern große Sorge haben, dass ihre Kinder an einer Regelschule zu wenig Beachtung finden. Des Weiteren wird von Seiten der Förderschule berichtet, dass davon ausgegangen wird, dass das System Förderschule noch länger bestehen muss, da Regelschulen mit dieser Klientel nur sehr schwer zurechtkommen.

Dies waren nur die Themen, die mehr Raum eingenommen haben. Natürlich hat die Fachgruppe sich auch noch mit Thematiken befasst, die durch die einzelnen Mitglieder eingebracht wurden. Z. B. das Kennenlernen neuer Angebote und auch kollegiale Beratungen. Auch dabei wurde wieder deutlich, dass die Schwierigkeiten im Regelfall dann vorkommen, wenn die Kostenträgerschaft nicht geklärt ist.

Selbstverständlich haben auch in diesem Jahr wieder viele Mitglieder der Fachgruppe über die „große Lösung“ gesprochen. Diese seit ca. 30 Jahren vorhandene Vision besteht also immer noch!

**Anschrift der Verfasserin:**

Petra Dehmlow · Stephansstift · Kirchröder Str. 4 · 30625 Hannover  
E-Mail: dehmlow@stephansstift.de

**Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“**

von Thorsten Sueße (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe trifft sich zweimal im Jahr jeweils Mittwochnachmittag, im Jahr 2014 am 30. April und am 8. Oktober.

Teilnehmerkreis: Sozialpsychiatrischer Dienst und Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Sprecher der niedergelassenen Nervenärzte, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), Feuerwehr Hannover, Polizeidirektion Hannover, Amtsgericht Hannover, psychiatrische Kliniken, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, Seelhorst-Stiftung (als Träger des Krisendienstes).

Die Gruppe beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit zwei Themen.

Zum einen ging es um die Klärung, wer dazu berechtigt bzw. verpflichtet ist, als Vollzugsbeamter unmittelbaren Zwang anzuwenden bei Transporten von gemäß NPsychKG untergebrachten Patienten zu konsiliarischen Untersuchungen in somatischen Krankenhäusern. Grund war eine bestehende Konstellation der Nicht-Zuständigkeit, bei der sich weder der Krankentransport, die Mitarbeiter der psychiatrischen Kliniken, noch die Polizei als zur Zwanganwendung legitimiert ansahen. Der Weg, das Psychiatrie-Referat des Niedersächsischen Sozialministeriums vonseiten der Region Hannover zu veranlassen, den beteiligten Institutionen eine schriftliche Entscheidung zur Vorgehensweise zukommen zu lassen, erwies sich als überraschend kompliziert und äußerst zeitaufwändig. Schließlich verschickte das Psychiatrie-Referat mit Datum vom 12. Januar 2015 einen entsprechenden Erlass, in welchem die Kliniken verpflichtet werden, untergebrachte Patienten auf Konsilfahrten ggf. auch unter Anwendung körperlicher Gewalt daran zu hindern, sich der aktuellen stationären Behandlung zu entziehen.

Das andere Schwerpunktthema war die von der Kassenärztlichen Vereinigung zum 1. Januar 2015 angekündigte Einstellung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes. Die Vertreter der KVN wiesen darauf hin, dass es sich dabei um einen Beschluss der Vertreterversammlung für ganz Niedersachsen und keine regionale Entscheidung handeln würde. Der überwiegende Teil der

Fachgruppenteilnehmer bedauerte diese Entscheidung als Verschlechterung einer bewährten Notdienstregelung.

Seit Beginn der Einführung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes 1997 hatte sich die Zahl der Zwangseinweisungen gemäß NPsychKG deutlich verringert – von 757 im Jahr 1995 auf 397 im Jahr 1999. 2013 stieg diese Zahl zwar wieder auf 554 an, aber der hohe Stand von 1995 wurde nicht wieder erreicht. Um die Einstellung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes noch einmal zu hinterfragen, hat der Sozialdezernent der Region Hannover im Februar 2015 die Geschäftsführung der KVN zu einem Gespräch eingeladen, an dem auch Vertreter der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ teilnehmen.

Besonders die Polizeidirektion Hannover hatte mehrfach in der Fachgruppe darauf hingewiesen, dass die Wartezeit, bis der primärärztliche Notdienst bei psychiatrischen Notfällen vor Ort erscheint, unakzeptabel lang ist. Teilweise müsse die Polizei acht Stunden warten, bis der verständigte ärztliche Vor- und Hintergrunddienst der KVN erscheine, um sich um einen psychisch kranken Patienten zu kümmern. Für das Jahr 2015 kündigte die Polizei an, bei übermäßig langen Wartezeiten Patienten in eigener Zuständigkeit auf der Rechtsgrundlage des Niedersächsischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung in die zuständige psychiatrische Klinik zu bringen.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de

**Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“**

von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie hat auch im Jahr 2014 sehr kontinuierlich und erfolgreich seine Arbeit fortgesetzt. Im Jahr 2014 fanden insgesamt 4 Fachgruppensitzungen statt. Im Durchschnitt haben daran ca. 12 Kollegen/-innen, aus ca. 12 verschiedenen Einrichtungen regelmäßig an den Fachgruppensitzungen teilgenommen. Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2014 schwerpunktmäßig mit der Veröffentlichung der Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung, der Planung zur Erstellung eines sozialpsychiatrischen Wegweisers, der Unterstützung der Gründung eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und der Frage von Fortbildungen für sozialpsychiatrische Fachkräfte, beschäftigt.

**Veröffentlichung der Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten/-innen in der Region Hannover**

Im Jahr 2012 führte das Ethno-Medizinische Zentrum im Auftrag der Region Hannover eine deutschlandweit einmalige Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von MigrantInnen in der Region Hannover durch.



129 sozialpsychiatrische Institutionen nahmen an der Erhebung teil und wurden in Bezug auf ihre Mitarbeiter und Patienten, die Gestaltung der Angebote und ihren Zugang zu Personen mit Migrationshintergrund befragt. Es wurden die Herkunft und Sprachkenntnisse der Mitarbeiter sowie Herkunft und Diagnosen der Patienten mit berücksichtigt. In einem qualitativen Teil wurde auch die individuelle Perspektive der Nutzer, ihrer Angehörigen, von Vertretern von Migrantenselbstorganisationen und von auf der Versorgerseite Tätigen mit einbezogen.

Es konnte gezeigt werden, dass in Bezug auf die Versorgung von MigrantInnen in den letzten Jahren bereits wichtige Schritte in Richtung einer interkulturellen Öffnung des Versorgungssystems gegangen wurden.

Es wurde aber auch deutlich, dass nach wie vor Zugangsbarrieren bezüglich Beratung und Behandlung für Menschen mit Migrationsgeschichte bestehen. Aus den gewonnenen Ergebnissen wurden wichtige Handlungsempfehlungen erarbeitet.

Die Studie wurde Anfang 2014 von der Region Hannover als Band 4 in der Reihe der Sozialpsychiatrischen Schriften veröffentlicht.

Die Fachgruppe hat sich vorgenommen nach Wegen zu suchen, wie in den nächsten zwei Jahren die zentralen Ergebnisse der Studie umgesetzt werden können.

### **Erstellung eines Interkulturellen Sozialpsychiatrischen Wegweisers**

Ein wichtiges Ergebnis der „Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten/-innen in der Region Hannover“ war, dass die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangeboten für Migranten weiterhin erschwert sind. Als Gründe dafür konnten verschiedene Zugangsbarrieren gefunden werden: Mangel an Informationen, negative Erfahrungen mit der psychiatrischen Versorgung, Misstrauen, Verständnisprobleme aufgrund von sprachlichen Kommunikationsproblemen, Missverständnisse aufgrund unterschiedlicher kultureller Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen sowie rechtliche Einschränkungen.

Für einen besseren Zugang und eine erfolgreiche Nutzung der sozialpsychiatrischen Angebote sind bisher unter Migranten zu wenige Kenntnisse über die Struktur, Arbeitsweise, Angebote und den Aufbau des sozialpsychiatrischen Verbundes vorhanden.

Es existieren derzeit keine mehrsprachigen Aufklärungsmaterialien über die sozialpsychiatrische Versorgung in der Region, die sich gezielt an die Gruppe der Migranten richten. Vergleichbare Materialien und Wegweiser sind uns auch aus anderen Kommunen und Gemeinden in Niedersachsen oder Deutschland nicht bekannt.

In der Fachgruppe wurde festgestellt, dass ein Informationsproblem auf Seiten der Nutzer mit Migrationshintergrund sowie seitens der Fachkräfte im sozialpsychiatrischen Verbund besteht. Vor dem Hintergrund dieser Zugangsbarrieren in psychiatrische und sozialpsychiatrische Angebote wurde in der Fachgruppe beschlossen, dass für die Region Hannover eine spezifische Form der Aufklärung und Information, welche die beschriebenen sprachlichen, informatorischen und kultu-

rellen Zugangsbarrieren für Migranten in sozialpsychiatrischen Kontexten aufgreift und Lösungen anbietet, erstellt werden soll.

Ein solcher Interkultureller Sozialpsychiatrischer Wegweiser könnte eine Aufklärung über sozialpsychiatrische Angebote in mehrsprachiger und kultursensibler Form anbieten. Eine verbesserte Informationslage könnte dazu beitragen, dass rechtzeitig Unterstützung in Anspruch genommen werden kann. Sie könnte damit Chronifizierungen, erhöhtem Medikamentenkonsum, Doctor-Hopping, drohender Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung vorbeugen und Behandlungskosten senken helfen. Außerdem würde ein solcher Wegweiser helfen, die Teilhabe und Chancengleichheit beim Zugang zu sozialpsychiatrischen Angeboten zu fördern und Migranten besser in die bestehenden Versorgungsstrukturen zu integrieren. Zudem kann mit der Thematisierung psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten Stigmatisierungen vorgebeugt bzw. diese abgebaut werden.

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. wurde 2014 von der Fachgruppe beauftragt ein entsprechendes Konzept und einen Antrag zu erarbeiten und diese beim Dezernat für Soziales einzureichen. Das wurde Ende 2014 dann in Zusammenarbeit mit dem Psychiatriekoordinator umgesetzt. Sobald ein positiver Bescheid vorliegt, soll der Wegweiser im Jahr 2015 realisiert werden.

### **Fortbildungen für sozialpsychiatrische Fachkräfte**

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der „Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten/-innen in der Region Hannover“ war es, dass viele Einrichtungen angegeben haben, dass sie sich mehr Fortbildungen zu dem Thema „Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen im Setting Sozialpsychiatrie“ wünschen.

Deswegen hat die Fachgruppe Migration und Psychiatrie im Jahr 2014 sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt und beschlossen, dass in Zukunft Fortbildungen zum Thema Transkulturelle Kompetenz in die Zusatzausbildungsangebote des Sozialpsychiatrischen Verbundes aufgenommen werden sollen.

Herr Kimil und Frau Graef-Calliess sollen im Jahr 2015 hierzu an der Arbeitsgruppe Weiterbildung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie teilnehmen.

### **Erarbeitung einer Resolution des AK Gemeindepsychiatrie zwecks Gründung eines „Psychosoziales Zentrum (PSZ) für die Beratung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Folterüberlebender in Niedersachsen“**

Studien zufolge leiden 40% aller Asylsuchenden an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In Niedersachsen wurden in 2013 bisher 8000 Flüchtlinge neu aufgenommen, 800 davon in Hannover.

EU-Richtlinie 2003/9/EG bestimmt, dass besonders schutzbedürftige Personen Hilfe erhalten. In Niedersachsen wird dies bisher nicht systematisch umgesetzt. Alle anderen Bundesländer außer Niedersachsen haben ein Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge.

Bisher organisiert das NTFN die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge über ein Netzwerk mit Psychotherapeuten in ganz Niedersachsen. Das NTFN übernahm die Vermittlung, Antragstellung, Dolmetschersuche etc. Etwa 80-100 niedersächsische Therapeuten stellten 1-2 Plätze für Flüchtlinge zur Verfügung.

Zukünftig soll die Versorgung auf zwei Säulen stehen, die dezentrale Arbeit der Vermittlung in wohnortnahe Behandlung soll fortgesetzt werden. Zusätzlich soll ein Behandlungszentrum zur Beratung und Behandlung aufgebaut werden, wo vor allem Flüchtlinge mit ungesichertem Aufenthaltsstatus ohne Anspruch auf Krankenkassenleistungen versorgt werden sollen.

Das neue Behandlungszentrum soll folgende Aufgaben übernehmen: Ermöglichung einer zeitnahen Behandlung in akuten Fällen, Schaffung eines niedrighwelligen Zugangs zur Psychotherapie und in die Regelversorgung, Fachberatung zur Behandlung und Begleitung traumatisierter Flüchtlinge für Fachdienste, Senkung der Kosten, Koordination der Versorgung.

Im Zentrum sollen Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, eine Fachkraft für Vermittlung, eine Verwaltungsfachkraft sowie auf Honorarbasis Psychiater und Dolmetscher angestellt werden.

Zur Finanzierung des Projekts werden EU- und Landesmittel beantragt. Zur Umsetzung des Projekts bedarf es des politischen Willens sowie der Unterstützung aller Institutionen in der sozial-psychiatrischen Versorgung.

In der Fachgruppe Migration und Psychiatrie wurde vor diesem Hintergrund 2014 beschlossen eine Resolution zur Unterstützung des Behandlungszentrums AK Gemeindepsychiatrie einzubringen. Dies wurde erfolgreich umgesetzt.

Seit dem 1.5.2014 hat das neue PSZ seine Arbeit in den neuen Räumen in der Marienstraße 28, 30171 Hannover aufgenommen und wird durch das Land Niedersachsen und den Europäischen Flüchtlingsfonds gefördert. Das PSZ ist auch mittlerweile Mitglied des AKG und Frau Loos nimmt als Vertreterin auch an den Sitzungen der Fachgruppe Migration teil.

**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 Henning Kurth (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Arbeit der Fachgruppe war im vergangenen Berichtszeitraum sehr geprägt von der Umstrukturierung der Wohnungslosenhilfe in Bezug auf die Neuorganisation der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII in der Region Hannover. Hier wurde innerhalb eines Jahres ein neues Handlungskonzept für die Hilfen gem. §§ 67ff erarbeitet. Die Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit war durchgehend in den verschiedenen Arbeitsgruppenvertreten, wir konnten somit kontinuierlich den Blickwinkel für die Besonderheiten unserer Zielgruppe, Menschen mit psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen in die Diskussionen einbringen. Es war besonders wichtig, neben der fachlichen Auseinandersetzung über Notwendigkeiten Bilder entstehen zu lassen, die einen positiven und konstruktiven Zugang zu dieser besonderen Klientel ermöglichen. Die jeweiligen Teilergebnisse wurden dann wiederum in der Fachgruppe erörtert, um weitere Schritte des Vorgehens zu planen.

Durch diesen intensiven Austausch in den diversen Gremien ist es gelungen, folgende Optionen in das Handlungskonzept der Region Hannover einfließen zu lassen:

- Vernetzung/Kooperation mit anderen Hilfebereichen, wie z.B. mit dem sozialpsychiatrischen Dienst und mit anderen Angeboten der psychiatrischen Versorgungslandschaft
- Entwicklung von Kommunikationsformen, die von gegenseitiger Wertschätzung und Achtung geprägt sind
- Schaffung von kontinuierlichen Fortbildungsangeboten für MitarbeiterInnen der Fachdienste
- Gemeinsame Konzeptentwicklung und Hilfeplanung für „Menschen mit erhöhter Gewaltbereitschaft“
- Eine zeitnahe und unkomplizierte Interventionsmöglichkeit im Sinne einer unmittelbaren Eingriffsmöglichkeit mit adäquater (psychiatrischer) Handlungskompetenz
- Eine aufsuchende, personenzentrierte psychiatrische Versorgung und Beratung wird gewährleistet.

Nun müssen passgenaue Konzepte, Kooperationen und Absprachen erfolgen. Dieses wird in den nächsten Monaten oder sogar Jahren sicherlich noch eine große Herausforderung für alle sein. Die ersten Schritte sind jedoch sehr konstruktiv erfolgt. Es gab ein erstes Treffen mit der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Region Hannover. Es wurden Überlegungen dazu angestellt, wie denn das nun in Kraft getretene Handlungskonzept der Region Hannover umgesetzt werden kann. Hierbei war allen Beteiligten wichtig, zunächst auf die bestehenden Ressourcen zu schauen und Ideen der Zusammenarbeit und Kooperation zu entwickeln, die eine Neugestaltung ermöglichen. In der Dezembersitzung 2014 wird es die ersten Absprachen dazu geben, wie die psychiatrische Versorgung durch den SpDi in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe optimiert werden kann.

Gleichfalls soll sichergestellt werden, dass eine feste Ansprechperson aus den Reihen des SpDi zur Verfügung stehen soll, der oder die dann auch an den regelmäßigen Fachgruppentreffen teilnehmen wird. Dieses sind für uns aus Sicht der Fachgruppe schon sehr gute Ergebnisse.

Aber nicht nur der SpDi wird unseres Erachtens bei der Neuregelung und deren Umsetzung gefordert sein, Konzepte und Kooperationen zu entwickeln. Die Fachgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, hier ein festes Gremium zu sein, das den konstruktiven Austausch und die Umsetzung weiterhin in den Fokus ihrer Arbeit stellt.

Wer hierbei noch mitwirken kann und möchte, ist herzlichst zu unseren Treffen eingeladen.

Ferner hat die Fachgruppe sich neben dem oben beschriebenen intensiven projektbezogenen Austausch zur Aufgabe gemacht, die weitere Vernetzung der teilnehmenden Einrichtungen zu fördern. Hierzu gab es Informationen aus den Einrichtungen, Fallbesprechungen und Besuche in diversen Institutionen und Einrichtungen.

Dieser Bereich gehört schon seit vielen Jahren zu den Hauptaufgaben der Fachgruppe und soll auch weiterhin ein besonderes Augenmerk in der Arbeit erfahren.

Die Fachgruppe hat im vergangenen Jahr auch einen Artikel zum 15-jährigen Bestehen des Sozialpsychiatrischen Verbundes veröffentlicht.

Neben den schon beschriebenen Aufgaben hat sich die Fachgruppe dahingehend abgesprochen, künftig noch mehr Fallbesprechungen in ihre kontinuierliche Arbeit mit einfließen zu lassen. Hierdurch können schnell und oft zeitnahe Unterstützungsangebote für die Klienten und Klientinnen gefunden oder sogar kreiert werden. Wir sind nach wie vor auf die Mitarbeit, die Fachlichkeit und auch auf die Kreativität der Kollegen und Kolleginnen angewiesen, um weiterhin eine gute Fachgruppenarbeit leisten zu können.

Zum Schluss noch die Mitteilung, dass die Sprecherfunktion und die inhaltliche Koordination der Fachgruppe seit Sommer 2014 von Uwe Reichertz-Boers, SuPA GmbH und von Henning Kurth, Werkheim e.V. durchgeführt wird.

Die Gruppe trifft sich nach wie vor an jedem 2. Mittwoch im Monat für 2 Stunden. Dankenswerterweise können wir unsere Sitzungen seit vielen Jahren im Werkheim e.V. Hannover durchführen. Unser Dank an dieser Stelle gilt auch Frau Nowak von der Region Hannover, die die Fachgruppe in ihrer Organisation seit vielen Jahren sehr unterstützt.

**Anschriften der Verfasser:**

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

Henning Kurth · Werkheim e.V. · Büttnerstr. 9 · 30165 Hannover · E-Mail: Kurth@werkheim.de

**Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“**  
von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe sind vertreten: MitarbeiterInnen von Leistungsanbietern mit ambulanten Angeboten, teilstationären Tagesstrukturierungsangeboten, stationären Wohnangeboten und weitere Mitglieder des AKG, z. B. Vertreter der Angehörigen. Vertreter des Vereins „Psychiatrie-Erfahrene Hannover e. V.“ (VPE) sind herzlich eingeladen, nehmen aber schon seit Jahren nicht teil.

Die Fachgruppe traf und trifft sich weiterhin an jedem ungeraden Monat am dritten Mittwoch von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr. Durchschnittlich hat die Gruppe ca. 20 Teilnehmer.

Bei der Durchsicht der Protokolle aus dem letzten Jahr wurde deutlich, dass uns die meisten Themen mehrere Jahre beschäftigen. Einige Themen, die im Folgenden geschildert werden, werden auch im nächsten Jahr noch aktuell sein.

Die Themenschwerpunkte für den Berichtszeitraum 11/13 bis 9/14:

### **Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen (Qualitätszirkel)**

Vertreter der Region Hannover, des SpD Peinerstr. (vormals Weinstraße) und der Fachgruppe haben im Berichtszeitraum weiterhin mehrere Male getagt und erarbeiten Qualitätsrichtlinien für das Ambulant Betreute Wohnen. Die Arbeit findet weiterhin in einer sehr konstruktiven, offenen und freundlichen Atmosphäre statt. Die Gespräche sind sehr ausführlich, detailliert und werden teilweise mit erheblichem Zeitaufwand geführt. Ein Abschluss dieser Gespräche ist jetzt doch in Sicht. Das Papier wird im nächsten Jahr den Gremien (Anbieterkreis/Fachgruppe) vorgestellt werden und hoffentlich auch mehrheitlich ratifiziert. Die Qualität der Anbieter war schon im Wesentlichen gegen Ende 2013 besprochen. In der Folge wurden Fragen zum Leistungsträger (Region Hannover) und zum Sozialpsychiatrischen Dienst besprochen und beschlossen. Inhaltlich ging es um die Fristen zur Terminierung von Hilfefunktionen, Teilnahme von Anbietern bei den ersten Hilfefunktionen, Bearbeitungszeit von Anträgen bei Hilfebedarf (nach § 14 SGB IX max. 7 Wochen), Einzelheiten über Clearingkonferenzen, Standardisierung des Entwicklungsberichtes, Verfahrensabläufe und vieles mehr.

### **Teilnahme von Anbietern bei ersten Hilfefunktionen (Erstkonferenzen)**

Dieser Punkt hatte uns mit unterschiedlicher Intention seit November 2011 immer wieder ausgiebig beschäftigt ohne eine abschließende zufriedenstellende Lösung zu finden. Zuletzt haben wir uns detailliert mit den juristischen Fragen beschäftigt. Die Region Hannover führte aus, dass sie nach SGB X § 20,21 „Herr des Verfahrens“ sei und bestimmen könnte, wer an den Erstkonferenzen teilnimmt oder nicht.

Dem steht SGB X § 13 Abs. 4 gegenüber, wonach ein Beteiligter mit einem „Beistand“ erscheinen kann. Die Region wiederum führt aus, dass die Teilnahme eines Vertreters eines Anbieters unter das Rechtsdienstleistungsgesetz fällt und deshalb versagt werden kann. Die Zukunft wird zeigen, wie sich dieser Widerspruch entwickelt. Er ist auf jeden Fall ausdiskutiert.

### **Erhaltungsziel ist auch ein Ziel**

Die Anbieter haben die Erfahrung gemacht, dass es für Klienten, die seit mehreren Jahren Ambulant Betreutes Wohnen erhalten, in den Hilfeplanfortschreibungen schwierig ist, notwendige Hilfen langfristig in gleichem Umfang bewilligt zu bekommen, da Reduzierungen erwartet werden. Die Praxis zeigt aber, dass gerade bei sehr chronifiziert erkrankten Psychiatrie-Erfahrenen die langjährige Erkrankung einen gleichbleibenden, teilweise sogar ansteigenden Hilfebedarf bedeutet.

Oft geht es aber vor allem „nur“ darum die Stabilität des Klienten zu erhalten, eine psychische Absicherung zu bieten, den eigenen Wohnraum zu erhalten oder eine Verschlechterung zu verhindern. Dieses „Erhaltungsziel“ als alleiniges Ziel ist dem Leistungsträger oft zu wenig. Diese Thematik wird die Fachgruppe wohl noch weiter beschäftigen.

## **Bundesteilhabegesetz**

Das neue Bundesteilhabegesetz soll einzelfallbezogener sein und mehr aus Modulen bestehen, allerdings weiß man noch nichts Genaueres. Noch in dieser Legislaturperiode soll das Gesetz auf den Weg gebracht werden und im Jahr 2016 verabschiedet und 2017 in Kraft treten. Die Fachgruppe hat sich mit diesem Thema nicht sehr beschäftigt, da es so viele Unwägbarkeiten enthält, es muss aber unbedingt weiter verfolgt und beobachtet werden.

## **Unterhaltszahlungen**

Seit Mitte 2014 fordert nun auch die Stadt Hannover als örtlicher Leistungsträger Unterhaltszahlungen von Eltern, Kindern, Ehegatten oder geschiedenen Ehegatten. Bei den Unterhaltszahlungen von den Eltern sind diese begrenzt auf 30,16 €. Kinder, Ehegatten und auch geschiedene Ehegatten werden allerdings voll herangezogen. Dies führt bei einigen Klienten zu Abbrüchen der Betreuung, weil sie auf keinen Fall möchten, dass die genannten Personen erfahren sollen, dass sie betreut werden, weil die Beziehung sehr konfliktbeladen ist, oder aus verständlichen anderen Gründen. Leider ist dies im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert und es gibt wenige Möglichkeiten zu intervenieren. (Warum war es dann möglich, all die Jahre darauf zu verzichten?)

In besonderen Ausnahmefällen, können die Klienten die Mitarbeit, die Adressen mitzuteilen, verweigern. Dazu müssen sie, möglichst mit ärztlichem Attest, nachweisen, dass sie gesundheitlichen Schaden nehmen, wenn die Verbindung zu den genannten Personen aufgenommen wird. Hierbei sind die Klienten im Einzelfall zu unterstützen.

## **Finanzierung Zuverdienst**

Die Möglichkeiten des Zuverdienstes (besser: „Beschäftigung und Tagesstruktur“) sind nach wie vor sehr begrenzt und gering. Projekte tragen sich nicht selbst und sind betriebswirtschaftlich nicht rentabel. Es ist weiterhin nötig mit guten Konzepten oder mit einer Projektförderung nach § 11 SGB XII Zuverdienstplätze zu schaffen.

### **Zukünftige Themen:**

- Qualitätsstandards beim Ambulant Betreuten Wohnen
- Vereinheitlichung von Entwicklungsberichten
- Bundesteilhabegesetz
- Zuverdienst für psychisch kranke Menschen
- regionale Psychiatrieerberichterstattung

### **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*)

Wie in den vergangenen Jahren auch, fanden die Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft in den Räumlichkeiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Deisterstr. 85A in 30449 Hannover statt, jeweils vierteljährlich und auch weiterhin am 2. Mittwoch des 2. Monats jedes Quartal, in der Zeit von 13:30 bis 15:00 Uhr. Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen 11 und 16, wobei zumeist 14 Anbieter psychiatrischer Hilfen aus dem Sektor Hannover Süd-West zu den Treffen kamen. So waren dies Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes, des Ambulant Betreuten Wohnens sowie der Ambulanten Psychiatrischen Pflege, des Kommunalen Seniorenservices der Stadt Hannover sowie der Polizei, der Betreuungsstelle der Region Hannover und eines Alten- und Pflegeheimes hier im Bezirk.

Schwerpunktt Themen der Sektorarbeitsgemeinschafts-Treffen waren in diesem Zeitraum:

- Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen mit seelischen Erkrankungen wie z.B. bei dem Angebot von beta89
- das Fallmanagement im Jobcenter
- geistige Behinderung und psychische Störung
- die aktuelle Gesetzesänderung im Betreuungsrecht
- Vorstellung der Tagesstätte Künstlerhaus AUE

Auch in diesem Jahr wurden vom Team der Beratungsstelle Deisterstr. Informationen aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sowie aus einzelnen Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes in die Sektorarbeitsgemeinschafts-Treffen hineingegeben. Des Weiteren informierten auch die Teilnehmer der Treffen über wichtige Veränderungen oder aktuelle Angebote ihrer jeweiligen Einrichtungen.

Wie auch in den vergangenen Jahren fand darüber hinaus eine rege Diskussion zu den verschiedensten oben aufgeführten sowie aktuellen psychiatriepolitischen Themen statt.

Mögliche Themen für die kommenden Sektorarbeitsgemeinschaften sind die genauere Abgrenzung zwischen der Tätigkeit Ambulanter Psychiatrischer Pflege und Ambulant Betreutem Wohnen, Vorstellung der Traumaambulanz des Klinikum Wahrenndorff sowie auch Rückmeldung der Betreuungsbehörde zur Umsetzung der aktuellen Gesetzesänderung.

Darüber hinaus sind wir offen für weitere – auch gern von den Teilnehmern eingebrachte – Themen.

#### **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 Ulrike Johanning-Schönfeld (Sozialpsychiatrischer Dienst)

Einzugsbereich: Bemerode, Bult, Calenberger Neustadt, Döhren, Mitte, Mittelfeld, Seelhorst, Südstadt, Waldhausen, Waldheim, Wülfel und Bemerode.

Die Treffen der SAG fanden an jedem ersten Mittwoch im Quartal statt, erstmalig auch an einem anderen Standort, Künstlerhaus AUE, AuE Kreativschule e.V. Der Vorschlag, auch in Zukunft die SAG an wechselnden Standorten stattfinden zu lassen wurde angenommen und soll 1x/Jahr umgesetzt werden.

Die SAG wurde im Berichtsjahr 2014 von Vertretern aus Altenpflegeeinrichtungen, Pflegediensten, Kontaktdienst der Polizei, Kommunalen Seniorenservice, Teilstationäre Versorgungsbereiche, Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen, Vertreter des Jobcenter. genutzt

Neben der Möglichkeit des Austausches, der Vorstellung neuer Angebote und der gegenseitigen Information über aktuelle Anliegen und Änderungen wurden folgende Themen behandelt:

- Vorstellung: Jobcenter
- Kommunalen Seniorenservice
- Werte e.V., ABW
- Mosaik inklusiv Leben – Ambulante Wohnschule
- Künstlerhaus AUE, AuE-Kreativschule e.V. mit Besichtigung vor Ort.

Sektorenversorgung ab 01.01.2015

Vorstellung der Krankheitsbilder „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ und „Messisyndrom“

### **Anschrift der Verfasserin:**

Ulrike Johanning-Schönfeld · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle  
Freytagstr. 12 A · 30169 Hannover · E-Mail: sozialpsychiatrie-bs02@region-hannover.de

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße**

von Andreas Roempler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Zuständigkeit:

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

Die Teilnehmer der Sektor Arbeitsgemeinschaft setzen sich aus Vertretern von:

AHMB e.V., AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. – Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta-Zuverdienst, beta Tagesstätte, Betreuungs-

stelle – Region Hannover, Dr. med. Anne Wilkening IUW, ErA, Ergotherapeutische Ambulanz – Königstraße, FaBel, Gfl mbH, Hannoversche Werkstätten GmbH (Autismus Alltags Assistenz), Hannoversche Werkstätten, Institutsambulanz – Königstraße, JobCenter, Künstlerhaus Aue, KSD – Fachbereich Jugend und Familie – Landeshauptstadt Hannover, Mosaik gem. GmbH, Polizei Hannover (Kontaktbeamte), Psychologisch-Therapeutische Beratung für Studierende (ptb), Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, Verein Psychiatrie-Erfahrene Hannover e.V. (VPE), WERTE e.V.

Auch im vergangenen Jahr waren interessierte Gäste in der SAG willkommen. Das Angebot zur Teilnahme an den Sitzungen wurde, wie bewährt, oft angenommen.

Entweder es wurden neue Angebote zur Versorgung und Hilfen psychisch erkrankter Menschen vorgestellt oder Fachvorträge zu aktuellen Themen gehalten.

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

- Geeignete Wohnungen für Klienten sind in Hannover nur schwer zu finden. Der Übergang aus einem Wohnheim in die eigene Wohnung, wird so zeitlich verzögert.  
(Dem Fachbereich Soziales, Region Hannover ist diese Schwierigkeit ebenfalls bekannt, an Lösungen wird gearbeitet.)
- Anonymisierte Fallvorstellungen.  
Möglichkeiten verschiedener Verfahrensweisen und Verhaltensweisen, sowie Zuständigkeiten werden erörtert.

### **Vorstellungen:**

- Vortrag von Frau Dr. med. Nitschke, Trauma-Zentrum Klinikum Wahrenndorff  
„Trauma und psychische Folgen“  
Vorstellung des Trauma-Zentrums  
Hinweis auf die Netzwerktreffen – Trauma-Netzwerk Hannover
- Angebot der Fachberatung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen des Fachbereiches Jugend der Region Hannover
- Vortrag von Frau Feist, Vorstellung der Wohnschule-Mosaik gem. GmbH inklusiv Leben ([www.mosaik-inklusive-leben.de](http://www.mosaik-inklusive-leben.de))
- Das Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde wurde am 28.8.2013 unterzeichnet und im Bundesgesetzblatt I Nr. 53 vom 03.09.2013 (Seite 3393) verkündet. Es tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.  
Herr Oellrich, Betreuungsstelle – Region Hannover hält hierzu einen Vortrag.
- Gemeindepsychiatrische Zentren, Vorstellung des geplanten Modells ab 2015 ([www.hannover.de](http://www.hannover.de))

- Fallvorstellung: Professionelles Verhalten bei suizidalen Klienten. Wer hat welche Möglichkeiten zur Krisenintervention?

### **Tagungsorte:**

- Königstr. 6, 30175 Hannover
- Hannoversche Werkstätten, Lathusenstr. 20, 30625 Hannover

Die kooperative und aufgeschlossene Zusammenarbeit in der SAG ist bezeichnend für die Sitzungen. Steht doch im Vordergrund das Versorgungsangebot psychisch erkrankten Menschen kontinuierlich zu verbessern.

Gerade die Vorstellungen in der SAG unterschiedlicher Institutionen, deren Arbeitsbereiche und Aufgabefelder 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](mailto:Andreas.Roempler@Region-Hannover.de)

### **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen**

von Horst-Peter Michel (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

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

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

Die Treffen wurden alternierend zu bereits bestehenden Arbeitskreisen geplant und fanden jeweils zweimal jährlich statt.

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

Springe/Pattensen: Im Frühjahr stellte sich die Jugendhilfestation Springe vor, nachdem die Jugendhilfe von der Stadt Springe wieder an die Region Hannover abgeben wurde. Die komplexe neue Situation wurde von den Mitarbeitern der Jugendhilfestation erläutert und zahlreiche Fragen wurden beantwortet.

Im Herbst fand ein weiteres Treffen statt. Die Koordinierungs- und Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt „BISS“, ansässig in Hannover am Deisterplatz, stellte ihre Arbeit vor und ging auch auf das Thema „Häusliche Gewalt in der Pflege“ ein.

Laatzen/Hemmingen: Im Februar traf sich die Arbeitsgruppe in den Räumen der Betreuungsstelle der Region Hannover in der Marktstr. 45 in Hannover. Es wurde u.a. über die allgemeinen Aufgaben der Berufsbetreuer, Vereinsbetreuer und der ehrenamtlichen Betreuer referiert. Außerdem wurden die rechtlichen Grundlagen und der Verfahrensablauf bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung vorgestellt und viele Fragen beantwortet.

Eine weitere Sitzung fand im Herbst in den neuen Räumlichkeiten der Kontaktstelle Treffpunkt, ehemals Treffpunkt am Park, Lange Weihe 67, 30880 Laatzen, statt. Der Leiter des Treffpunkts führte uns durch die neuen Räumlichkeiten und berichtete, die Teilnehmer hätten die neuen Räumlichkeiten gut angenommen. Insgesamt biete der neue Standort mehr Platz, um auch kreative Angebote durchführen zu können.

Während dieser Sitzung stellte sich auch die Evangelische Familien-, Paar- und Lebensberatungsstelle Laatzen mit Sitz im Kiefernweg 2, Laatzen und einer Außenstelle in Springe vor.

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

**Anschrift des Verfassers:**

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

**Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen**

von Doris Stelljes (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die SAG tagt 4 x jährlich. Das Interesse ist nach wie vor groß. In den ersten drei Sitzungen im Jahr 2014 fanden sich zwischen 19 - 23 Teilnehmer ein.

Bei dem ersten Termin am 12.03.2014 stellte Frau Theye-Hoffmann (beta 89) das Programm „Kontrolliertes Trinken“ vor.

Das Konzept richtet sich an Menschen, die ihren Alkoholkonsum reduzieren, aber nicht ganz auf ihn verzichten wollen.

Das Programm besteht aus 10 aufeinander aufbauenden Einheiten und wird von ausgebildeten TrainerInnen durchgeführt und begleitet.

[www.kokon.de](http://www.kokon.de) (Fachgruppe selbstbestimmter kontrollierter Konsum)

Im Anschluss berichteten Mitarbeiter der ambulanten Wohnschule „Mosaik – inklusiv leben“ über ihr neues Angebot. Es handelt sich um eine ambulante Beratungs- und Unterstützungsleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung, die in 2 x wöchentlich stattfindenden Seminaren über die Dauer eines Jahres lebenspraktische und soziale Kompetenzen erwerben können. Zielsetzung ist das eigenständige und selbstbestimmte Wohnen in der gewünschten Wohnform.

[www.mosaik-inklusive-leben.de](http://www.mosaik-inklusive-leben.de)

Am 11.06.2014 waren die Teilnehmer der SAG zu Gast in den Beratungsstellen „Männerbüro Hannover e.V.“ und „Anstoß“. Neben allgemeiner psychosozialer/psychologischer Einzel- und Paarberatung bietet der Verein Männern, die gewalttätig oder Opfer von Gewalt (physisch, psychisch und/oder sexuell) sind oder waren, Hilfen an.

In der Beratungsstelle „Anstoß“ sind Jungen und männliche Jugendliche, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind, angesprochen.

[www.maennerbuero-hannover.de](http://www.maennerbuero-hannover.de)

Am 17.09.2014 berichtete Herr Schlieckau über die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Hierbei ging es auch um die Frage, wie die SAG's Anliegen an den Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie herantragen können.

Ein weiteres Thema war die geplante Einrichtung der Gemeindepsychiatrischen Zentren.

Zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der MHH stellten im Anschluss ihr Projekt: „Sicherheit finden – Behandlungsangebote für Frauen mit Suchtproblemen und traumatischen Erfahrungen“ vor. In Form von zwei verschiedenen Programmen (Gruppenangebote) geht es nicht um die Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse, sondern um psychische Stabilisierung der Teilnehmerinnen. In einer wissenschaftlichen Studie soll die Wirksamkeit der Behandlungsangebote untersucht werden.

[www.cansas-studie.de](http://www.cansas-studie.de) · E-Mail: [cansas-studie@mh-hannover.de](mailto:cansas-studie@mh-hannover.de)

Im letzten Treffen am 26.11.2014 will sich die SAG mit dem Thema medizinisch-berufliche Rehabilitation beschäftigen. Wir werden zu Gast bei beta-Reha sein.

Das Team der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen freut sich auf eine weiterhin rege und interessierte Teilnahme im Jahr 2015!

**Anschrift der Verfasserin:**

Doris Stelljes · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen  
Ostpassage 7 a · 30853 Langenhagen

**Sektor-Arbeitsgemeinschaft List**

von Oliver Bock (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Teilnehmer der Sektor-AG im Berichtsjahr 2014 waren Vertreterinnen und Vertreter von Behörden und beratenden Institutionen der Stadt Hannover und Region Hannover (Amtsgericht/Betreuungsgericht Hannover, Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Kommunaler Sozialdienst, Kommunaler Seniorendienst), Krankenhaussozialdienst (MHH-Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie), Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuer sowie VertreterInnen von Betreuungsvereinen, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Praxistätigkeit im Sektor, Ergotherapeuten mit Praxistätigkeit im Sektor, ambulante Pflegedienste für Krankenpflege und ambulante psychiatrische Pflege, VertreterInnen von Alten-

pflegeeinrichtungen und therapeutischen Wohnheimen für seelisch Kranke, MitarbeiterInnen von Anbietern für Ambulant betreutes Wohnen und Tagesstätten.

Die Sektor-AG wurde genutzt zum interprofessionellen Austausch von aktuellen Informationen im Umfeld der Krankheitserkennung, Behandlung, Betreuung, Pflege und Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen. Ausgewählte Kasuistiken wurden als Diskussionsgrundlage zur Verbesserung der Krankheits- und Behandlungssituation psychisch kranker Menschen genutzt.

Besondere Schwerpunkte waren:

- Möglichkeiten zur frühzeitigen Erkennung von Handlungsbedarf bei psychisch kranken Menschen im häuslichen Umfeld zur Verhinderung bzw. Minimierung von Zwangsmaßnahmen nach NPsychKG bzw. Betreuungsrecht.
- Optimierung des Informationsaustauschs zwischen Krankenhaus und Sozialpsychiatrischem Dienst bei Behandlungsbedarf psychisch kranker Menschen und nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.
- Erhebung von Meinungsbildern zum Angebot und der Entwicklung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.
- Gemeindenaher psychiatrischer Beratung und Versorgung mit Hinblick auf die Einrichtung der geplanten Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ).

**Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. med. Oliver Bock · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle List · Podbielskistr. 158 · 30177 Hannover  
E-Mail: Oliver.Bock@region-hannover.de

**Sektor-Arbeitsgemeinschaft der Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover**  
von Susanne Steinmüller (*Sozialpsychiatrischer Dienst in der Psychiatrischen Poliklinik auf dem Campus der MHH*)

An der Arbeitsgemeinschaft nahmen Institutionen VertreterInnen des KSD, des Kommunalen Senioren Service und der Beratungsstelle, und VertreterInnen der verschiedenen Eingliederungshilfeeinrichtungen, VertreterInnen der Hannoverschen Werkstätten, des SPZ und der Betreuungskette Am Seelberg, der Pflegeheime Dr. Wilkening sowie Anbieter des ambulant betreuten Wohnens (HWA, Werte e.V., AHMB) und MitarbeiterInnen unserer Poliklinik teil.

Anfang des Jahres fand ein Treffen bei der Hannoverschen Wohnassistenz statt mit der Frage nach neuen Konzepten für ambulant betreute Wohngemeinschaften, da sich in diesem Bereich ein zunehmender Bedarf abzeichnet. Bei einem weiteren Treffen standen die Angebote der MHH im Bereich Behandlung von Suchterkrankung (ABAM, ambulante Gruppen, Tagesklinik und stationäre qualifizierte Entgiftungsbehandlung) im Mittelpunkt. Nach dem Umbau haben wir die Hannoverschen Werkstätten besichtigt. Zuletzt stellte Frau Wandrey das Konzept der Tagesstätte Künstlerhaus AuE sowie der neuen Tagesstätte Kunstschule AUE und der Kontaktstelle vor. Es fand ein anregender Austausch statt!

Das Team der Poliklinik bedankt sich bei allen TeilnehmerInnen für die gute Kooperation und verabschiedet sich zum Jahresende aus der Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

**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 · Email: steinmueller.susanne@mh-hannover.de

**Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße**

von Sabine Tomaske (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Regelung besteht weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle 2 Monate, jeweils am 2. Dienstag des Monats von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr trifft. Insgesamt fanden bis September 2014 vier Sitzungen statt.

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, eine Mitarbeiterin des Kommunalen Sozialdienstes, der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens von Beta 89, Pro Casa, die Hanoversche WohnAssistenz, Werte e. V., die Gesellschaft für Integration, Möwe und EA Wilkening Pflegeheime (ambulant betreutes Wohnen), Balance (Abteilung für ambulant betreutes Wohnen), Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. v., Mitarbeiter der Institutsambulanz des KRH Psychiatrie Langenhagen, eine Mitarbeiterin des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter sowie ein Mitarbeiter des Werkheims e. V., ein Mitarbeiter vom Birkenhof ambulante Pflegedienste, der Diakoniestation Hannover GmbH und des Angebots Wohnen +Plus und des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V.

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

- Neue Angebote in der Region Hannover, hier Job-Coaching und Mosaik gemeinnützige GmbH inklusiv Leben
- Angebot der Hanoverschen Werkstätten
- Austausch über Soteria-Elemente, die u. a. im Raum Hannover von Institutionen angeboten werden
- Angebote für Asylbewerber im Sektor

**Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde**

von Martin Fochler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

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

Der Berichtszeitraum umfasst November 2013 bis November 2014.

In diesem Zeitraum fanden 5 Sektor-Arbeitsgemeinschaften statt. Am 20.11.2013 sowie in 2014 am 12.02., 14.05., 10.09. und am 12.11. Die Treffen wurden je nach Thema unterschiedlich stark frequentiert.

Teilweise fanden sie in den neuen Räumlichkeiten der Beratungsstelle Empelde, Chemnitzer Str. 2, aber auch in unterschiedlichen anderen Räumlichkeiten, z.B. Pflegestützpunkt, Calenberger Land, in der WfbM der Lebenshilfe, statt.

Schwerpunkthemen waren (in chronologischer Reihenfolge):

- Vorstellung des Konzepts der ambulant psychiatrischen Krankenpflege und die integrierte Versorgung
- Konzept Pflegestützpunkt mit Besichtigung der Einrichtung
- Besichtigung der WfbM der Lebenshilfe mit Vorstellung der Arbeit der ambulanten Dienste der Lebenshilfe (Blaues Haus)
- die Betreuungsstelle stellte insbesondere die Änderungen, die zum 1.7.2014 im Rahmen des Betreuungsrechts in Kraft traten vor
- Schwerpunktthema Aufgaben des ambulant betreuten Wohnens in Abgrenzung zu einer rechtlichen Betreuung

Dazu gab es immer den festen Tagesordnungspunkt „Aktuelles aus den Institutionen“, wobei dieser Tagesordnungspunkt regelmäßig sehr intensiv genutzt wurde, um Neuigkeiten auszutauschen, sodass hier insbesondere der Vernetzungsgedanke umgesetzt werden konnte.

Zitat einer Teilnehmerin, die regelmäßig erscheint (Frau F., Berufsbetreuerin): „Ich versuche immer zu kommen und damit regelmäßig teilzunehmen, weil die Themen interessant gewählt sind und es immer wieder die Möglichkeit gibt, Kontakte zu knüpfen und insbesondere diese Vernetzung ist hilfreich für meine Arbeit...“

Eingeladen werden, wie in den Jahren zuvor, alle in dem Beratungsstellensektor ansässigen Institutionen sowie Hausärzte, Fachärzte, Berufsbetreuer uvm.

Teilnehmerzahl 14 im November 2013. Bei den 4 Sektor-Arbeitsgemeinschaftstreffen in 2014 waren jeweils zwischen 22 und 28 TeilnehmerInnen lt. Teilnehmerliste anwesend.

Ausblick: Die Treffen nach der längeren Pause, die im Rahmen des Umzuges der Beratungsstelle entstanden ist, hat zur Klärung von Wünschen und Ansprüchen an die Sektor-Arbeitsgemeinschaft gedient. Zurzeit sind die Sektor-AG-Treffen sehr gut besucht (teilweise stoßen sie an die Kapazitätsgrenzen der Räumlichkeiten). Die Treffen sollen fortgeführt werden.



Nächster Termin ist für den 11.2.2015 geplant.

**Anschrift des Verfassers:**

Martin Fochler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde  
Chemnitzer Str. 2 · E-Mail: Martin.Fochler@region-hannover.de

**Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)**

von Sabine Kirschnick-Tänzer (*Sprecherin 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 112 stimmberechtigte Mitglieder, außerdem nichtstimmberechtigte Mitglieder und Gäste mit beratender Stimme an. In Bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Behandlung, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 99 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 220 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. 60 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:**

**06.02.2014**

- Stand der Umsetzung integrierte Versorgung AOK Vertrag/Care4S
- Zwischenergebnisse AG „Schnittstellenpotenziale SGB XII/SGBV
- Einrichtung von 2 Projektgruppen – Gemeindepsychiatrischen Zentren und Inklusiver Sozialraum

**06.03.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit
- Neuordnung der Hilfen für wohnungslose und obdachlose Menschen in der Region Hannover, Berichterstatter/in Frau Sell und Herr Reichertz-Boers

**03.04.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Forensische Psychiatrie

- Vorgehensweise bei zivilrechtlichen Unterbringungen  
Studienergebnisse vorgestellt von Herrn Dr. Melchinger

#### **05.06.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Dokumentation
- Themenschwerpunkt Sozialpsychiatrischer Plan 2015 mit dem Ergebnis Arbeit/Beschäftigung/Rehabilitation
- Vorstellung von Herrn Prof. Dr. Ziegenbein als neuer Ärztlicher Direktor der KRH Psychiatrie GmbH mit den Kliniken Langenhagen und Wunstorf

#### **03.07.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Kinder und Jugend
- Bericht Zwischenstand Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Zentren in der Region Hannover

#### **04.09.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen
- Projekt zur sozialpsychiatrischen Qualifizierung und Nachwuchsförderung für die im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover kooperierenden Dienste und Einrichtungen
- Zusammenführung der Fachgruppenarbeit Legale Sucht und illegale Suchtmittel im Runden Tisch Sucht und Drogen

#### **02.10.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation
- Job Coaching-Angebot in der Region Hannover
- Positionspapier des RFP zum Thema Arbeit für psychisch Erkrankte

#### **06.11.2014**

- Kurzbericht aus der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung
- Regionale Psychiatrieberichte – Auswertung / Aufwand / Nutzen
- Im Anschluss an die AKG Sitzung Abschiedsfest mit Verabschiedung des Psychiatriekoordinators, Herrn Lothar Schlieckau, durch die Region Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Verbund

Die Übersicht der Themen lässt erkennen, dass der AKG auch in 2014 weiterhin regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt, neue Themen der psychiatrischen Arbeit aufnimmt, vertieft und teilweise umsetzt und damit zugleich für alle Teilnehmenden – Betroffene, Erfahrene, Angehörige und Professionelle – eine wichtige Funktion in der gegenseitigen Qualifizierung erfüllt.

Erstmals wurde der Wunsch, dass in den monatlichen AKG Sitzungen die Fachgruppenleiter / innen regelmäßig aus ihrer Fachgruppenarbeit berichten und zur Diskussion im AKG anregen, umgesetzt. Dies soll in den nächsten Jahren fortlaufend weitergeführt werden, um einen noch besseren Fachaustausch für alle Beteiligten im AKG zu ermöglichen und zur Mitarbeit in den jeweiligen Fachgruppen anregt.

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

Sabine Kirschnick-Tänzer · Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf

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

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

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) tritt in dreimonatlichen Abständen zusammen und berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur (Herr Jordan) in allen das NPsychKG betreffenden Fragen; seine Arbeit ist in einer 2012 aktualisierten Geschäftsordnung geregelt. Die Mitglieder des RFP werden vom Dezernenten für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen. Darunter sind auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) dessen Sprecherin (Frau Kirschnick-Tänzer), je eine Vertretung der Leistungserbringer (Herr Reichertz-Boers), der Nutzenden psychiatrischer Hilfen (Herr Wolter) und ihrer Angehörigen (Frau Liese). Weitere Mitglieder sind zurzeit der Leiter (Herr Dr. Sueße) und der Psychiatriekoordinator (Herr Schlieckau; ab 2015 Herr Blanke) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie zwei leitende Klinikärzte (Herr Dr. Becker und Herr Prof. Dr. Ziegenbein); ein Geschäftsführer (Herr Dr. Elgeti) gibt organisatorische Unterstützung.

Schwerpunkt der beiden Sitzungen im März und Juni 2014 war das Thema „Arbeit für psychisch erkrankte Menschen in der Region“, wozu im März auch einige Experten als Gäste eingeladen waren. Der RFP beschloss ein Positionspapier zur Förderung der Teilhabe an Arbeit, gerichtet an die Region und die Gremien des SpV zur Forcierung weiterer Bemühungen in dieser Richtung; das Papier ist in diesem Plan abgedruckt. Das Projekt „Gemeindepsychiatrische Zentren“ (GPZ) in Kooperation des SpDi mit den psychiatrischen Kliniken der Region war im September und Dezember 2014 Schwerpunkt der Sitzungen des RFP; es besteht die Hoffnung, dass im ersten Halbjahr 2015 zumindest ein GPZ zustande kommt.

Ende 2013 hatte der RFP ein Projekt zur Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung in der Sozialpsychiatrie für die Region angeregt; dazu fanden im ersten Halbjahr 2014 Gespräche mit möglichen Kooperationspartnern statt. Das KRH-Bildungszentrum hat die Anregung aufgenommen und den Mitgliedern des SpV auf der AKG-Sitzung im September 2014 erste Konzeptideen zur Umsetzung vorgestellt. Ein anderes Thema für den RFP war im Jahr 2013 die Neugestaltung der Wohnungslosenhilfe in der Region gewesen; hier ließen sich die Mitglieder des RFP im Berichtsjahr regelmäßig über den aktuellen Sachstand informieren. Weiterhin wurde die beabsichtigte Einstellung des nervenärztlichen Hintergrunddienstes durch die Kassenärztliche Vereinigung kritisch diskutiert und dem Dezernenten empfohlen, hier noch einmal das Gespräch mit den Beteiligten zu suchen.

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Hermann Elgeti · Region Hannover · Stabsstelle Sozialplanung für Soziale Infrastruktur  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@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*)

Liebe Leserschaft des Sonderteils für Kinder und Jugendliche, nachdem wir uns in den beiden letzten Jahren auf die Jubiläumsschrift „Vorwärts nach weit – 15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund“ konzentriert haben, erscheint nun wieder ein geregelter Sozialpsychiatrischer Plan. Das interessante 170-Seiten umfassende Jubiläumswerk ist übrigens als Band 5 in der Reihe „Sozialpsychiatrische Schriften“ im Frühjahr 2014 erschienen (s.u. [www.hannover.de](http://www.hannover.de) / Beratungsstellen / Sozialpsychiatrischer Verbund / Sozialpsychiatrische Schriften).

Nun zum aktuellen Sonderteil für den Kinder und Jugendbereich des Verbundes:

Die folgenden drei Stichpunkte konnten wieder wie in den Vorjahren als Leitlinie für die Berichterstattung der Anbieter dienen:

- Zur Versorgungssituation in meiner Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich (Belegung, Wartezeiten, Statistik, Personalstand, ...)
- In meiner/unserer Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich hat sich im Jahr 2014 folgendes verändert (konzeptionelle Veränderungen, neue Abteilungen, verändertes Klientel, ...)
- Es wird bei uns folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet
- Manche Verfasser haben sich direkt an die Beantwortung der Leitfragen gemacht. Andere haben einen freien Text geschrieben.

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

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

## **Ambulante Versorgung**

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

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

Gegenwärtig sind in der Region Hannover, inklusive der Stadt Hannover, 36 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zuständig, dabei sind 6 Gemeinschaftspraxen mit insgesamt 14 Ärzten und 22 Einzelpraxen in die Versorgung eingebunden.

Seit 01.01.2013 wurde die Bedarfsplanungsrichtlinie, die als Grundlage für die Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) grundlegend verändert, was zur Einbeziehung der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater in die Bedarfsplanung führte und in vielen Planungsbereichen zu Zulassungsbeschränkungen führte.

Für die Region Hannover wird von einer erheblichen Überversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater ausgegangen. Der Planungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ist seit Einführung der Bedarfsrichtlinie gesperrt.

Das geplante Versorgungsstärkungsgesetz sieht bei Überversorgung in einem Planungsbereich ggf. Aufkäufe der Praxen durch die KV vor. Danach könnte die Versorgung durch niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxen sich auch in der Region Hannover deutlich verschlechtern.

Der allergrößte Teil der Praxen arbeitet sozialpsychiatrisch, d.h. mit Einsatz von nichtärztlichen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, sowohl im diagnostischen, als auch im therapeutischen Bereich, was einen hohen Versorgungsgrad der betroffenen Kinder und Jugendlichen gewährleistet.

Durch die kassenärztliche Bundesvereinigung, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, wurde im letzten Jahr und im laufenden Jahr eine Evaluation der sozialpsychiatrischen Arbeit durchgeführt. Der Bericht zur Erstevaluation erfolgte Anfang des Jahres 2014, der Nachfolgebericht steht kurz vor dem Abschluss. Die bisherigen Ergebnisse zeigen eine hohe Zufriedenheit der betroffenen Familien mit der sozialpsychiatrischen Arbeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen.

In den meisten Einzelpraxen sind die Patientenzahlen stabil und liegen im Schnitt bei 300 Patienten im Quartal, mit entsprechender Steigerung bei Gemeinschaftspraxen. Auch die Wartezeiten sind insgesamt stabil, laut Umfrage liegen diese bei ca. 4 Wochen für den Ersttermin.

Inhaltlich steht weiterhin die schulische Belastung im Vordergrund der Erstvorstellungen, sowohl was die Frage nach Vorliegen von Teilleistungsschwierigkeiten angeht, als auch die emotionale Belastung durch Schulschwierigkeiten. Thema sind weiterhin emotionale Störungen, insbesondere bei Jugendlichen.

Der Trend zur vermehrten Vorstellung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hält an.

**Anschrift des Verfassers:**

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

**Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien  
des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover**

von Monika Oelbe (*Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche*)

Im Berichtszeitraum haben sich in der Beratungsstelle personelle Veränderungen ergeben: Frau Noort-Rabens, die viele Jahre mit großem Engagement in der Beratungsstelle gearbeitet hat, wurde in den Ruhestand verabschiedet. Es ist nicht gelungen eine ärztliche Nachfolge zu finden, so dass nun seit dem 1.8.2014 mit Herrn Resa Deilami ein Diplom-Psychologe das Team verstärkt. Bei der relativ großen Anzahl von Anmeldungen männlicher Klienten erweist sich dies als sehr hilfreich. (Einen Teil des Stundenumfanges von Frau Noort-Rabens konnten die Ärztinnen der Beratungsstelle übernehmen, die ihre Teilzeitbeschäftigung entsprechend geringfügig aufgestockt haben.)

Weiterhin engagieren sich die Mitarbeiter der Beratungsstelle in verschiedenen Arbeitsgruppen / Gremien zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten: z.B. Suizidprävention, Kinder psychisch kranker Eltern, ADHS, Intervisionsgruppen mit Vertretern der Jugendhilfe. Auf Nachfrage stellen wir die Beratungsstelle in bestimmten Gremien oder Schulen vor. Insgesamt ist die Beratungsstelle in der Podbielskistraße 168 dadurch mittlerweile in der Region Hannover weitgehend bekannt und wird mit saisonalen Unterschieden sehr stark nachgefragt. Dabei kommt der Kontakt oft über Mitarbeiter der Jugendhilfe oder auch Schulsozialarbeiter zustande. Immer häufiger melden auch Familien, die über das Internet auf das Angebot aufmerksam geworden sind, Kinder oder Jugendliche hier an.

Die Tendenz, dass der Anteil Jugendlicher am Klientel der Beratungsstelle zunimmt, setzt sich fort. Dies ist zum Teil möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die ambulante Versorgung durch kinder- und jugendpsychiatrische Praxen in der Region Hannover mittlerweile gut ist und viele Kinder dort ohne allzu lange Wartezeiten versorgt werden können. Umso häufiger sehen wir uns mit Jugendlichen konfrontiert, die kurz vor Erreichen der Volljährigkeit in unsere Beratungsstelle kommen, viele altersstufenspezifische Probleme mitbringen und deshalb immer häufiger auch über den 18.Geburtstag hinaus von uns betreut werden. Zur Zeit versuchen wir daher im Rahmen des bestehenden Netzwerks und durch Vernetzung mit anderen Ansprechpartnern diesen Aspekt („Adoleszente Klienten“) besonders in den Blick zu nehmen. Wie bisher nehmen wir häufig an entsprechenden Helferrunden teil, bzw. fungieren auch als Initiatoren solcher Konferenzen.

**Anschrift der Verfasserin:**

Dr. Monika Oelbe · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien · Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Monika.Oelbe@region-hannover.de

## **Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend** von Matthias Möller (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

In den drei Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover kam es im Jahr 2013 zu 1.188 Neuanmeldungen, 642 Fälle wurden aus dem Vorjahr übernommen. Von den 1.830 Beratungsfällen konnten im Berichtsjahr 1.079 abgeschlossen werden, 751 laufende Beratungsfälle wurden ins nächste Jahr übernommen. Die Neuanmeldezahlen waren im Berichtsjahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 8 Prozent rückläufig, liegen aber für 2014 bereits um 15% höher als 2013. Die Wartezeiten liegen abhängig vom Versorgungsgebiet zwischen 2 Wochen und 2 Monaten.

Die FEBs haben ein neues Versorgungskonzept entwickelt, in dem es um eine flächendeckende und gerechtere Versorgung geht. In jeder Kommune soll ein Angebot vorgehalten werden, das auch die Sozialstrukturen des Versorgungsgebietes berücksichtigt. Dabei sind die Beratungsstellen der freien Träger einbezogen. Die Umsetzung erfolgt 2015/2016.

Die vermehrte Fallarbeit im Kontext von Trennung und Scheidung in Kooperation mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst und den Familiengerichten erforderte einen verstärkten Einsatz von personellen Ressourcen. In diesen besonders schwierigen und hochkonflikthaften Beratungsfällen ist häufig Co-Beratung notwendig.

Durch das spezielle Angebot der frühen Beratung konnte der Anteil der Eltern mit Kindern von 0-6 Jahren deutlich angehoben werden.

### **Anschrift des Verfassers:**

Matthias Möller · Region Hannover Fachbereich Jugend · Familien- und Erziehungsberatungsstellen  
Schillerstr. 2 · 31532 Neustadt · E-Mail: Matthias.Moeller@region-hannover.de

## **Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie** von Michael Wachtendorf (*Leitender Diplom-Psychologe*)

Die Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich konnten vor allem durch die Aufstockung der Mitarbeiterzahl verkürzt werden. Die Wartezeiten für junge Kinder und/oder spezifische Anmeldegründe konnten auf angemessenem Niveau gehalten werden.

Die qualitätssichernden, wissenschaftlich evidenten Evaluationen sind in vielen Arbeitsbereichen und Arbeitsgruppen beständig ausgebaut worden und werden weiterhin mit erfreulich positiver Rückmeldung von Mitarbeitern und Patienteneltern durchgeführt. Die Angebote im Bereich Autismus-Diagnostik, Autismus-Gruppentherapie und Autismus-Elterngruppen werden kontinuierlich erweitert. Die Betreuung von Kindern und Eltern in Gruppen ist in mehreren Altersstufen in vielen entwicklungsrelevanten Bereichen weiter ausgebaut worden.

Der schon festgestellte Trend, dass die Auffälligkeiten im Bereich der Sprache deutlich zunehmen hält an. Vor dem Hintergrund einer „Kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörung“ zu der

die Sprachentwicklungsstörung gehört, hat diese Diagnose vor allem bei jüngeren Kindern deutlich zugenommen. Wie auch schon in den Vorjahren hat die Anzahl der bindungsschwachen bzw. bindungsgestörten Eltern zugenommen, was eine Steigerung der Zahl bindungsgestörter Kinder mit problematischem sozialen Hintergrund zur Folge hat. Durch die veränderte Schulsituation vor dem Hintergrund der Inklusion sind neue Fragestellungen entstanden, die die Beratungsinhalte hinsichtlich der optimalen Beschulung einzelner Kinder in einen anderen Fokus gerückt haben.

**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 Annette Redslob (*Chefärztin*)

Die Versorgungssituation in der KJPP Wunstorf hat sich in 2013/2014 weiter verschärft. Im stationären Bereich ist seit 2012 eine weitere durchschnittliche Fallzahlsteigerung um 15% zu verzeichnen, bei einer Fallzahlsteigerung auf der Jugendlichen-Akustation um 48% bei 100% Notaufnahmen. Auf den übrigen beiden Stationen gibt es reguläre Wartezeiten zwischen 2 und 5 Monaten. Auch im Kinderbereich gibt es eine deutliche Zunahme von Notaufnahmen.

Die KJPP Wunstorf hat im August 2012 mit Eröffnung einer Tagesklinikstation für Jugendliche (13 – 18 Jahre) eine Versorgungslücke geschlossen. Die Belegung ist hoch, die Nachfrage nach Behandlungsplätzen ebenso bei entsprechenden Wartezeiten von 2-4 Monaten. Behandelt werden überwiegend Patientinnen und Patienten mit schulvermeidendem Verhalten bei depressiven Störungen, Angststörungen, sozialen Phobien, Zwangsstörungen etc.

Kontinuierlich ansteigende Fallzahlen bei einer weiterhin deutlichen Zunahme an Notaufnahmen, auch im Kinderbereich.

Es zeigt sich weiterhin eine hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten, bei denen Suizidalität zur Notaufnahme führen. Auf den Therapiestationen zeigt sich eine weitere Zunahme bzw. hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten mit schulvermeidendem Verhalten. Tendenziell gibt es eine Zunahme von Patientinnen und Patienten mit affektiven und schizophrenen Psychosen.

**Anschrift der Verfasserin:**

Annette Redslob · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf · Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie · Südstraße 25 · 31515 Wunstorf · E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu



**Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**  
von Burkhard Neuhaus (*Chefarzt*)

Es besteht weiterhin eine sehr hohe Nachfrage für alle Kinder- und Jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Angebote im tagesklinischen und vollstationären Setting.

Durch intensivierte Nachwuchsförderung, z.B. eine Summerschool für Medizinstudenten, gelingt es uns gut, ausreichend Ärzte und Psychologen für unsere Arbeit zu gewinnen.

Leider besteht weiterhin ein Bedarf für geschlossene Jugendhilfe besonders für Jugendliche, die in Niedersachsen nicht angeboten wird.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. Burkhard Neuhaus · Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult · Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie · Janusz-Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover

**Ambulante Versorgung im Übergangsbereich von Kinder- und Jugend-  
psychiatrie, Pädiatrie, Erziehungsberatung sowie Eingliederungshilfen**

**Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII (Achstes Buch Sozialgesetzbuch) im Team 51.19/  
Pflegekinder, Adoption und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und  
Jugendliche der Region Hannover**

von Katrin Deiters-Winkler (*Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

Seit November 2013 ist der Fachdienst Eingliederungshilfe 35a SGB VIII dem Team 51.19/ Pflegekinder, Adoption und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zugeordnet.

Hier bearbeiten zurzeit sechs Mitarbeiter/innen mit insgesamt 5,25 Stellen die Anträge auf Eingliederungshilfe. In dem Stellenanteil enthalten ist die fachliche Betreuung und Koordination des Arbeitsgebietes im Umfang einer 75%-Stelle.

Rechtsgrundlage für die Bearbeitung der Anträge Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist seit 1993 § 35a SGB VIII.

Demnach haben Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht
- und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Krankheitsbilder, die zu einer Abweichung der seelischen Gesundheit und einer daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigung führen können, sind im Wesentlichen:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen wie Psychosen mit depressiven, manischen oder bipolaren Ausprägungsformen
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angststörungen, Panikstörungen, Phobien, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen)
- Essstörungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische (schauspielerisch, theatralisch), ängstlich vermeidende, abhängige oder andere Persönlichkeitsstörung)
- Entwicklungsstörungen (Asperger Autismus)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ADS / ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Bindungsstörungen des Kindesalters, Ticstörungen)

Die Fallbearbeitung und Steuerung im Fachdienst Eingliederungshilfe gem. § 35a umfasst die:

- Beratung von Eltern und jungen Menschen auf der Grundlage medizinischer Stellungnahmen,
- Prüfung der sachlichen Zuständigkeit
- individuelle Bedarfsermittlung
- Auswahl geeigneter Hilfen
- Hilfeplanung und Zielfestlegung mit den Prozessbeteiligten
- Hilfeplanfortschreibung mit Zielüberprüfung

Kooperationspartner sind:

- der Allgemeine Soziale Dienst,
- die Wirtschaftlichen Jugendhilfe
- der Fachbereich Soziales
- Service Recht
- der Fachbereich Gesundheit
- die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover
- die Kinder- und Jugendpsychiatrien in Hannover, Hildesheim und Wunstorf
- die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern
- Schulen und Kindertagesstätten

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

- als ambulante Hilfe, z. B. Schulbegleitung, Behandlungseinheiten im Zentrum für autistische Kinder, flexible Einzelbetreuung
- als teilstationäre Hilfe, z. B. Besuch einer Tagesgruppe oder der STEP Schule
- als vollstationäre Hilfe, z. B. Unterbringung in einer therapeutischen Wohngruppe.

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

Im Unterschied zur Hilfen zur Erziehung haben Kinder und Jugendliche selbst den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe. Im Antragsverfahren handelt ihr gesetzlicher Vertreter – gemäß § 1626 BGB – also in der Regel die Eltern.

**Anschrift der Verfasserin:**

Kathrin Deiters-Winkler · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Hildesheimer Str. 1 · 30169 Hannover  
E-Mail: Kathrin.Deiters-Winkler@region-hannover.de

**Pestalozzi-Stiftung – Jugendhilfe**

von Michael Theidel und Marc Vatterott (*Pestalozzistiftung*)

Stationäre Hilfe: Unsere elf Wohngruppen, sowie unsere Erziehungsstellen und Notaufnahmen in Erziehungsstellen mit zusammen 101 Plätzen waren in 2014 kontinuierlich ausgelastet. Im Vergleich zu den Vorjahren gab es in 2014 allerdings weniger Anfragen für den stationären Bereich. Die Fluktuation in den Wohngruppen war im Vergleich zu den Vorjahren recht hoch – wir hoffen für 2015 stabilere Gruppenkonstellationen geschaffen zu haben.

Der Leistungsbereich Jugendhof ist umbenannt worden und heißt jetzt Leistungsbereich Teilhabe. Die Platzzahl wurde von 24 auf 28 Plätze erweitert.

Wir haben dort eine zusätzliche Heilpädagogen- und eine Berufspraktikantenstelle geschaffen. Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im stationären Bereich.

Für die Wohngruppe Wichernhaus wurde auf dem Stammgelände ein neues Gebäude gebaut.

Im Vergleich zum Vorjahr gab es im Bereich der Notaufnahme in Erziehungsstellen, als auch in der Aufnahmegruppe für Kinder in Notsituationen in 2014 weniger Anfragen als im Vorjahr.

Teilstationäre Jugendhilfe: Die fünf Tagesgruppen mit 43 Plätzen waren im Jahr 2014 gut ausgelastet. Die durchschnittliche Belegungsdauer der Tagesgruppen lag bei zwei Jahren.

Zugenommen hat der Anteil an Familien, wo im Verlauf der Tagesgruppenmaßnahme deutlich wurde, dass diese nicht ausreicht um der Familie entsprechend zu helfen. Meist war eine zeitweise Trennung von der Familie in Form einer stationären Maßnahme notwendig.

Bei vier Familien schloss sich nach Beendigung der Tagesgruppe eine flexible Erziehungshilfe an.

Es gab keine Wartezeiten bei den Aufnahmeanfragen im teilstationären Bereich.

In 2014 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert.

Ambulante Jugendhilfe – Flexible Erziehungshilfen: Unser Bereich der flexiblen Erziehungshilfen ist auf 17 Mitarbeitende angewachsen und war in 2014 gut ausgelastet. Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im Bereich der flexiblen Erziehungshilfen.

Soziale Gruppenarbeit: Wir haben in Sehnde eine Soziale Gruppe mit 6 Plätzen eröffnet und unser Angebot somit auf drei Gruppen mit insgesamt 24 Plätzen erweitert. Auch hier gab es keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen.

Elterntraining „Aktive Eltern“: Das Elterntraining „Aktive Eltern“ führen wir im Auftrag der Region Hannover durch. Wir vermitteln dabei bewährte und im Alltag leicht umsetzbare Erziehungsmethoden, die die Familien im Umgang mit ihren Kindern und in ihrem Selbstvertrauen stärken. 2014 wurden acht Kurse durchgeführt.

Erweiterte und neue Angebote: Eröffnung einer Sozialen Gruppe in Sehnde mit 6 Plätzen. Die Gruppe ist mittlerweile voll belegt.

Durch die Erweiterung im stationären Leistungsbereich Teilhabe (s.o.) gab es die Möglichkeit von zwei auf drei Wohnbereiche zu erweitern. Es gibt jetzt eine Eingangsstufe, eine Wohngemeinschaft zur Verfestigung und Appartementplätze zur Verselbständigung.

Beobachtete Trends, geplante Projekte: Trotz weiter steigenden Bedarfs an Erziehungsstellen wird dieser Bereich in der Pestalozzi-Stiftung eingestellt. Unsere Erziehungsstellen sind in die Selbständigkeit gegangen und haben eine eigene Betriebserlaubnis erhalten.

Durch den Ausbau des offenen Ganztags an Schulen geraten die tagesstrukturierenden Jugendhilfemaßnahmen wie Tagesgruppen und Soziale Gruppen stärker unter Druck.

**Anschrift der Verfasser:**

Michael Theidel und Marc Vatterott · Pestalozzi Stiftung · Jugendhilfe · Pestalozzistraße 7 · 30938 Burgwedel  
E-Mail: [mtheidel@pestalozzi-stiftung.de](mailto:mtheidel@pestalozzi-stiftung.de) · [mvatterott@pestalozzi-stiftung.de](mailto:mvatterott@pestalozzi-stiftung.de)

## **Clearingsstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover** von Isabell Geiß (Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover)

Die Clearingstelle (Inobhutnahmesystem) 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 Kriseninterventionen geleistet werden können.

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

Es finden kontinuierlich Vermittlungen von Inobhutnahmeplätzen und Beratungen von Kindern, Jugendlichen, Eltern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Fachinstitutionen statt. Innerhalb des Inobhutnahmesystem der Landeshauptstadt Hannover gibt es punktuell Überbelegungen. Ein Teil der Jugendlichen kehrt nach der Inobhutnahme wieder in den elterlichen Haushalt zurück, der andere Teil der Jugendlichen wird nach der Inobhutnahme stationär untergebracht.

Es zeigt sich, dass einzelne Jugendliche mit einem hohen Potenzial der Selbstgefährdung das Angebot der Jugendhilfe bzw. der Inobhutnahme nicht annehmen.

Weiterhin gibt es einen deutlichen Anstieg von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF). Die UMF kommen unter anderem aus Afghanistan, Eritrea, Syrien, dem Irak und Marokko. Die Jugendlichen sind häufig gezeichnet von ihrer Fluchterfahrung und benötigen in der Folgezeit weitergehende therapeutische Unterstützung. Ein Teil dieser Jugendlichen ist bereits in einer anderen Stadt stationär untergebracht, von dort aus abgängig oder auf der Durchreise in ein anderes Zielland. Generell steigt die Zahl der Zuführungen von UMF's.

Darüber hinaus gibt es Inobhutnahmen von Kindern aus Flüchtlingsunterkünften, deren Mütter auf Grund einer weiteren Entbindung die Versorgung vorübergehend nicht leisten können.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Isabell Geiß · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Nikolaistraße 13 · 30159 Hannover  
E-Mail: [Isabell.Geiss@Hannover-Stadt.de](mailto:Isabell.Geiss@Hannover-Stadt.de)

## 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 Landesfachbeirates Psychiatrie und der Psychiatriekoordinator der Region Hannover)
  - 4 vom AKG zur Berufung durch den Fachdezernenten vorgeschlagene Mitglieder  
(z.Zt. 2 VertreterInnen von Selbsthilfegruppen Betroffener und ihrer Angehörigen, 1 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.

**Formulare der Datenblätter A-C**

**A) Datenblatt für Einrichtungsträger**

**Berichtsjahr:**

**1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers**

	(Code-Nr.)

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

Erläuterung: Angebote nach vorrangigem Kostenträger und Definition (ambulant, teilstationär, stationär) differenzieren, jeweils planmäßige und tatsächlich belegte Platzzahlen (jeweils zum 31.12. des Berichtsjahres) sowie hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit) angeben. **Bei mehreren Kostenträgern bitte nur den vorrangigen angeben, ebenso bei Zuständigkeit für mehrere Versorgungssektoren das hauptsächliches Einzugsgebiet aus der Codierungsliste auswählen!**

Code-Nr. des Hilfsangebotes	vorrangiger Kostenträger	Leistungsart	Platzzahl (am 31.12.)		hauptsächlich 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 Patienten / Klienten;
- 9 = Integrationsamt; 10 = nds.Wissenschaftsministerium; 11 = nds. Sozialministerium (einschl. freiwillige Beihilfen); 12 = nds. Justizministerium; 13 = Bundesministerien;
- 88 = sonstige Kostenträger, bitte Klartext angeben: \_\_\_\_\_; 99 = unbekannt / unklar

**Code Leistungsart**

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

**Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)**

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

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

**Berichtsjahr:**

**1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger**

	(Code-Nr.)
<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 u. Kosten der belegten Plätze bei Maßnahmefinanziertem Angebot (Stichtag 31.12.)**

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

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

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

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

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



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

**Berichtsjahr:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)**  
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar  
Erläuterung: "ja" bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in  
Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich,  
plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

(Fortsetzung auf der Rückseite)

### 3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

- 3.1. psychiatrische Erstdiagnose**  
0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhafte Störung (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8= keine psychische Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar
- 3.2. Alter bei Ersterkrankung**  
0= trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1= 65 und mehr Jahre; 2= 45 bis unter 65 Jahre; 3= 25 bis unter 45 Jahre; 4= unter 25 Jahre; 9= Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar
- 3.3. Dauer seit Ersterkrankung**  
0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**  
0= trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1= 10 und mehr Jahre; 2= 5 bis unter 10 J.; 3= 1 bis unter 5 J.; 4= unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9= Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**  
0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**  
0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeitätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflicht-grenze; 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 soz. Kontakte unbekannt/unklar
- 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt (LUH)**  
0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld (ALG) 1; 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung / ALG 2 / Sozialhilfe zum LUH, bei stationärer Jugend-/ Eingliederungshilfe; 9 = LUH 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		

**modifiziertes Datenblatt C für die Kinder- und Jugendpsychiatrie**

**C) Datenblatt für die Patientenbezogene  
Basis- und Leistungsdokumentation in der KJP**

Berichtsjahr

Erläuterung: Dieses Datenblatt orientiert sich am Fragebogen zur Psychiatrieberichterstattung in Hannover. In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für den jeweiligen Patienten die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es soll der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert werden.**

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

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

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

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

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

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

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

**2.2 Alter (oder Jahrgang)**  
0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 Jahre; 3 = 45 bis unter 65 Jahre; 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 = BS Podbielskistr. / MHH; 7 = BS Burgdorf; 8 = BS Neustadt; 9 = BS Laatzen; 10 = BS Langenhagen; 11 = Psychiatrische Poliklinik I/MHH; 20 = Wohnort innerhalb Niedersachsens, aber außerhalb der Region Hannover; 30 = Wohnort außerhalb von Niedersachsen; 40 = wohnungslos; 90 = Wohnadresse unbekannt/unklar

**2.4 juristische Flankierung der Hilfen**  
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 2 = Vormundschaft / gesetzliche Betreuung; 3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug/ JGG; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

**2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)**  
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar  
Erläuterung: "ja" bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert.  
**Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

(Fortsetzung auf der Rückseite)

### 3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

- 3.1. Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung**  
 1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); 2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; 3 = deutlich; 4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung); 9 = Schweregrad 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 Jahre; 3 = 1 bis unter 5 Jahre; 4 = unter 1 J. / ggw. in Klinik; 9 = Jahr letzter Klinikauf. unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**  
 1 = Wohnen von Kindern in (Pflege-)Familie; eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partnern / Angeh. einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen von Kindern / Erwachsenen im Heim / in Wohnung des Reha-Trägers, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschl. Wohnungsloseneinr.); 9 = Wohnsit. unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation, einschl. (vor-)schulische oder berufliche Ausbildung**  
 0 = trifft nicht zu, da Kleinkind; 1 = Tätigkeit in Beruf o. Familie, KiTa, Schul- oder Berufsausbild. in Regeleinr. mit regelmäßiger Teilnahme; 2 = KiTa, Schul- oder Berufsausbildung in Sondereinr. mit regelmäßiger Teilnahme; 3 = med.-berufliche Rehabilitation oder beschützte Arbeitstätigkeit mit regelmäßiger Teilnahme; 4 = überwiegende Abwesenheit in Regel- oder Sondereinr. (z.B. Schule) bzw. ganz ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar
- 3.7. Schweregrad der belastenden sozialen Umstände**  
 1 = höchstens gering ausgeprägt; 2 = deutliche Belastung bei vorhandenen unterstütz. soz. Beziehungen sowohl intra- als auch extrafamiliär; 3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstütz. soz. Bez. extra- o. intrafamiliär; 4 = deutliche Belastungen ohne unterstützende soz. Beziehungen; 9 = Schweregrad der belastenden sozialen Umstände unbekannt / unklar
- 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt (LUH) der Eltern**  
 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Bezieher von Versicherungsleistungen; 3 = durch Partner, Angeh. o. sonst. Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum LUH, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = LUH unbekannt/unklar

### 4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!)

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med. Behandl.	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztl.-psychotherapeut. Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztl. geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandl.- / Reha.-Einrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung im Arbeitsleben oder Schule (z. B. Legasthenieförderung)
4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher oder schulischer Rehabilitation		
4.12 <u>Quartale</u> in gesonderten Berufsschulen		
4.13 <u>Quartale</u> in teilstationären Maßnahmen (z. B. Tagesgruppe)		

# Codierungsliste

## Liste der Angebotsformen

	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
1x: ambulante Leistungen	10	ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene (Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrische Institutsambulanz einer Klinik)
	11	ambulant-aufsuchender Dienst für Kinder und Jugendliche Sozialpsychiatrischer Dienst KJP, Psychiatrische Institutsambulanz einer KJP-Klinik)
	12	KS (Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle)
	13	abW (Eingliederungshilfen durch ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII)
	14	APP (ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V bzw. SGB XI)
	15	IFD/AT (Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst nach SchwBG und andere spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung)
	16	BS Sucht (spez. Angebote für Suchtkranke, z.B. Suchtber.- und Suchtbeh.-Stelle)
	17	BS KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Jugendpsychologischer Dienst, ambulante Hilfen gemäß KJHG)
	18	BS GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. Demenzsprechstunden und ambulante gerontopsychiatrische Pflege)
	19	SAL (sonstige ambulante Leistungen, z.B. BtG-Betreuungsverein, Krisendienst, Soziotherapie nach § 35 SGB V)
2x: teilstationäre Leistungen	20	TK PSY (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie)
	21	TK KJP (teilstationäre Behandlung in Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	22	TK GP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie)
	23	TS (teilstationäre Eingliederungshilfen, z.B. in einer Tagesstätte)
	24	WfbM Werkstatt für (seelisch) behinderte Menschen
	25	RPK (teilstationäre med.-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell und ähnliche spezielle Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstrukturierung)
	26	TK Sucht (Tagesklinik gemäß SGB V / VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke)
	27	TS KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder, andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche)
	28	TS GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsychiatrische Tagespflege-Einrichtung)
	29	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)
3x: stationäre Leistungen	30	KL PSY (vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene)
	31	KL KJP (vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	32	KL FOR (vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs)
	33	WH (Eingliederungshilfen gemäß SGB XII in einem speziellen (Übergangs-)Wohnheim oder einer entsprechenden Wohngruppe)
	34	PfIH (Eingliederungshilfen gemäß SGB XII oder stationäre Pflege gemäß SGB XI in einem psychiatrischen Pflegeheim oder einer entsprechenden Wohngruppe)
	35	WH WL (spezielle komplementäre Angebote für wohnungslose Menschen, z.B. in Unterkunft gemäß § 11 BSHG oder Einrichtung gemäß § 72 BSHG)
	36	WH Sucht (spezielle komplementäre Angebote für Suchtkranke, z.B. Heim für mehrfach geschädigte Suchtkranke)
	37	WH KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Wohnheim oder Wohngruppe gemäß KJHG)
	38	WH GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsychiatrische Pflegestation)
	39	SSL (sonstige stationäre Leistungen)

## Liste der Kennzahlen in den Auswertungsberichten

### 1. Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen der Datenblätter A und B:

Nr.	Name	Definition
K1	Platzangebot	Platzzahl nach Plan
K2	Belegungsquote	Platzzahl nach Belegung am 31.12. in % des Platzangebotes
K3	Patientenzahl	Anzahl der Patienten im Berichtsjahr
K4	Personalumfang	Vollzeitstellen Personal aller Grundqualifikationen (GQ 1-4)
K5	Berufsgruppenmix	%-Anteil des Personals in den vier Grundqualifikationen
K6	Zusatzqualifikation	Fachkräfte (FK; GQ 1-3) mit Zusatzqualifikation in % aller FK
K7	Betreuungsintensität	Anzahl der belegten Plätze auf 1 Vollzeitstelle der FK (GQ 1-3)
K8	Betreuungskosten	durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz

### 2. Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen des Datenblattes C:

Nr.	Name	Definition
K9	männliche Patienten	Anteil Männer bei den Patienten in %
K10	minderjährige Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 18 Jahren in %
K11	jüngere Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 45 Jahren in %
K12	alte Patienten	Anteil Patienten im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzl. betr. Patienten	Anteil der Patienten mit einer gesetzlichen Betreuung in %
K14	psychosoziales Risiko	durchschnittl. psR-Summenscore der Patienten (Range: 7-32)
K15	Betreuungskontinuität	durchschnittliche Dauer der eigenen Hilfeleistung im Berichtsjahr (Angebotsformen 20-22,26,30-32: in Tagen; sonst: in Quartalen)
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der Patienten in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung der Pat. nach Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen

### 3. Kennzahlen für Patientengruppen nach Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes

Die Auswertungstabellen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes enthalten die Kennzahlen K9-K16 und K18-K19 entsprechend der Tabelle 2.

### 4. Kennzahlen zur Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes

Nr.	Name	Definition
K20	Einwohnerzahl	Wohnberechtigte Bevölkerung nach Melderegister
K21	Fläche	Gesamtfläche des Gebietes in Hektar
K22	Bevölkerungsdichte	Einwohnerzahl pro Hektar Fläche des zugehörigen Gebietes
K23	Minderjährige	Anteil Personen unter 18 Jahren
K24	Alte	Anteil Personen ab 65 Jahren
K25	Arbeitslose	Anteil Arbeitsloser an den 18- bis unter 65-jährigen Personen

### 5. Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen

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

## Autorenverzeichnis

<b>Batram, Susanne</b>	Dipl.-Psychologin, Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Biederbeck, Reinhard</b>	Dipl.-Pädagoge, Teamleitung, Region Hannover, Beschäftigungsförderung, Haus der Wirtschaftsförderung, Vahrenwalder Str. 7, 30165 Hannover
<b>Blanke, Uwe</b>	Psychiatriekoordinator, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
<b>Bock, Oliver, Prof. Dr.</b>	Facharzt für Pathologie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
<b>Bunde, Wolfgang</b>	Dipl.-Pädagoge, Sprecher der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, Arbeiterwohlfahrt, Deisterstr. 85 a, 30449 Hannover
<b>Dehmlow, Petra</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin, Sprecherin der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ Stephansstift, Leiterin der therapeutischen Wohngruppen, Kirchröder Str. 44, 30625 Hannover
<b>Deiters-Winkler, Kathrin</b>	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover, Fachbereich Jugend, Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover
<b>Elgeti, Hermann, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Sprecher der Fachgruppe Dokumentation, Region Hannover, Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Eller, Matthias</b>	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Ewald, Katja</b>	Schulsozialpädagogin, Berufsbildende Schule 6, Goetheplatz 7, 30169 Hannover
<b>Fochler, Martin</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg
<b>Geiß, Isabell</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Nikolaistr.13, 30159 Hannover

<b>Janitzek, Rainer F.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Pädagoge, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover
<b>Johanning-Schönfeld, Ulrike</b>	Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover
<b>Kimil, Ahmet</b>	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Kirschnick-Tänzer, Sabine</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Sprecherin des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Krause, Anja</b>	Master im Sozialmanagement, Teamleiterin, Region Hannover, Fachbereich Soziales, Team Zentrale Fachbereichsangelegenheiten Steuerung SGB II, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Kurth, Henning</b>	Dipl.-Sozialarbeiter /-pädagog, im Sprecherteam der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, Werkheim e.V., Büttnerstr. 9, 30165 Hannover
<b>Kusterer, Jörg</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Leitung Integrationsfachdienst für schwerbehinderte Menschen Hannover, Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V., Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
<b>Lessing, Alfred</b>	Drogenbeauftragter, Landeshauptstadt Hannover, Dez. III Fachbereich Jugend- und Sozialdienst, Ihmeplatz 5 , 30449 Hannover
<b>Michel, Horst-Peter, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
<b>Möller, Matthias</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Supervisor, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Schillerstr. 2, 31532 Neustadt
<b>Neuhaus, Burkhard, Dr.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt im Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
<b>Oelbe, Monika, Dr.</b>	Ärztin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover



<b>Pohl, Stefan</b>	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Pundt, Anette</b>	Schulsozialpädagogin, Berufsbildende Schule Burgdorf, Berliner Ring 28, 31303 Burgdorf
<b>Redslob, Anette</b>	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefärztin, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Reichertz-Boers, Uwe</b>	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialpädagoge, im Sprecherteam der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdach- losigkeit“, SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Roddau, Peter</b>	Geschäftsführer und Pflegedienstleiter, Sprecher der Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“, Psychiatrischer Fachpflegedienst Roddau, Hindenburgstraße 25, 31832 Springe
<b>Rodewald, Jürgen</b>	Verwaltungsjurist, Deutsche Rentenversicherung, Braunschweig-Hannover, Hauptabteilung Leistung 1, Lange Weihe 2-4, 30880 Laatzen
<b>Roempler, Andreas</b>	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstraße 6, 30175 Hannover
<b>Rolfes-Neumann, Doris</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
<b>Sandau, Michael</b>	Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin, Sozialdienstleitung Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen
<b>Seckendorff, von, Christoph</b>	Dipl.-Verwaltungswirt, Interessengemeinschaft seelisch gesunder Menschen in Arbeit und Rehabilitation, Südstrücken 33, 30459 Hannover
<b>Seelhorst, Rose-Marie</b>	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover

<b>Steinmüller, Susanne</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Poliklinik auf dem Campus, Sozialpsychiatrischer Dienst, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<b>Stelljes, Doris</b>	Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7a, 30853 Langenhagen
<b>Stichweh, Annette</b>	Schulsozialpädagogin, Berufsbildende Schule 3, Ohestr. 6, 30169 Hannover
<b>Sueße, Thorsten, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“, Interkultureller Beauftragter im Betrieb und Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
<b>Tänzer, Andreas</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Theidel, Michael</b>	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
<b>Tomaske, Sabine</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover
<b>Vatterott, Marc</b>	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
<b>Vonwiller, Katharina</b>	Führungsberaterin SGB II, Fachexpertin Jobcenter Region Hannover, Vahrenwalderstr. 245, 30179 Hannover
<b>Wachtendorf, Michael</b>	Leitender Psychologe, Sozialpädiatrisches Zentrum, Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover
<b>Weidner, Oliver</b>	Dipl.-Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“, Leitung Ergotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen



