



**Region Hannover**

**Team Gemeindepsychiatrie**

## **Sozialpsychiatrischer Plan 2008** des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover





**Team Gemeindepsychiatrie**

**Region Hannover**

---

# **Sozialpsychiatrischer Plan 2008 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**

**Herausgeber:**

Region Hannover  
Team Gemeindepsychiatrie als Geschäftsführung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes  
Weinstraße 2  
30171 Hannover



Lesehilfe ab Seite 7

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

## **Dr. Hermann Elgeti**

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

## **Vera Koch**

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

## **Dr. Thorsten Sueße**

Region Hannover, Fachbereiches Gesundheit , Team Gemeindepshychiatrie,  
Weinstr. 2, 30171 Hannover

## **Matthias Eller**

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

## **Stefan Pohl**

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

## **Manfred Preis**

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

## **Lothar Schlieckau**

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

# Inhalt

## Einleitung, Bewertung und Ausblick

Kindeswohl, Schnittstellenfragen und noch viel mehr ... Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	7
„Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Hilfen für junge Menschen mit psychischen Problemen im Übergang vom Jugendalter zur Volljährigkeit“ Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener ( <i>Christian Harig</i> ) .....	10
Die Situation der Angehörigen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Region Hannover Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker ( <i>Rose-Marie Seelhorst</i> ) .....	13

## Schwerpunktthema 2008: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hilfen für Menschen mit psychischen Problemen im Übergang vom Jugendalter zur Volljährigkeit ( <i>Franz Güster</i> ) .....	15
Die Betreuung von Jugendlichen, die seelisch behindert oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind ( <i>Alisa Bach</i> ) .....	18
Hilfen für junge Menschen mit psychischen Problemen im Übergang zur Volljährigkeit ( <i>Axel Hogh</i> ) .....	19
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Erwachsene nach SGB VIII bzw. nach SGB XII ( <i>Therese Schäfer u. Irene Röber</i> ) .....	19

## Kinder psychisch kranker Eltern

Einführung in die Thematik ( <i>Julia Frölich, Stefan Pohl</i> ) .....	19
Vorstellung von zwei Angeboten für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Angehörigen in der Region Hannover Haus Esta ( <i>Team Haus Esta</i> ) .....	22
Der Jugendhilfeträger „Fachgesellschaft für ambulante Betreuungen e.V.“ (FaB) ( <i>Team FaB e.V.</i> ) .....	23

## Vorstellung von gelungenen Kooperationen verschiedener Träger in der Region Hannover

Trägerübergreifende Interventionsgruppe ( <i>Renate Ibrügger</i> ) .....	24
Leitlinien für eine Zusammenarbeit zwischen dem Kommunalen Sozialdienst (KSD) der Stadt Hannover und den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Region Hannover im Einzelfall (April 2007) ( <i>Stadt Hannover Fachbereich Jugend und Familie</i> ) .....	26

## Beispiele bestehender Patenschaftsprojekte zur präventiven und krisenintervenitorischen Unterstützung von Familien mit psychisch kranken Eltern aus anderen Kommunen

Das Berliner Modellprojekt Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern ( <i>Katja Beek</i> ) .....	27
Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Cuxhaven ( <i>Horst-Volkmar Trepte</i> ) .....	29
Ausblick und Formulierung möglicher Ziele bei der Versorgung betroffener Familien in der Region Hannover ( <i>Stefan Pohl und Matthias Eller</i> ) .....	30

## Regionale Psychiatrieberichterstattung

Regionale Berichterstattung für das Jahr 2006 ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	32
Zielvereinbarungen ( <i>Lothar Schlieckau</i> ) .....	48

## Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes Berichte von 9 Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ ( <i>Annette Theißing</i> ) .....	52
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ ( <i>Hermann Elgeti</i> ).....	53
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ ( <i>Andreas Tänzer</i> ) .....	54
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ ( <i>Brigitte Harnau</i> ) .....	55
Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ ( <i>Ingeborg Noort-Rabens</i> ) .....	57
Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ ( <i>Reinhold Hemmesmann</i> ) .....	58
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ ( <i>Ahmet Kimil</i> ) .....	59
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ ( <i>Uwe Reichertz-Boers</i> ) .....	61
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ ( <i>Wolfgang Bunde</i> ) .....	61

## Sektor-Arbeitsgemeinschaften

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf ( <i>Claudia Bergholz</i> ) .....	64
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße ( <i>Doris Rolfes-Neumann</i> ).....	64
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße ( <i>Hildegard Georgiadis, Werner Schmidt</i> ).....	65
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße ( <i>Andreas Roempler</i> ) .....	65
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen ( <i>Horst-Peter Michel</i> ) .....	66
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen ( <i>Doris Stelljes</i> ) .....	67
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Poliklinik I Medizinische Hochschule ( <i>Bert te Wildt, Susanne Steinmüller</i> ) .....	68
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße ( <i>Sabine Tomaske</i> ) .....	68
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List ( <i>Stefan Bartusch</i> ) .....	69
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde ( <i>Martin Fochler</i> ) .....	69

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) ( <i>Uwe Blanke</i> ).....	71
---	----

Bericht des Regionalen Fachbeirates ( <i>Hans-Bernhard Behrends</i> ) .....	72
---	----

Jahresbericht 2005/2006 der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover ( <i>Christian Harig und Jürgen Gundlach</i> ).....	74
---	----

## Sonderteil

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien ( <i>Matthias Eller u. Stefan Pohl</i> ) .....	75
---	----

## Ambulante Versorgung

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fachdienst des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover ( <i>Karin Ebel</i> ) .....	75
---	----

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereiches Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover ( <i>Stefan Pohl</i> ) .....	76
---	----

Winnicott-Institut ( <i>Michael Kögler</i> ) .....	77
--	----

Versorgung durch Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten ( <i>Rainer Janitzek</i> ) .....	77
--	----

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

Familien- und Erziehungsberatungsstelle in Burgdorf, Fachbereich Jugend der Region Hannover ( <i>Matthias Möller</i> ) .....	78
---	----

Familien- und Erziehungsberatungsstelle in Barsinghausen und Neustadt, Fachbereich Jugend der Region Hannover ( <i>Petra von Stosch</i> ).....	79
---	----

**Stationäre Versorgung**

Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH ( <i>Anette Redslob</i> ) .....	80
--	----

Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses auf der Bult ( <i>Christian Schnetzer</i> ) .....	80
---	----

Bericht aus der Niedersächsischen Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim ( <i>Hans-Jörg Bethge</i> ) .....	81
---	----

**Eingliederungshilfen**

Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH ( <i>Christine Voigt</i> ) .....	82
---	----

Arbeitsgruppe 51.LD der Region Hannover, Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen ( <i>Holger Thiermann</i> ) .....	82
---	----

Stationäre Eingliederungshilfe, Therapeutische und Sozialpädagogische Wohngruppen des Stephansstift ( <i>Petra Dehmlow</i> ) .....	83
---	----

Teilstationäre und Stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung ( <i>Jürgen Bussieck</i> ).....	84
--	----

Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover ( <i>Ursula Lerch-Fricke</i> ) .....	84
---	----

<b>Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes</b> .....	85
---	----

<b>Organigramm</b> .....	88
--------------------------	----

<b>Codierungsliste</b> .....	89
------------------------------	----

<b>Datenblätter A, B und C</b> .....	91
--------------------------------------	----

<b>Autorenliste</b> .....	95
---------------------------	----

**Anlagen**

Übersichtskarten der Versorgungssektoren

Liste der Einrichtungen/Angebotsformen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover



## **Kindeswohl, Schnittstellenfragen und noch viel mehr ...**

### **Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Lesehilfe und Einleitung**

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

Der Sozialpsychiatrische Plan des Vorjahres wurde am 12. April 2007 Regionspolitikern in einer Sitzung des „Ausschusses für Soziales, Wohnungswesen, Gesundheit und interkulturelle Angelegenheiten“ vorgestellt. Dort erhielt ich eine wichtige Rückmeldung: Der Plan sei in seiner Vielfalt von Texten und Tabellen für Außenstehende schwierig zu lesen, es wurde der Wunsch nach einer Art „Lesehilfe“ geäußert.

In unserer Fachgruppe „Dokumentation“, die sich mit der Erstellung des Sozialpsychiatrischen Plans beschäftigt, waren wir uns einig, dass diese Kritik von außen eine hilfreiche konstruktive Rückmeldung darstellt.

Wir halten es natürlich für wichtig, dass die für den Sozialpsychiatrischen Plan jährlich mit Aufwand zusammengetragenen Daten, Interpretationen, Kommentare und Lösungsvorschläge mit den dahinter stehenden Botschaften (evtl. Handlungs- und Entscheidungsaufforderungen für Veränderungen) beim Leser gut verständlich ankommen.

Im folgenden Abschnitt versuche ich daher, dem vorliegenden Sozialpsychiatrischen Plan 2008 eine „Lesehilfe“ voranzustellen. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwende ich häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer und Frauen gemeint sind.

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

- Dieses Jahr widmet sich der Sozialpsychiatrische Plan dem Schwerpunktthema „Kinder und Jugendliche“.
- Ein Aspekt dieses Schwerpunktthemas sind die besonderen Probleme, die Kinder psychisch kranker Eltern haben. Frau Frölich und Herr Pohl erläutern aus Sicht der ambulanten Kinder- und Jugendsozialpsychiatrie, welche bedeutsamen Auswirkungen psychische Krankheit von Eltern (oder einem Elternteil) auf ein Kind und dessen weitere Entwicklung bis ins Erwachsenenalter haben kann (ab Seite 19). Es wird zudem auf Schutz- und Unterstützungsfaktoren hingewiesen. Angebote für betroffene Kinder und Jugendliche in der Region Hannover werden vorgestellt („Haus Esta“ ab Seite 22, „FaB e. V.“ ab Seite 23).
- Ein roter Faden ist das Kindeswohl. Um dessen mögliche Gefährdung zu erkennen und abzuwenden, müssen verschiedene Institutionen trägerübergreifend gut miteinander zusammenarbeiten. Es geht also immer wieder um Schnittstellenfragen. Herr Eller und Herr Pohl erkennen gelungene Kooperationen zwischen den Fachbereichen Gesundheit und Jugend (Seite 31). Aufgeführt werden eine trägerübergreifende Interventionsgruppe (ab Seite 24) und das Leitlinienpapier zur Zusammenarbeit zwischen dem Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover und dem Kommunalen Sozialdienst der Landeshauptstadt (ab Seite 26). An einem ähnlichen Leitlinienpapier arbeiten seit letztem Jahr das Team Gemeindepsychiatrie und der Fachbereich Jugend der Region Hannover. Derartige (schriftliche) Leitlinien der Zusammenarbeit sollten aus meiner Sicht auch zwischen dem Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover und den Jugendämtern der Städte Burgdorf, Laatzen, Langenhagen, Lehrte und Springe gemeinsam erarbeitet werden. Unser nächster (noch nicht erfolgter) Schritt wird eine entsprechende Kontaktaufnahme zu diesen Jugendämtern sein.
- Zur Unterstützung psychisch Kranker bei der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder gibt es z. B. in Berlin und Cuxhaven „Patenschaftsmodelle“. Dort steht minderjährigen Kindern und ihren psychisch kranken Eltern eine kontinuierliche Bezugsperson zur Verfügung, die die Erkrankten in ihrer Elternfunktion je nach Bedarf unterstützt – bis zur Aufnahme des Kindes im Haushalt des Paten während schwerer psychischer Krisen der Eltern bzw. eines Elternteils (ab Seite 27). Die Einführung eines derartigen „Patenschaftsmodells“ wird für die Landeshauptstadt angestrebt und wäre darüber hinaus für die gesamte Region Hannover fachlich notwendig (Seite 31).
- Herr Güster als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie beschäftigt sich mit Hilfen im Übergang Jugendalter/Volljährigkeit (ab Seite 15). Psychische Störungen nehmen in dieser Altersgruppe zu, die notwendige Behandlung und Förderung hält er teilweise für nicht angemessen. Die Gründe für die nicht ausreichende Versorgung werden von ihm ab Seite 15 aufgeführt. Aus seiner Sicht besteht ein Dilemma zwischen Anspruch und Wirklichkeit bei Behandlungs- und Fördermöglichkeiten. Um dem entgegenzuwirken, fordert er eine bessere Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen und Kostenträger.
- Aus Sicht von Frau Bach als Leiterin des Fachbereichs Jugend der Region Hannover stehen Dienste und Einrichtungen in ausreichendem Maße zur Verfügung, um den Hilfebedarf von seelisch behinderten Jugendlichen ohne unzumutbare Wartezeiten abzudecken (Seite 18). Frau Bach beschreibt die Ermittlung des Jugendhilfebedarfs, insbesondere auch bei



Jugendlichen im Übergang zur Volljährigkeit. Sie betont, dass die „seelische Behinderung“ als ein sozialrechtliches Konstrukt nicht ärztlich diagnostiziert werden könne, vielmehr gehe es darum, dass das Ausmaß der Störungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Fachkräften der Jugendhilfe überprüft werde – mit dem Ziel, den ggf. daraus resultierenden Hilfebedarf durch die Jugendhilfe abzudecken (Seite 18).

- Junge Erwachsene mit einer seelischen Behinderung stehen an einer Schnittstelle unterschiedlicher Hilfesysteme sowohl aus dem Jugend- als auch dem Erwachsenenbereich. Welche Eingliederungsmaßnahme ist die hilfreichste? Geht es noch um Hilfe für einen jungen Menschen, dessen psychische Probleme vorrangig aus einer Reifungsstörung resultieren, oder liegt bereits eine chronische psychische Erkrankung vor? Die fachliche Einschätzung stellt die Weichen entweder für die Weitergewährung von Leistungen der Jugendhilfe oder für den Wechsel zu Leistungen der Sozialhilfe, die sich jeweils in ihren Kosten und fachlichen Möglichkeiten unterscheiden. Aus meiner Sicht sollte bei diesen Entscheidungen den fachlichen Gründen mehr Gewicht zukommen als den finanziellen. Diese Diskussion ist in der Vergangenheit bereits innerhalb der Region Hannover zwischen den Fachbereichen Gesundheit und Jugend auf der Arbeitsebene produktiv geführt worden, Ergebnis ist die Absprache, sich vor einer Entscheidung fachlich miteinander auszutauschen (siehe auch die Stellungnahme der Fachsteuerung Hilfe Konferenzen auf Seite 19. Eine ähnliche Absprache strebt das Team Gemeindepsychiatrie dieses Jahr mit dem Fachbereich Jugend der Landeshauptstadt an. Die von uns erbetene Stellungnahme zur Sicht des Sozialhilfeträgers Region Hannover zu diesen Abgrenzungsfragen verzichtet auf inhaltliche Ausführungen und weist kurz darauf hin, wo die – auch von der Region Hannover begrüßten – gesetzlichen Regelungen zu finden sind (siehe Seite 19).
- Aus dem Blickwinkel der Psychiatrie-Erfahrenen stellt Herr Harig fest, dass eine psychische Erkrankung für sich genommen noch keinen Anlass für Jugendhilfemaßnahmen darstellt, der Hilfebedarf und die Kindeswohlgefährdung seien im Einzelfall zu klären. Den Zusammenhalt von Kindern zu ihren psychisch kranken Eltern hält er für sehr wichtig (ab Seite 10). Insgesamt sei die obige Problematik noch viel zu wenig Thema im Sozialpsychiatrischen Verbund gewesen (Seite 12). Er begrüßt die Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen dem Team Gemeindepsychiatrie und dem Kommunalen Sozialdienst in Kindeswohlfragen.
- Vonseiten der Angehörigen psychisch Kranker bekundet Frau Seelhorst, dass es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht genügend Hilfsangebote gebe (Seite 13). Eltern dürften nicht die Verantwortung im Sinne von Schuld für die Erkrankung ihres Kindes aufgebürdet bekommen. Die Angebote der Angehörigenvereinigung werden aufgeführt (Seite 13).
- Frau Seelhorst wünscht sich eine tägliche häusliche Betreuung psychisch kranker Eltern in Krankheitsphasen, wenn diese Eltern ein Kind erziehen. Das derzeitige Vorgehen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (in Abständen Hausbesuche zur Ermittlung des aktuellen Hilfebedarfs) hält sie für nicht angemessen, um Folgeschäden der Kinder, die die psychischen Krisen ihrer Eltern miterleben, abzuwenden (Seite 14). Aus meiner Sicht verhält sich der Sozialpsychiatrische Dienst entsprechend der ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgabe und der praktisch umsetzbaren Möglichkeiten (Hilfebedarfsermittlung inklusive der Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung, Empfehlung/Vermittlung von Hilfen unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts bezüglich Inanspruchnahme von Betreuung und Behandlung). Außerdem verweise ich auf die neuen Leitlinien der Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Jugendhilfe, die sowohl Kindes- als auch Elternwohl im Blick haben. Eine tägliche häusliche Behandlung wegen schwerer psychischer Krisen wäre eine Leistung nach SGB V im Sinne von „Hometreatment“ (außerstationäre intensive Behandlung zu Hause durch ein multiprofessionelles Team anstelle der ansonsten angebrachten stationären Therapie), die in der Region Hannover nicht angeboten wird (Problem der kostendeckenden Finanzierung?!).
- Zum Sachstand der Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien in der Region Hannover gibt der Sonderteil ab Seite 75 Auskunft.
- Die Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover (welche Daten werden womit erfasst?) und die Datenauswertung werden ab Seite 32 von Herrn Dr. Elgeti erläutert. Mit den erhobenen Daten überprüfen lassen sich unter anderem die Zielvereinbarungen zur Qualifikationssteigerung von Personal und zur Verbesserung der Betreuungskontinuität bei psychosekranken Männern unter 25 Jahren (zum Stand der Umsetzung berichtet Herr Schlieckau ab Seite 48).
- Ab Seite 52 berichten die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes (Fachgruppen, Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Sektor-Arbeitsgruppen, Ombudsstelle) über ihre Arbeit (Berichtsjahr von Mitte 2006 bis Mitte 2007).

## Was ist aus meiner Sicht noch im Jahr 2008 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Es stehen Änderungen im Krankenhausbereich an: Das Niedersächsische Landeskrankenhaus Wunstorf wird Anfang dieses Jahres ein Teil des Klinikums Region Hannover, außerdem wird in der MHH die Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie nach dem altersbedingten Ausscheiden von Herrn Prof. Emrich im Herbst einen neuen ärztlichen Leiter erhalten. Ich wünsche mir für beide psychiatrische Kliniken jeweils eine Leitung, die sich weiterhin für die sozialpsychiatrische Vernetzung ihrer Institution im Verbund stark macht.

Derzeit beschäftigt sich das Team Gemeindepsychiatrie damit, ab 2008 die psychiatrische Versorgung von psychisch kranken Flüchtlingen zu verbessern, die häufig erst fachärztlich gesehen oder behandelt werden, wenn die im Vorfeld unzureichend behandelte psychische Störung zu einer dramatischen Eskalation führt, die dann möglicherweise eine sofortige Einweisung zu einem längeren stationären Aufenthalt unumgänglich macht. Vom vertragsärztlichen System oder den ermächtigten Institutsambulanzen wird diese Patientengruppe in der Regel nicht erreicht (Gründe: notwendige Besuche vor Ort mit ungünstiger Kosten-Nutzen-Rechnung für den Arzt, Sprachbarrieren, Kostenklärung mit Aufwand verbunden). Als nächster Schritt wird vom Team Gemeindepsychiatrie erwogen, den drei Flüchtlingswohnheimen im Stadtgebiet Hannover eine regelmäßige fachliche Beratung ihrer Mitarbeiter und ggf. Behandlung von Bewohnern vor Ort anzubieten.

Mit der Dokumentation der „Psychiatrie-Woche 2007“ ist Ende letzten Jahres der 1. Band der „Sozialpsychiatrischen Schriften“ erschienen, herausgegeben vom Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Als 2. Band ist für 2008 eine Darstellung der momentanen Versorgungssituation psychisch kranker Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover vorgesehen.

Ab diesem Jahr hat jeder behinderte Mensch das Recht, ihm zustehende Leistungen der Eingliederungshilfe auch als „persönliches“ finanzielles Budget zu erhalten. Für diejenigen, die an der Bedarfsfeststellung und Umsetzung des „Persönlichen Budgets“ beteiligt sind, heißt das „learning by doing“. Derzeit können die konkreten Schwierigkeiten und deren Ausmaß erst erahnt werden.

Momentan läuft eine exemplarische Klage der Ärztin der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen vor dem Sozialgericht Hannover gegen die Ablehnung der beantragten Behandlungsermächtigung durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KVN). Parallel dazu wurde in der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes von Vertretern der Betroffenen, der Angehörigen und der niedergelassenen Nervenärzte gegenüber den Vertretern der KVN die Notwendigkeit einer Behandlungsermächtigung für alle Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover betont. Möglicherweise findet sich eine außergerichtliche Kompromisslösung, bei der eine „Mini-Behandlungsermächtigung“ für alle „Umland“-Beratungsstellen erteilt wird (die für eine sehr begrenzte Patientenzahl zur Verordnung von Medikamenten oder psychiatrischer Pflege auf „Kassenrezept“ berechtigt ohne Abrechnungsmöglichkeit sonstiger nennenswerter Leistungen).

Im Rahmen einer Informationsveranstaltung von Pflege-Info, Team Gemeindepsychiatrie und Caritas Forum Demenz am 27.02.2008 im Regionskrankenhaus Lehrte, die sich schwerpunktmäßig auch an niedergelassene (Haus-)Ärzte richtet, wird der Sachstand der Möglichkeiten ambulanter gerontopsychiatrischer Pflege im sozialpsychiatrischen Sektor Burgdorf dargestellt. Die intensiven ambulanten Pflegeleistungen nach SGB V, die eine stationäre Maßnahme verhindern oder hinauszögern sollen, können dort inzwischen abgerufen werden. Der ambulante Fachpflegedienst Grimm hat – unterstützt von der Region Hannover durch eine einmalige Anschubfinanzierung – mittlerweile die fachliche Qualifikation erlangt, die ihn dazu berechtigt, die entsprechenden Pflegeleistungen zu erbringen.

Diese ambulante gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur, die bereits in der Landeshauptstadt vorhanden ist, soll auf alle sozialpsychiatrischen Sektoren der Region Hannover ausgedehnt werden. Parallel zu Burgdorf laufen diese Bestrebungen bereits in den sozialpsychiatrischen Sektoren Laatzen und Langenhagen.

Am 01.10.2008 ist die Auftaktveranstaltung des „Bündnisses gegen Depression“ im Neuen Regionsgebäude in Hannover. Zum „Bündnis gegen Depression“ hat sich eine Gruppe von Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen aus der Region Hannover zusammengefunden, die in den nächsten drei Jahren durch zahlreiche Veranstaltungen Patienten und Interessierte über Erkennung und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen in verschiedenen Lebensabschnitten informieren und helfende Institutionen miteinander vernetzen möchte.

(Homepage siehe unter: [www.Buendnis-gegen-Depression-Region-Hannover.de](http://www.Buendnis-gegen-Depression-Region-Hannover.de)).

Ebenfalls im Herbst 2008 wird erneut das bundesweite psychiatrische Filmfestival „Ausnahme/Zustand“ in Hannover öffentlichkeitswirksam zur Diskussion anregen, diesmal unter dem Motto „Verrückt nach Leben“ über psychische Störungen und Förderung seelischer Gesundheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Regionale Mitveranstalter sind das Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover und das Kommunale Kino der Landeshauptstadt.

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

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

## **„Kinder psychisch kranker Eltern“ - „Hilfen für junge Menschen mit psychischen Problemen im Übergang vom Jugendalter zur Volljährigkeit“**

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

Komplexe Sichtweise im umfassenden gesellschaftlichen Kontext erforderlich

Vorab sei klargestellt, dass die Beeinträchtigung des familiären und gesellschaftlichen Systems wie die Benachteiligung wegen der Herkunft ganz unterschiedliche Ursachen haben kann. Hier wird der Fokus auf psychische Störungen gelegt. Sie betreffen beide Systeme in unterschiedlicher Weise. Sie tragen dazu bei, dass Lebenschancen von Kindern beeinträchtigt und Eltern ihren Erziehungsaufgaben nicht angemessen nachkommen können. In jedem Fall verbieten sich voreilige Vereinfachungen und Schuldzuweisungen. Ebenfalls erweist es sich als kontraproduktiv, die psychische Erkrankung nur losgelöst von ihrer familiären und gesellschaftlichen Einbindung zu betrachten. Angemessene Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und psychisch kranke Elternteile sowie ihre Kinder sind außerordentlich komplex. Sie berühren unterschiedliche Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe, des Bildungswesens und andere Bereiche. Es gibt zahlreiche Gemeinsamkeiten zwischen ihnen aber auch unterschiedliches. Einiges wird im Folgenden skizziert. Zuerst mangelt es an Informationen, Transparenz und klarer Zuständigkeit in der Hilfestellung.

Psychische Erkrankung trifft das gesamte familiäre und gesellschaftliche System. In der Familie haben psychisch kranke Kinder und Jugendliche eine besondere Bindung zu ihren Angehörigen und umgekehrt. Das gleiche gilt für Kinder und Jugendliche und ihre psychisch kranken Elternteile. Sie haben zu allererst Eltern oder Elternteile mit all ihren Schwächen und Stärken, die wie andere auch, ihre Kinder lieben und sich bemühen, ihnen gerecht zu werden. Auch die betroffenen Kinder haben eine besondere Bindung und ihrer Situation entsprechende Erwartungen, Enttäuschungen und oft sogar Schuldgefühle. Psychisch kranke Eltern leiden außerordentlich darunter ihnen nicht gerecht zu werden und schämen sich dafür. Sie leiden lebenslang. Häufig ist dies auch Ursache weiterer psychischer Erkrankungen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es, wie unverhältnismäßig oft, zu Trennungen von den Kindern kommt. Eine gemeinsame Aussprache ist dann zumeist nicht möglich. Angesichts gehäuft auftretender Trennungen dieses Personenkreises kommt es oft zu dieser Situation.

Ein Zugang zur eigenen Scham wird zusätzlich erschwert, weil psychisch krank in unserer Gesellschaft oft als gefährlich stigmatisiert und ihrer je individuellen Erscheinung beraubt wird. All zu oft kommt es gleichsam zu einem Bündnis der gesunden Umwelt, nicht zuletzt auch des gesunden Elternteils, soweit vorhanden, gegen den kranken Elternteil. Dies erschwert die Kommunikation zwischen Kind und psychisch krankem Elternteil vor, während und nach der Krankheit und die Möglichkeit angemessenen Verhaltens, wäre ein offener Umgang miteinander doch gerade jetzt von Nöten. Gerade erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern beklagen diesen Umstand. Ähnliches kann für das Verhältnis zwischen psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und ihrer Familie gelten.

Kinder als schwächstes Glied in der Kette der Stigmatisierung

Ca. 500.000 Kinder haben mindestens einen psychisch kranken Elternteil heißt es in einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie vom 17.08.2004. Sie stellten aber selten eine unmittelbare Gefahr für die Kinder dar die vielmehr auf das krankheitsbedingt geänderte Verhalten von Vater oder Mutter mit Angst und Beunruhigung reagierten.

Fachliteratur und Schilderungen Betroffener sehen als größtes Problem für Kinder wie Familie vielmehr den Umgang mit psychiatrischer Erkrankung als gesellschaftlichem Tabu mit all seinen Konsequenzen. Ohne diese bagatellisieren und eine angemessene (!) Behandlung in Frage stellen zu wollen, verweist dies darauf, dass psychiatrische Erkrankung neben der Ersterkrankung eine zweite mit sich bringt. Auch das gesamte Umfeld des psychisch kranken Menschen ist ihr ausgesetzt:

der Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Sie schafft zusätzliche Barrieren, sich zu entwickeln, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, Hilfen anzunehmen und sich zu integrieren.

Die Schaffung von Barrierefreiheit und Entstigmatisierung von unten müssen zentrale Anliegen aller gesellschaftlichen Kräfte und Hilfen sein. In dem Maße, in dem dies gelingt, kann der faktische Ausschluss psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen aus etlichen Lebensbereichen gemindert werden. So können niedrigschwelligere Angebote wie Krisenwohnungen Weglaufhäuser und Soteria auf der einen und Hilfen für die Familie, einschließlich der Kinder, auf der anderen Seite dazu beitragen, familiäre Situationen zu deeskalieren. Menschen, die bisher Hilfen abgelehnt haben, werden dazu bewogen diese anzunehmen. Der voreilige Ruf nach schnellerer Zwangseinweisung hingegen würde sich eher als kontra-produktiv erweisen.

Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Stigmatisierung wird im Grünbuch der Europäischen Kommission genauer ausgeführt. Psychische Gesundheit gilt hier gemäß Weltgesundheitsorganisation als Zustand des Wohlbefindens. In ihm kann der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten. Dann ist er imstande, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Der psychische Zustand werde durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt: biologischen, individuellen, familiären, sozialen, wirtschaftlichen und Umfeldfaktoren. Das Stigma verschlimmere das persönliche Leiden und die soziale Ausgrenzung. Dies könne den Zugang zu nahezu allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens verwehren. Die Angst, gebrandmarkt zu werden, halte Menschen davon ab, Hilfe zu suchen. Bekämpfung von Diskriminierung, Verhaltensänderungen in der Öffentlichkeit sowie bei Sozialpartnern, Behörden und Regierungen seien erforderlich. Die Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Erkrankung trifft zuvorderst auch die Kinder erkrankter Elternteile aber auch psychisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Familien. Sie sind nicht zuletzt auch in ihren schulischen Entwicklungschancen beeinträchtigt.

In dem Umfang, in dem das zuvor Gesagte Beachtung findet, werden Grundlagen geschaffen, die Lebensbedingungen der genannten Zielgruppen zu verbessern. Fragen von Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ist ein hoher Stellenwert einzuräumen. Angemessene Hilfen können nur entwickelt werden, wenn die PlanerInnen sich aktiv in die Gemeinde begeben und die Hilfen des Gemeinwesens aufnehmen. Diese müssen um das Erforderliche ergänzt werden, soll die Existenz eines ambulanten Ghettos im Sinne von Schutzraum auf das notwendige beschränkt werden. Die Richtschnur soll die Normalisierung sein. Auch Menschen mit psychiatrischen Auffälligkeiten, ihre Angehörigen und insbesondere ihre Kinder sollen nicht mehr in einer Welt für sich leben müssen, ihnen soll vielmehr über Hilfen aus einer Hand, zumindest transparent und in klarer Zuständigkeit, die Möglichkeit eröffnet werden, lebendiger Teil der Gemeinde zu werden.

Hilfen für junge Menschen mit psychischen Problemen im Übergang vom Jugendalter zur Volljährigkeit

In Konkretisierung des zuvor allgemein Ausgeführten sind bessere Vernetzung, mehr Transparenz, flexible und zeitnahe Umsetzung der Kostenübernahme erforderlich. Des Weiteren sind zusätzliche integrative Behandlungs- und Förderinstitutionen zu schaffen. Ebenso ist die finanzielle und personelle Aufstockung der Fördermittel zur Verbesserung der integrativen Versorgungsmöglichkeiten unerlässlich. Außerdem sind alternative Schulkonzepte im Regelschulsystem und pädagogisch-therapeutische Konzepte für delinquente junge Menschen, die eine seelische Problematik aufweisen, nötig. Eine weitere Bearbeitung der Thematik erfolgt in der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche und deren Familien“.

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Eltern

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien haben 52% der Kinder und Jugendlichen einen psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil. Der Großteil der jungen Menschen aber zeige keine expansive Symptomatik. Damit aber ist nur ein Teil des Problems benannt, sind doch viele Betroffene belastet aber unauffällig. In einer Stellungnahme der Kinderkommission zu Hilfen für die Kinder psychisch kranker Eltern von 2006 heißt es: „Weder in der Kinder- und Jugendhilfe noch in der Erwachsenenpsychiatrie werden die betroffenen Kinder als Angehörigengruppe ausreichend wahrgenommen. Diese Kinder brauchen aber dringend Hilfe, und zwar vorbeugende. (...) Ziel muss ein bundesweit flächendeckendes Netzwerk zum Wohle dieser Kinder sein. Besonders wichtig sind dabei Anlaufstellen, an die sich Kinder direkt wenden können.“ Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Eltern befähigt werden müssen, ihre Erziehungsaufgaben auch in Krankheitsphasen wahrzunehmen und Kinder wie Eltern ergänzende Hilfen erhalten bis hin zur Wahrnehmung des Schutzauftrags des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung. Grundlage dieser Auffassung ist das Grundgesetz. Hier heißt es in Art. 6 GG Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern. Laut Art. 3 GG aber darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Insofern sind auch die Leitlinien für eine Zusammenarbeit zwischen dem Kommunalen Sozialdienst (KSD) der Stadt Hannover und den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen zu begrüßen. Sie sind

transparent und versuchen unter Berücksichtigung des Datenschutzes, Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken Elternteile zu organisieren

Das Wissen um die psychiatrische Diagnose darf nicht dazu führen, dass die Auseinandersetzung mit dem Einzelfall gemieden und pauschal geurteilt wird. Eine psychische Erkrankung stellt für sich genommen noch keinen Anlass für Jugendhilfemaßnahmen dar. Viele psychische Störungen kommen in Schüben zum Ausdruck, ein Kind erlebt den erkrankten Elternteil nicht nur in Akutphasen, die sich auch individuell beträchtlich voneinander unterscheiden, sondern ebenso in stabilen Phasen. So können das Verhalten des erkrankten Elternteils und der Hilfebedarf völlig unterschiedlich sein. Die Frage nach der Gefährdung des Kindeswohls stellt sich daher nicht vor dem Hintergrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils als solcher. Es ist vielmehr im Einzelfall zu klären, inwieweit die Kinder durch die psychische Erkrankung belastet oder gefährdet sind und inwieweit es Chancen gibt, diese durch eine Jugendhilfemaßnahme aufzufangen.

Eine stigmatisierende Distanzierung vom kranken Elternteil mag zwar kurzfristig die Situation beruhigen, schadet aber langfristig bis ins Erwachsenenalter hinein der notwendigen Auseinandersetzung mit dem krankheitsbedingten Verhalten des Elternteils, aber auch mit seinen geliebten Anteilen. Hinzu kommt, dass ein Ansatz zur Lösung nicht allein im Umgang mit dem kranken Elternteil sondern in dem mit dem gesamten System Familie und Umfeld zu suchen ist. Damit ist auch die Frage nach Hilfen für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern aufgeworfen.

Zum Vorgehen im Sozialpsychiatrischen Verbund

Der Themenkreis nicht psychisch kranke „Kinder psychisch kranker Eltern“, hingegen fristet wie sein Pendant „psychisch kranke Eltern“ ein eher stiefmütterliches Dasein in der Diskussion innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes, obgleich er genau genommen eine Querschnittsaufgabe aller Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes sein könnte. In jedem Feld psychiatrischer Hilfen können Elternschaft und Lebenslage der Kinder von Bedeutung sein. Wird dies nicht hinreichend berücksichtigt, können psychiatrische Erkrankung, Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit und Lebenschancen der Kinder gefördert werden. Zur Sensibilisierung für dieses Thema könnte die Bildung einer ad hoc Fachgruppe erforderlich sein, die dazu beiträgt, dass sich alle Einrichtungen, auch die Psychiatrie-Erfahrenen als Individuen wie in der Selbsthilfe organisierte Menschen, stärker als bisher in die Pflicht nehmen lassen.

Im Zentrum der Überlegung stehen für uns trotz der inzwischen immer geringer werdenden Verweildauern etlicher PatientInnen, die psychiatrischen Kliniken. Hier müsste das Zusammenspiel von Kindern und Jugendlichen mit ihren psychisch kranken Elternteilen zum Thema werden. Diese Aufgabe wird bisher von den Kliniken kaum wahrgenommen. Jeder psychiatrie-erfahrene Elternteil hat sich hier aufgehalten und kann von hier aus weitere Hilfen zur Wahrnehmung seiner Erziehungsaufgaben erhalten, die weit über die psychiatrischen hinausgehen. Insofern sind die in Ansätzen bestehenden Kooperationsbeziehungen verschiedener Träger in der Region nur zu begrüßen, tragen sie doch auch zur Sensibilisierung und Transparenz bei.

Aus einer ad hoc Gruppe heraus könnten sich weitere Hilfen für „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „psychisch kranke Eltern“ heraus kristallisieren. Angedacht werden könnten präventive Einzel- und Gruppenangebote, gemeinsame stationäre Versorgung für erkrankte Elternteile und Kind, ebenso gemeinsame Wohnformen, ambulant betreutes Wohnen, Teilzeit in Rehabilitation, Werkstatt und Tagesstätte und andere Maßnahmen mehr. Der Fokus sollte neben den Hilfen für minderjährige auch auf solche für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern gelegt werden. Oft dürfte es hier darum gehen, Möglichkeiten zu schaffen, in angemessener Form in der Kindheit nicht ausgesprochenes und verarbeitetes ausdrücken zu können und ein gefestigtes Verhältnis zur Kindheit und damit auch zum psychisch kranken Elternteil zu finden.

Zu den in der Region Hannover diskutierten und teils praktizierten Angeboten seien folgende Anmerkungen gemacht:

- Das diskutierte Thema „Patenschaften“ sollte als präventives, unterstützendes, das bestehende Netzwerk von Kindern und Elternteilen fördernde Angebot in die Praxis umgesetzt werden
- Das Haus Esta bietet Kindern und Jugendlichen, deren Familien sich in akuten, androhenden oder abklingenden Krisensituationen befinden, ein Angebot und füllt damit eine Lücke.
- Die Zielsetzung des Projektes FaB e.V., eine Verbindung zwischen der klassischen Jugendhilfe und der Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern herzustellen, findet unsere Unterstützung. Dies gilt insbesondere, wenn sie beanspruchen psychisch erkrankte Menschen auch als handelnde Personen zu sehen, die Fachleute für ihre Erkrankung sind und hinsichtlich ihrer Problematik ernst genommen werden.

Es ist zu vermuten, dass die erforderlichen Hilfen, insbesondere auch für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Eltern, noch vielfältiger sind, als hier angesprochen wurde. Sie werden sich letztlich erst aus einer intensiven Beschäftigung mit möglichen Versorgungslücken und Hilfebedarfen im psychiatrischen wie darüber hinausgehenden Bereich ergeben. Auch hier ist die Richtschnur die Normalisierung und die Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben. Noch sind viele Fragen hinsichtlich Situation und adäquater Hilfen offen. Wichtig ist es auch diese Fragen zu stellen, anstatt, voreilig Antworten zu geben.

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

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

## **Die Situation der Angehörigen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Region Hannover**

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

Unter den Beistand suchenden Menschen, die sich an die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) wenden, sind auch Mütter, Väter oder auch Großeltern von minderjährigen psychisch Kranken. Eine wichtige Aufgabe der ehrenamtlich in unserer Geschäftsstelle arbeitenden Mitglieder ist die Kontaktvermittlung zu einer Angehörigengruppe.

Unsere Mitglieder in den Gruppen und Gesprächskreisen haben nicht nur viel Verständnis für die Sorgen der Eltern von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sondern auch eigene entsprechende Erfahrungen. Schwere psychische Erkrankung beginnt häufig schon in der Schulzeit oder während der Ausbildung, bzw. des Studiums.

Wenn ein Kind oder Jugendlicher psychisch erkrankt, bemerken das nicht immer zuerst die Familienmitglieder. Manchmal fallen Verhaltensveränderungen Außenstehenden eher auf als Nahestehenden. Leider ist mit dem Hinweis eines Lehrers oder Erziehers auf die besorgniserregenden Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes oder Jugendlichen selten der Hinweis auf erreichbare und kompetente Hilfe verbunden.

Auch wenn die betroffenen Eltern sich an einen Arzt oder eine psychologische Beratungsstelle wenden, wird ihnen, bzw. dem Kind oder Jugendlichen nicht immer geholfen, denn es gibt auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht genügend Hilfeangebote, die dem individuellen Bedarf der Betroffenen entsprechen.

Selten genügt es, mit den Betroffenen im neutralen Umfeld einer Beratungsstelle oder dem Sprechzimmer eines Arztes zu sprechen. Wie überall in der Psychiatrie muss die Hilfe zu Hause beginnen. Viele Familien werden einem aufsuchenden Berater gegenüber Vorbehalte haben. Deshalb wird es die erste Aufgabe des Helfers sein, die betroffenen Eltern davon zu überzeugen, dass das Kind psychiatrische und psychologische Hilfe braucht. Ziele und Wege einer Therapie müssen dann von allen gemeinsam erarbeitet werden.

Viele psychisch kranke Jugendliche und Kinder leiden zusätzlich unter der Abhängigkeit von Suchtmitteln. Oft ist schwer zu sagen, was am Anfang des Leidensweges stand: das, bzw. die Suchtmittel oder eine beginnende psychische Erkrankung.

Bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen steht die Verantwortung der Eltern ganz im Vordergrund. Sie müssen handeln. Sie müssen zustimmen. Das bedeutet nicht, dass sie auch die Verantwortung im Sinne von Schuld für die Krankheit des Kindes aufgebürdet bekommen dürfen. Viele therapeutische Maßnahmen suggerieren aber gerade dieses Gefühl bei den ohnehin schwer belasteten Angehörigen.

Die Eltern und manchmal auch die Geschwister psychisch kranker Kinder und Jugendlicher haben ein großes Bedürfnis nach Aussprache. Wir laden alle Angehörigen in unsere Gruppen ein und unterscheiden bei unseren Treffen im allgemeinen nicht nach Diagnose, familiärer Beziehung oder Alter des Erkrankten. Für die Angehörigen von kranken Kindern kann das bedeuten zu erfahren, dass sich psychische Krankheit in manchen Fällen zu einer lebensbegleitenden Aufgabe für den Kranken und dessen Angehörige entwickelt. Das sollte niemand von der Teilnahme an einem Angehörigengesprächskreis abschrecken. Der Vorteil der Eltern minderjähriger Kranker bei dieser Gruppenstruktur besteht u. a. darin, dass niemand bei Volljährigkeit des Erkrankten die Gruppe wechseln muss.

Es wird leicht vergessen, dass nicht nur die Kranken Hilfe und Beistand brauchen, auch ihre Angehörigen. Oft stellen die Gesprächskreise der Angehörigen die einzige Unterstützung für die betroffenen Eltern dar. Leider können viele Angehörige psychisch kranker Kinder oder Jugendlicher nicht an einem unserer Gesprächskreise teilnehmen, weil sie wegen der Sorge um das kranke Kind das Haus nicht verlassen können. Für diese Angehörigen wird dringend ein Besuchsdienst gebraucht, der bei dem Kranken bleibt, solange die Eltern am Angehörigentreffen teilnehmen.

Wir haben auch Mitglieder, deren psychisch kranker Sohn oder Tochter ein Kind erziehen. Die sonst übliche Freude über die Geburt eines Enkelkindes wird in diesen Fällen meistens durch die nicht unberechtigte Sorge um die Leistungsfähigkeit des Kranken als verlässlichen Erzieher getrübt. Sind die jungen Eltern – oft sind es allein erziehende Mütter – überhaupt in der Lage, verantwortungsvoll für ein Kind zu sorgen? Großeltern sollen und wollen sich nicht in die Erziehung der Enkel einmischen. Aber in einer solchen Situation sind die Eltern des Kranken häufig die einzigen verlässlichen Menschen. Auf ihnen lastet dann eine sehr große Verantwortung. Wann müssen sie eingreifen und wer unterstützt sie?

Aus Erfahrung wissen die meisten Angehörigen, dass sie sich bei einer sich anbahnenden psychiatrischen Krise an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden müssen, falls der niedergelassene Arzt nicht ins Haus kommt. Von erfahrenen Gruppenmitgliedern hören sie, dass die Mitarbeiter des Jugendamtes für das betroffene Kind zuständig sind. Es kommt also auf die enge Zusammenarbeit verschiedener Bereiche an. Das schafft Probleme.

Die meisten schweren psychischen Krankheiten verlaufen in Phasen. Während kritischer Zeiten muss es für eben beschriebene Familien einen täglichen aufsuchenden Dienst geben. Es ist nicht hinnehmbar, wenn bei einem einmaligen Hausbesuch durch Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes lediglich festgestellt wird, dass der Kranke ärztlich behandelt werden müsste, zur Zeit allerdings keine akute Gefahr vom Kranken ausgeht und folglich keine Möglichkeit besteht, diesen auch gegen seinen Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus einzuweisen.

Den Angehörigen wird dann oft (zum Trost?) gesagt, dass sie den Verlauf der Krise weiter verfolgen und sich bei einer sich abzeichnenden Eskalation wieder Bescheid geben sollen. Ein solcher Verfahrensablauf ist indiskutabel. Falls der psychisch Kranke, um den es geht, aber gleichzeitig Erzieher ist, führt so ein Verhalten des zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht nur in eine voraussehbare Krise sondern eventuell in eine Katastrophe.

Im Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) steht klar und eindeutig, dass die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, sich um die Behandlung und Therapie von hilfebedürftigen psychisch Kranken kümmern sollen. Mit einem Kontrollbesuch, der lediglich der Frage dient, ob eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgen muss (NPsychKG), ist dem Kranken in seiner Lage nicht ausreichend geholfen. Für ein vom Kranken zu versorgendes Kind kann das den Tod bedeuten. Sehr oft erleiden Kinder, die ohne ausreichenden Beistand psychische Krisen ihrer Eltern erlebt haben, lebensbegleitende psychische Beschädigungen.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

# Schwerpunktthema 2008: Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Hilfen für junge Menschen mit psychischen Problemen im Übergang vom Jugendalter zur Volljährigkeit

von Franz J. Güster (*Team Gemeindepsychiatrie*)

### 1) Die derzeitige Ausgangssituation

Es gibt eine steigende Zahl von jungen Menschen (älteren Jugendlichen und jungen Volljährigen), die psychische Problematiken aufweisen und aufgrund dessen in ihrer persönlichen, schulischen und beruflichen Entwicklung verzögert und/oder behindert sind.

So stellte das Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim, 2007 in einer Studie fest, das es zu einer Steigerung der Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter innerhalb der letzten Jahre von 14 auf 20% gekommen ist. Im Großraum Hannover als Ballungszentrum wird nach Einschätzung der Experten eine Prävalenz angenommen, die deutlich die 20%-Marke übersteigt!

In den letzten Jahren unserer sozialpsychiatrischen Betreuung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde deutlich, dass viele ältere Jugendliche und insbesondere junge Volljährige nicht oder nicht optimal den gesetzlichen Ansprüchen und Möglichkeiten entsprechend behandelt und/oder gefördert werden konnten. Entsprechende Rückmeldungen erhielten wir aus ambulant und stationär klinischen, aber auch jugendhilfflichen Versorgungsbereichen und den Schulen.

Integratives Denken als Voraussetzung für vernetztes und hocheffektives (fach-)ärztliches, (psycho-)therapeutisches und (sozial-/schul-)pädagogisches (Be-)Handeln ist leider noch keine Selbstverständlichkeit.

Diese Rückmeldungen aus den verschiedenen Hilfebereichen begründeten sich vor allem darin, dass:

- a) es immer wieder Informationslücken bzw. gar fehlendes Wissen über (auch integrative) Behandlungs- und Fördermöglichkeiten gibt,
- b) die Behandlungsmöglichkeiten in den medizinischen Einrichtungen den Erfordernissen nicht gerecht werden und die Förderung in spezialisierten Einrichtungen aller Hilfebereiche im hoch- wie niedrigschwelligem Sektor hinter den Erwartungen zurück bleibt,
- c) im Falle von Behandlungs-/Fördermöglichkeiten meist schwierige und langwierige Verhandlungen über Kostenträgerschaft geführt werden müssen, es oft Streit um die Zuständigkeiten gibt,
- d) eine unzureichende Vorbereitung und Motivationsarbeit mit den Betroffenen bezüglich vorhandener Behandlungs-/Fördermöglichkeiten stattfindet,
- e) bei schulisch-/berufintegrierenden Maßnahmen die Regelschulsysteme zum großen Teil mit integrativen Fördermaßnahmen überfordert sind.

### 2) Das Dilemma zwischen gesetzlich begründetem Anspruch und tatsächlichem Einsatz von Behandlungs-/Fördermöglichkeiten

Die gesetzlichen Ansprüche auf medizinische Versorgung, jugendhilffliche, schulisch-berufliche und behindertengerechte Förderung sind in den Sozialgesetzbüchern III, V, VIII, IX und XII verankert, darüber hinaus regelt der § 11 des NPsychKG die Hilfen für alle Personen, die sich in psychischen Problemsituationen befinden.

- a) Für die **Medizinische Behandlung** nach SGB V sind im (teil-)stationären Bereich die Kinder- und Jugendpsychiatrischen/Erwachsenenpsychiatrischen Krankenhäuser bzw. die Psychosomatisch/Psychotherapeutischen Kliniken, im ambulanten Bereich die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, Erwachsenenpsychiater, die kinder- und jugendpsychiatrischen/erwachsenenpsychiatrischen Institutsambulanzen, die Suchthilfeeinrichtungen, die Kinder- und Jugendmediziner und die Hausärzte zuständig. Hier kristallisierten sich in letzter Zeit häufig Probleme mit der (teil-)stationären Behandlung im Übergang zur Volljährigkeit heraus, die sich einerseits in fehlenden Konzepten sowohl in Jugend- wie auch Erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen begründeten, andererseits durch die problematische Finanzierung seitens der Krankenkassen (z.B. bei jungen Volljährigen in KJP-Kliniken) bedingt waren. Dann waren es die langen Wartezeiten für stationäre wie ambulante Maßnahmen, die sich demotivierend und nachteilig auf die jungen Menschen auswirkten. Aufsuchende Arbeit ist in den an der Kassenärztlichen Versorgung beteiligten Institutionen/Praxen eher die Ausnahme.



Vereinzelt kommen medizinische Reha-Maßnahmen bei Jugendlichen und jungen Volljährigen nach SGB VI über die gesetzliche Rentenversicherung der Sorgeberechtigten/Eltern zustande.  
In Niedersachsen existieren derzeit nur zwei konzeptuell dafür zugeschnittene Reha-Kliniken in Göttingen und Königslutter.

- b) Die **Jugendhilfliche Förderung** auf der Grundlage des SGB VIII obliegt den Jugendämtern (öffentliche Jugendhilfe) in Zusammenarbeit mit den freien Jugendhilfeträgern. Im Großraum Hannover sind dies die Fachbereiche Jugend der Region und der Stadt Hannover und 5 freie Jugendämter (Burgdorf, Laatzen, Langenhagen, Lehrte, Springe) und eine wachsende Zahl von freien Jugendhilfeträgern.

Als gesetzliche Grundlage für die Förderung von jungen Menschen mit psychischen Störungen ist in erster Linie der § 35a SGB VIII zu nennen, der Kindern und Jugendlichen einen Anspruch auf Eingliederungshilfe zubilligt, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Der § 41 SGB VIII stellt u. a. die Erweiterung der Anspruchsgrundlage für junge Volljährige bei Vorliegen einer seelischen Behinderung im Sinne des §35a SGB VIII dar. Danach kann Eingliederungshilfe bzw. Nachbetreuung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt werden, in begründeten Einzelfällen für einen begrenzten Zeitraum auch darüber hinaus.

Im Jugendhilfe-Bereich gibt es gute integrative Konzepte in Einrichtungen freier Trägerschaft (z. B. Tagesgruppen, therapeutische und intensiv-pädagogische Wohngruppen), allerdings gibt es aus unserer Sicht, am Bedarf gemessen, zu wenig Betreuungseinrichtungen und -plätze. Entsprechend lange sind die Wartezeiten.

In aller Regel werden aus unserer Erfahrung die Mittel hierzu bewilligt, häufig scheitern die Maßnahmen jedoch an der mangelnden Kooperation der jungen Menschen.

Die für diese jungen Menschen zu leistende Motivationsarbeit ist im gesamten Hilfenetzwerk verbesserungswürdig. Dazu müssten auch mehr niedrigschwellige Angebote wie tagesstrukturierende, freizeitpädagogische, in manchen Bereichen des Großraums Hannover auch mehr aufsuchende Maßnahmen geschaffen werden.

- c) Auch im Bereich der **Behindertenhilfe** nach SGB IX, XII kommt es besonders an den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach SGB VIII (§§35a/41) und SGB XII (§§53/54) häufig zu Benachteiligungen für die betroffenen jungen Menschen wegen bürokratisch bedingter längerer Verzögerungen der Kostenzusagen. Entweder geht es dann um die Koexistenz von geistiger und seelischer Behinderung oder es handelt sich um Übergangsbereiche von Lernbehinderung zu geistiger Behinderung oder die beteiligten Institutionen können sich bei den Hilfen für junge Volljährige nicht auf eine klare weitere Kostenübernahme einigen.

Häufig wird vergessen, dass eine geistige Behinderung eine seelische Behinderung nicht ausschließt. Es fehlen jedoch auch geeignete Behinderten-Einrichtungen, die einen kompetenten Umgang mit Grenzproblematiken bei den zu fördernden jungen Menschen beherrschen.

Es entsteht oft der Eindruck, dass sich die unterschiedlichen Hilfe-Bereiche durch gegenseitige „Ausschluss-Kriterien“ von einander abgrenzen, als vielmehr eine regelmäßige und persönliche Kommunikation zu betreiben und integrativ zu arbeiten.

Insofern mangelt es auch hierzulande an Mischfinanzierungskonzepten, die in anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen seit vielen Jahren durchgängig praktiziert werden.

- d) Im **Team Gemeindepsychiatrie** der Region Hannover, das auf der Grundlage des §11 des NPsychKG seine Hilfen anbietet, wird derzeit an einer Verbesserung der Schnittstellen-Problematik: Kinder und Jugendliche – Erwachsene gearbeitet. Hier erweist sich in erster Linie die ärztliche Schweigepflicht als Barriere, aber auch der Mangel an detaillierten Kenntnissen der integrativen Behandlungs-/Fördermöglichkeiten kann zu Benachteiligungen der psychisch kranken jungen Menschen an der Grenze zur Volljährigkeit führen.

- e) Ältere Jugendliche und junge Volljährige mit seelischen Störungen werden durch das **Regelschulsystem** nicht mehr erfasst, sie haben häufig keinen Schulabschluss, da die Schulen schon zu Zeiten der Schulpflicht der Betroffenen mit dem Einsatz von integrativen Maßnahmen überfordert waren. Ein gutes Beispiel dafür ist die Tatsache, dass schulvermeidendes Verhalten, wie wir erfahren haben, ohne Ansehung von Gründen mit der Note 6 in den betreffenden Prüfungsfächern bewertet wird. Dementsprechend sehen dann auch die Abgangszeugnisse der Betroffenen aus, obwohl sie häufig von ihrem intellektuellen Leistungsstand her durchaus zu allen Schulabschlussformen in der Lage wären.

Glücklicherweise gibt es inzwischen eine Reihe von **alternativen und integrativen Schulkonzepten** wie beispielsweise Stephansstift Hannover, Pestalozzi-Stiftung Burgwedel, Glashütte, Werkstattschule, die gerade junge Menschen mit seelischen Störungen im Übergang zur Volljährigkeit erreichen und ihnen durch situationsadäquate Förderung einen nachträglichen Schulabschluss ermöglichen. Der derzeitige Förderbedarf wird jedoch von diesen ortsnahen Hilfeträgern bei weitem nicht gedeckt. Bei den Berufsbildenden Schulen sind vereinzelt integrative Hilfe-Konzepte erkennbar.

- f) Auch im Bereich der **berufsbildenden Fördermaßnahmen** für ältere Jugendliche und junge Volljährige mit psychischen Störungen sind integrative Ansätze der Förderung vorhanden. Hierfür ist in erster Linie die Bundesagentur für Arbeit zuständig, die auf der Grundlage des SGB III (Arbeitsförderung) und IX (Rehabilitation) junge Menschen mit seelischer Behinderung im Sinne des § 35a SGB VIII bzw. §§ 1ff SGB IX Hilfen anbietet. Dabei arbeitet sie auch mit freien Schul- und Jugendhilfeträgern zusammen, so dass hier Mischfinanzierungskonzepte erstellt werden konnten. An diesen Fördermaßnahmen sind der ärztliche und psychologische Dienst der Bundesagentur für Arbeit, die FAA, die IRSA und freie Träger wie z. B. ProBeruf, Pestalozzi-Stiftung, Stephansstift, Werkstattschule beteiligt, so dass berufsvorbereitende Maßnahmen und auch beispielsweise überbetriebliche Ausbildungen ermöglicht werden. Ferner sind in geschütztem Rahmen Ausbildungsmaßnahmen in Berufsbildungszentren möglich. Diese Fördermöglichkeiten sind jedoch nur wenigen im Hilfesystem Beteiligten bekannt. Außerdem sind die Arbeitsagenturen angesichts der „Flut von Hilfebedürftigen“ personell derzeit stark ausgelastet, so dass die Wartezeiten dementsprechend lang werden.
- g) Besonders die jungen Menschen in **Migrantenfamilien** sind in mehrfacher Hinsicht benachteiligt. Häufig gibt es traumatische Kindheitserlebnisse, scheitert bei der Einwanderung schon eine psychosoziale Integration und ist die schulische Förderung dadurch stark behindert. Seelischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in späteren Entwicklungsphasen sind zwangsläufige Folgeerscheinungen. Viele der Migrantenkinder müssen jahrelang mit ihren Eltern um eine Abschiebung bangen, falls deren Asylantrag abgelehnt wurde und nur noch dreimonatige Duldungen ausgesprochen werden. Besonders kritisch wird es dann, wenn diese Kinder die Volljährigkeit erhalten und, obwohl in Deutschland geboren, direkt von der Abschiebung bedroht sind. Für diese jungen Menschen gibt es trotz der auch für sie geltenden Rechtsansprüche noch zu wenig geeignete Behandlungs- und Förderangebote.
- h) In jüngster Vergangenheit häufen sich die Fälle von **psychisch gestörten und delinquenten Jugendlichen** an der Grenze zur Volljährigkeit, für die kaum adäquate Behandlungs-/Fördermaßnahmen zur Verfügung stehen.

### 3) Wie können die Hilfen für Jugendliche und junge Volljährige mit psychischen Problemen effektiver umgesetzt und verbessert werden?

Aus den vorgenannten Beschreibungen des Ist-Zustandes der einzelnen Hilfe-Bereiche ergeben sich Veränderungs-/Verbesserungsperspektiven auf verschiedenen Handlungsebenen:

- a) Es ist eine bessere Vernetzung von Informationen und mehr Transparenz der vorhandenen und bewährten Behandlungs-/Fördermöglichkeiten anzustreben. Das bedeutet aber auch, dass in den unterschiedlichen Institutionen und Kostenträgern Bereitschaft zum regelmäßigen Austausch und zur Integration verschiedener Hilfesysteme selbstverständlich wird.
- b) Zum Wohle der Betroffenen sind zeitnahe Entscheidungen, eine bessere Nutzung und flexiblere Umsetzung der Kostenübernahmen durch die gesetzlichen Träger unerlässlich.
- c) Die Schaffung weiterer integrativer Behandlungs-/Fördereinrichtungen angesichts des steigenden Bedarfs ist dringend erforderlich, eine Optimierung der Konzepte von vorhandenen Einrichtungen wünschenswert.
- d) Politische Gremien müssen angesichts eines erhöhten Bedarfs sensibilisiert werden bezüglich einer finanziellen und personellen Aufstockung der Fördermittel, um eine Verbesserung der integrativen Versorgung zu erreichen. Dies bezieht sich auch auf alternative Schulkonzepte im Regelschulsystem und pädagogisch-therapeutische Konzepte für delinquente junge Menschen, die eine seelische Problematik aufweisen.

Hier gibt es noch viel zu tun!

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

Franz J. Güster · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien · Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Franz.Guester@region-hannover.de

## Die Betreuung von Jugendlichen, die seelisch behindert oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind

von Alisa Bach (*Leiterin Fachbereich Jugend der Region Hannover*)

Im Fachbereich Jugend kümmern sich 3 sozialpädagogische Fachkräfte (eine Vollzeit-, zwei Teilzeit-Fachkräfte) um junge Menschen mit seelischen Behinderungen im Sinne eines qualifizierten und spezialisierten Case-Managements. Ihnen obliegen die Aufgaben der Beratung von Eltern und jungen Menschen auf der Grundlage medizinischer Gutachten, die Feststellung, ob eine seelische Behinderung vorliegt oder eine Abklärung und Abstimmung des Hilfebedarfs, die Auswahl geeigneter Einrichtungen und Dienste und die weitere Begleitung des Verlaufs einer Leistung.

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit dieser Fachstelle ist § 35 a SGB VIII. Von den verschiedenen beteiligten Professionen, insbesondere den Medizinern auf der einen und den sozialpädagogischen Fachkräften der Jugendhilfe auf der anderen Seite ist ein hohes Maß an wechselseitiger Kooperationsbereitschaft und Akzeptanz der jeweiligen spezifischen Kompetenz erforderlich, sieht doch § 35 a SGB VIII ein mehrstufiges, komplexes Verfahren zur Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung sowie zur Auswahl einer geeigneten und erforderlichen Leistung der Jugendhilfe vor.

Beide Professionen müssen anerkennen, dass es sich bei dem Begriff der „seelischen Behinderung“ nicht um einen medizinischen Begriff handelt, sodass es nicht möglich ist, vonseiten der Medizin eine „seelische Behinderung“ professionell zu diagnostizieren. Aufgabe der Ärzte im Verfahren nach § 35 a SGB VIII ist vielmehr, eine seelische Störung nach der international anerkannten Klassifikation ICD-10 festzustellen und dabei die Kriterien für eine solche Störung in einer auch für nichtmedizinische Fachkräfte verständlichen Sprache darzulegen und deren Vorliegen zu bestätigen. Es ist jedoch nicht Aufgabe der Ärzte, die (drohende) seelische Behinderung festzustellen, geschweige denn eine Jugendhilfeleistung quasi zu verschreiben.

Der Begriff der „seelischen Behinderung“ ist ein sozialrechtliches Konstrukt, dessen einzelne Tatbestandsmerkmale von den Fachkräften der Jugendhilfe auf der Grundlage einer medizinischen Diagnostik überprüft werden. Dabei geht es um eine etwaige Störung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die nachhaltig und die kausal auf die medizinisch diagnostizierte seelische Störung/Krankheit rückführbar sein muss, aber nicht mit dieser identisch ist. Schließlich ist es Aufgabe der Jugendhilfe, den erforderlichen und geeigneten Hilfebedarf festzustellen und abzudecken. Aus Sicht des Fachbereichs Jugend der Region Hannover stehen Dienste und Einrichtungen in ausreichendem Maße zur Verfügung, um den Hilfebedarf ohne unzumutbare Wartezeiten zu decken.

In das Verfahren der Hilfeplanung können externe Fachkräfte, insbesondere Mediziner, aber auch Lehrer und sonstige Therapeuten einbezogen werden.

Die Fachkräfte der Region Hannover, die seelisch behinderte junge Menschen betreuen, arbeiten eng mit zahlreichen Partnern zusammen: mit den Kliniken, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, den Familien- und Erziehungsberatungsstellen, den niedergelassenen Ärzten und mit Schulen und Kindertagesstätten. Diese Zusammenarbeit kann noch vertieft und effektiver gestaltet werden. Sie wird umso besser zum Wohle der Klienten ohne Reibungsverluste funktionieren, je besser die Akzeptanz der jeweiligen Fach- und rechtlichen Entscheidungskompetenz ausgeprägt sein wird.

Hinsichtlich der Jugendlichen im Übergang zur Volljährigkeit bemüht sich der Fachbereich Jugend um eine frühzeitige Abklärung der Perspektiven: zunächst geschieht dies im Rahmen der regulären Hilfeplanung. Die schulische Laufbahn und Berufschancen sind regelmäßig Themen der Hilfeplangespräche zwischen Jugendhilfe, Einrichtung oder Dienst und Personensorgeberechtigten. Ziele der schulischen Ausbildung und beruflichen Integration werden zwischen dem Fachbereich Jugend und den Leistungsanbietern verbindlich vereinbart. Mindestens ein halbes Jahr vor Volljährigkeit findet ein Hilfeplangespräch zur Abklärung der Perspektiven nach Volljährigkeit statt. Zeichnet sich ab, dass ein weitergehender Hilfebedarf noch über den voraussichtlichen Abschluss einer Therapie oder Ausbildung gegeben sein wird und steht in Frage, ob und wann der junge Mensch in ein selbständiges Leben entlassen werden kann, wird unter Beteiligung des Fachbereichs Soziales nach einer Betreuungsmöglichkeit gesucht, die den Hilfebedarf des jungen Menschen auch langfristig decken kann, ohne ihn fortlaufend mit immer jünger werdenden Hausgenossen oder -genossinnen zu konfrontieren. In den meisten Fällen gelingt ein solch gleitender Übergang von der Jugendhilfe in die Sozialhilfe auf der Grundlage einer eingespielten Kooperation der Beteiligten. Vorrangiges Ziel der Jugendhilfe ist es jedoch, die „Teilhabebeeinträchtigung“ aufgrund einer seelischen Krankheit soweit abzumildern oder zu beseitigen, dass die jungen Menschen nach Beendigung der Jugendhilfeleistung – im Regelfall mit Vollendung des 21. Lebensjahres oder für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus –, gegebenenfalls mit ambulanter, aufsuchender Betreuung, ein selbständiges und sozial akzeptiertes Leben führen können.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Alisa Bach · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · Alisa.Bach@region-hannover.de

## Hilfen für junge Menschen mit psychischen Problemen im Übergang zur Volljährigkeit; hier: seelische Behinderung nach SGB VIII versus seelische Behinderung nach SGB XII

von Axel Hogh (*Fachbereich Soziales*)

Nach hiesiger Auffassung sind Abgrenzungsfragen zum Schutz der Leistungs-berechtigten zwischen den Leistungsträgern abzustimmen. Dieser Wille des Gesetzgebers dokumentiert sich durch die normierten Kostenerstattungsregelungen beispielsweise gem. § 14 SGB IX und die Leistungspflicht des zuerst angegangenen Trägers gem. § 43 Abs. 1 SGB I. Gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 6 c bzw. 7 DVO Nds. AG SGB XII sind Kostenerstattungsverfahren mit niedersächsischen Trägern der Jugendhilfe in der Zuständigkeit des Nds. Landesamtes für Soziales, Jugend u. Familie. Die Region Hannover hat diese gesetzliche Zuständigkeitsregelung ausdrücklich begrüßt.

### Adresse des Verfassers:

Axel Hogh · Region Hannover · Fachbereich Soziales · Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover ·  
E-Mail: Axel.Hogh@region-hannover.de

## Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Erwachsene nach SGB VIII bzw. nach SGB XII

### Sachstand zur Schnittstellenproblematik

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

Anhand verschiedener Einzelfälle ist in der Vergangenheit deutlich geworden, dass es einen Regelungsbedarf bzgl. der Gestaltung der Übergänge von einer Hilfeart in die andere gibt, um das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung übergreifend sicher zu stellen.

Bezogen auf die Kooperation mit dem zuständigen Fachteam bei der **Region Hannover** gibt es daher diesbezüglich seit einiger Zeit informelle Absprachen, die darauf zielen, eine dem jeweiligen Einzelfall fachlich angemessene Hilfeplanung, unter Nutzung beider Sichtweisen und Kompetenzen, zu erreichen.

Eine schriftliche Fixierung dieser Übereinkunft steht noch aus und soll in nächster Zeit erarbeitet werden (Arbeitstermin vereinbart).

Die Gestaltung von Übergängen aus dem Leistungskatalog des SGB VIII in den des SGB XII haben sich, bezogen auf seelisch behinderte junge Erwachsene, die in der **Landeshauptstadt Hannover** wohnen, demgegenüber in letzter Zeit zunehmend kompliziert dargestellt.

Es gab eine Reihe von schwierigen Einzelfällen, bei denen die Vorgehensweise der zuständigen Stellen bei der LHH allenfalls formal (regelhafte Übergänge trotz laufender Jugendhilfe-Maßnahmen bei Erreichen des 21. Lebensjahres, auch kurz vor Schulabschlüssen etc.), keinesfalls jedoch inhaltlich nachvollziehbar erschien.

Auf Initiative des Teams Gemeindepsychiatrie soll es daher demnächst einen ersten gemeinsamen Termin mit zuständigen Vertretern der LHH im April 2008 geben, um eine (aus Sicht von 53.10 notwendige) Regelung zu erreichen, die eine fachliche Kooperation im Einzelfall ermöglicht.

### Anschrift der Verfasserinnen:

Irene Röber · Therese Schäfer · Region Hannover · Team Gemeindepsychiatrie - Fachsteuerung Hilfekonferenzen -  
Weinstr. 2 · 30171 Hannover · E-Mail: Irene.Roeber@region-hannover.de · E-Mail: Therese.Schaefer@region-hannover.de

## Kinder psychisch kranker Eltern

### Einführung in die Thematik

von Julia Frölich und Stefan Pohl (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist in Deutschland und der Region Hannover in den letzten zehn Jahren zunehmend in den Blickpunkt der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gerückt. Psychische

Erkrankungen haben je nach Schweregrad oftmals sehr weitreichende und meistens negative Auswirkungen auf die Lebenswelt der Betroffenen.

Psychisch erkrankte Eltern haben neben der Verantwortung für sich selbst zusätzlich die Erziehungsverantwortung, die in Phasen der psychischen Krise oftmals zu einer enormen Belastung und teilweise chronischen Überforderung führen kann. In den Krisenzeiten kommen auch kompetente Eltern schnell an ihre Belastungsgrenzen. Nach einer Studie von Matthejat/Remschmidt (1994) leben in Deutschland ca. 500 000 Kinder, bei denen ein Elternteil an einer Schizophrenie oder schweren Depression erkrankt ist. Hinzu kommt die fünffache Zahl von suchtmittelabhängigen Eltern mit Kindern.

Bezogen auf die kindliche Lebens- und Erfahrungswelt bewirkt eine psychische Erkrankung von Mutter, Vater oder gar bei den Elternteilen eines Kindes ein hohes Maß an Belastungen und einschneidenden Konsequenzen. Beispielsweise kann sich der erkrankte Elternteil häufig nicht mehr zuverlässig um die grundlegende Versorgung des Kindes und die Organisation des Familienlebens kümmern, er ist emotional nicht mehr für das Kind erreichbar, sein Verhalten und seine Worte können befremdlich und unverständlich wirken. Oftmals kann das Verhalten des erkrankten Elternteils durch massive Grenzüberschreitungen auch beängstigende bis bedrohliche Dimensionen für das Kind annehmen. Zudem können viele Kinder das krankhafte Verhalten des Elternteils nicht als krankhaft einstufen, wodurch Realitätsverzerrungen in der Wahrnehmung der Kinder entstehen können. Im Falle seelischer und körperlicher Misshandlungen kommt es in der Regel zu Traumatisierungen des Kindes.

Bei aller Unterschiedlichkeit der Einzelfälle ergeben sich für die Kinder dennoch typische und häufige Probleminhalte als Auswirkung der elterlichen Erkrankung. Matthejat (1996) unterscheidet zwischen unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen, die Kinder aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung zu erleiden haben. Zu den unmittelbaren Problemen der Kinder zählen beispielsweise Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierung und Isolierung. Da sich die elterliche Erkrankung in der Regel auch auf die soziale Situation der Familie auswirkt, entstehen weitere Folgeprobleme für das Kind wie Betreuungsdefizite, Parentifizierung des Kindes, Zusatzbelastungen, Loyalitätskonflikte und Abwertungserlebnisse. Diese unmittelbaren und mittelbaren Probleme hängen eng miteinander zusammen, bedingen und verstärken sich wechselseitig.

Eine Desorientierung des Kindes ergibt sich einerseits daraus, dass unter dem Eindruck und Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung die familiären Strukturen und Regeln zunehmend an Geltung und Bedeutung verlieren, d.h. auch der dadurch gegebene Halt und die Orientierung für das Kind gehen verloren. Durch wiederholte Trennungen und Verlusterlebnisse leiden diese Kinder zudem häufig unter Verlustängsten, hinzu kommen Ängste vor finanzieller Not der Familie, die Angst vor eigener Erkrankung, usw ...

Darüber hinaus ergibt sich eine Desorientierung des Kindes v. a. auch daraus, dass das Verhalten des psychisch erkrankten Elternteils nicht mehr nachvollziehbar und somit völlig unverständlich ist. Gleichzeitig wird das Kind sehr häufig nicht über die Ursachen dieses Verhaltens kindgerecht aufgeklärt, zumal den Erwachsenen im Umfeld des Kindes in der Regel selbst die Worte fehlen, um das krankhafte Verhalten des betroffenen Elternteils zu erklären. Kinder neigen jedoch dazu, das elterliche Verhalten in Beziehung zu ihrem eigenen zu setzen, d.h. sie schreiben sich selbst die ursächliche Verantwortung für das elterliche Verhalten zu. Daraus folgt, dass Kinder psychisch kranker Eltern sehr häufig unter starken Schuldgefühlen leiden. Zum Beispiel können sie sich schuldig an der Depression der Mutter fühlen, weil sie befürchten, der Mutter nicht genug im Haushalt geholfen zu haben usw.

Ein zusätzliches und folgenschweres Problem für Kinder als auch die Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung ist die Tatsache, dass bezüglich psychischer Erkrankungen nach wie vor ein gesellschaftliches Tabu besteht. Dadurch wird dem Kind häufig von der eigenen Familie ein Schweigegebot auferlegt. Wagt ein Kind dennoch den Schritt, die elterliche psychische Erkrankung außerhalb der Familie auch nur ansatzweise mitzuteilen, gerät es häufig in schwerwiegende Loyalitätskonflikte und weitere Schuldgefühle dem betroffenen Elternteil gegenüber. Zusätzlich fühlt es häufig selbst Scham bezüglich der psychischen Erkrankung des Elternteils, z.B. weil es deswegen von anderen Kindern gehänselt, ausgegrenzt und abgewertet wird. Dieser Konflikt führt in der Regel dazu, dass das Schweigegebot von den betroffenen Kindern eingehalten wird, so dass das Aufsuchen von unterstützenden Personen im sozialen Umfeld geradezu unmöglich wird. Isolation und Überforderung des Kindes wie der Familie sind die Konsequenz. Je weniger unter dieser Belastung ein Helfernetz aufgebaut werden kann, desto massiver wird das Kind in die Parentifizierung (>Rollenumkehr zwischen Elternteil und Kind) gedrängt – es kann nicht mehr Kind sein, es gibt keinen Raum mehr für eigene Bedürfnisse und Gefühle, eigene notwendige Entwicklungsaufgaben können nicht bewältigt werden, alles dreht sich nur noch um den erkrankten Elternteil, für den nun das Kind verantwortungsvoll sorgt. Hinzu kommen häufig die Versorgung von Geschwistern und die Erledigung des Haushalts. Denn oftmals ist der ggf. vorhandene gesunde Elternteil selbst überfordert, die ganze Last allein zu tragen. Häufig lernen diese Kinder von früh auf, eigene Bedürfnisse gar nicht mehr zu spüren, um nicht dauerhaft in Konflikt mit der eigenen Bedürftigkeit zu stehen und um somit besser „funktionieren“ zu können. So fallen Kinder psychisch kranker Eltern nicht zwangsläufig auf, sondern können sich sehr angepasst und strebsam zeigen. Doch das heißt nicht, dass diese Kinder tatsächlich nicht mehr bedürftig sind. In der Regel nimmt das vernachlässigte Kind seine aus der Kindheit stammende und nicht befriedigte Bedürftigkeit sowie unbewältigte Entwicklungsaufgaben mit ins Erwachsenenalter, wo sich teilweise erst Jahre später die eigene Problematik durch z.B. Ängste, Beziehungsstörungen, Zwänge bis hin zu eigener psychischer Erkrankung massiv zeigt.

Wie belastend sich die psychische Erkrankung eines Elternteils auf ein Kind auswirkt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu zählen z.B. Krankheitsart, -grad und -dauer des betroffenen Elternteils, Beziehungsqualität zwischen betroffenem Elternteil und Kind, Vorhandensein zuverlässiger Bezugspersonen bzw. eines Helfernetzes, kompensatorische Wirkung des gesunden Elternteils, Alter und Entwicklungsphase des Kindes, Vorhandensein von Bewältigungsstrategien und Ressourcen des Kindes im Umgang mit der belastenden Lebenssituation u. a.. Eine psychische Störung der Mutter, die in der Regel die primäre Bezugsperson für das Kind ist, wirkt sich unter dem Bindungsaspekt meist negativer auf die Kinder aus als eine Erkrankung des Vaters – insbesondere dann, wenn die Kinder noch klein sind. Unter diesem Gesichtspunkt ist besonders alarmierend, dass es offenbar tatsächlich mehr Kinder gibt, deren Mutter psychisch erkrankt ist als Kinder mit einem psychisch kranken Vater. Dies lässt sich daraus ableiten, dass in psychiatrischen Kliniken bei einer insgesamt prozentualen Gleichverteilung der Geschlechter festgestellt wurde, dass von den Patienten mit Kindern 70% Frauen sind und lediglich 30% Männer. Auch eine durch die Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart durchgeführte Befragung mit den Klienten ergab eine entsprechende Verteilung von 80% psychisch erkrankten Müttern im Gegensatz zu weniger als 20% erkrankten Vätern (vgl. Beeck, 2005, S.14).

Um Kinder psychisch kranker Eltern unterstützen und stärken zu können, dienen die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung (>Resilienz: Erfolgreicher Umgang mit belastenden Lebensumständen) als wertvolle Richtungsweiser. Demnach lassen sich verschiedene personale und soziale Faktoren nennen, durch welche häufig Resilienzprozesse bewirkt werden können, d.h. die Widerstandskraft von Kindern bzw. Jugendlichen unter belastenden Lebensbedingungen gestärkt werden kann. Diese positiven personalen und sozialen Faktoren gelten somit als Ressourcen oder auch Schutzfaktoren. Die aktive Rolle des Kindes spielt hierbei grundsätzlich eine wichtige Rolle. Beispielsweise ist ein Kind aufgrund eigener personaler Ressourcen wie Problemlösefähigkeiten und Selbstvertrauen in der Lage, sich hilfesuchend an seine soziale Umwelt zu wenden. Wenn ihm dann z.B. fürsorgliche und verantwortungsbewusste Verwandte oder andere Ansprechpersonen unterstützend zur Seite stehen, so steht dem Kind hier auch eine soziale Ressource zur Verfügung.

Der stärkste personale Schutzfaktor ist ein sicheres Bindungsmuster. Zu weiteren wichtigen personalen Schutzfaktoren, die im Einzelkontakt oder in Gruppenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen gefördert werden können, zählen z.B. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Problemlösefähigkeiten, Konfliktlösestrategien, ein positives Selbstkonzept, ein hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, die Fähigkeit zur Selbstregulation und eine realistische internale Kontrollüberzeugung, d.h. der Glaube daran, auf das eigene Leben Einfluss bzw. Kontrolle ausüben zu können. Dabei ist jedoch entscheidend einschätzen zu können, wann etwas außerhalb der eigenen Kontrolle und Beeinflussbarkeit liegt – wie z.B. elterliche Erkrankungen. Auch die Fähigkeit realistischer Ursachenzuschreibung ist von wesentlicher Bedeutung, da Kinder sich häufig übermäßig für negative Ereignisse ursächlich verantwortlich fühlen, welche tatsächlich jedoch in der Verantwortung der Erwachsenen liegen. Eine realistische Einschätzung der Ursachen schützt dementsprechend vor z. B. tiefgreifenden Schuldgefühlen, Selbstzweifeln und Resignation. Hier setzt auch Information an. Ein weiterer personaler Schutzfaktor ist die Fähigkeit, in belastenden Lebenssituationen aktive und flexible Bewältigungsstrategien effektiv einsetzen zu können, das heißt z. B. soziale Unterstützung zu mobilisieren. Des Weiteren zählen zu den personalen Schutzfaktoren eine optimistische und zuversichtliche Lebenseinstellung, eine hohe Sozialkompetenz, Kooperations- und Kontaktfähigkeit u.a..

Die sozialen Schutzfaktoren beziehen sich sowohl auf das nahe familiäre als auch das weitere soziale Umfeld des Kindes. Diese Faktoren lassen sich nicht direkt in der Arbeit mit dem Kind fördern, sondern indem die betroffenen Eltern durch Beratung und Information in Unterstützungsangebote einbezogen und ein stützendes Helfernetz für das Kind bzw. die ganze Familie aufgebaut wird.

Als wesentlicher sozialer Schutzfaktor für das Kind erweist sich innerhalb der Familie die Erfahrung für das Kind wenigstens einer verfügbaren Bezugsperson. Auch enge Geschwisterbindungen, stabile Freundschaften bzw. Zugehörigkeit zu Peer-groups und ein Unterstützung bietendes familiäres Netzwerk aus Verwandten und Freunden stellen wesentliche soziale Ressourcen dar. Zusätzlich förderlich ist die innerfamiliäre Erfahrung eines stabilen Zusammenhalts, konstruktiver Kommunikationsmuster und einer harmonischen Elternbeziehung. Förderlich ist es zudem, wenn offen über Gefühle gesprochen und Konflikte thematisiert werden und wenn die Kinder bzw. Jugendlichen an wichtigen Entscheidungen beteiligt werden. Im weiteren sozialen Umfeld ergeben sich soziale Ressourcen durch das bereits erwähnte Netzwerk an unterstützenden Personen durch z.B. Nachbarn, Lehrer und Erzieherinnen. Diese können als Vorbilder oder positive Rollenmodelle dienen, dem Kind Wertschätzung entgegenbringen, es in Schule bzw. im Kindergarten fördern, bei z.B. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und Jugendlichen den Kontakt mit den Eltern suchen und (kommunale) Unterstützungsangebote vermitteln.

Aus diesen zahlreichen Schutzfaktoren lassen sich vielfältige Förderansätze für Kinder psychisch kranker Eltern ableiten. Viele Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln unter dem Druck ihrer belastenden Situation zwar kreative „Überlebensstrategien“ und zeigen ein hohes Maß an emotionaler und sozialer Kompetenz. Dennoch erhalten diese Kinder neben der erblichen Vorbelastung keine günstigen Voraussetzungen für eine langfristig gesunde Entwicklung bis ins Erwachsenenalter. Um der Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen und Störungen begegnen zu können, sind Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern dringend notwendig.

### **Literatur:**

**Beek, Katja:** Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. Berlin: Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern, 2004; **Brisch, Karl-Heinz:** Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 6.Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2005; **Lenz, Albert:** Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 2005; **Mattejat, Fritz:** Kinder mit psychisch kranken Eltern – eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.). Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996, S. 9-34; **Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate** (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1998; **Remschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz:** Kinder psychotischer Eltern. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 1994; **Schone, Reinhold; Wagenblaus, Sabine:** Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum, 2002; **Wustmann, Corina:** Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz, 2004

### **Anschrift der Verfasser:**

Julia Frölich · Stefan Pohl · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien · Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: beratungsstelle.kjp@region-hannover.de

## **Vorstellung von zwei Angeboten für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Angehörigen in der Region Hannover**

Hierbei handelt es sich um die bisher einzigen spezifischen Angebote für die betreffende Zielgruppe in der Region Hannover

### **Haus Esta**

vom Team Haus Esta

Haus Esta ist eine neu gegründete Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung in Dedensen bei Seelze in der Region Hannover. Eine gute Verkehrsanbindung ist gewährleistet. Der Trägerverein hat seinen Vereinssitz in Hannover.

Haus Esta stellt 5 Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche zur Verfügung, deren Familien sich in akuten, androhenden oder abklingenden Krisensituationen befinden. Wir bieten eine kurz- bis mittelfristige Unterbringung von Mädchen und Jungen, um einer dauerhaften Fremdunterbringung entgegenwirken zu können.

Dabei geht es uns um eine schnelle Deeskalation der Situation und um die Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen. Wir bieten eine flexible Unterbringungsmöglichkeit mit der Option, bei weiteren Krisen in der Familie die Kinder u. Jugendlichen immer wieder aufnehmen zu können.

Wir nehmen z.B. folgende Kinder und Jugendliche auf:

- deren Kindeswohl gefährdet ist, wenn sie während der Krisensituation in der Familie verbleiben;
- die durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern ebenfalls von psychischer Erkrankung bedroht oder bereits betroffen sind;
- die in Familien leben, in denen die Krisenzeiten zyklisch verlaufen und die die Einrichtung dementsprechend periodisch aufsuchen können;
- deren gesamtes Familiensystem einen Impuls bekommen soll. Z.B. bei Familien, die sich als so genannte Problemfamilien bei der Jugendhilfe herauskristalisieren, kann sich eine kurzfristige Fremdunterbringung der Kinder mit gleichzeitigem konstruktiven Kontakt zur Restfamilie als positiv auswirken;
- die auf einen Platz in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie warten;
- die nach dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf einen geeigneten Unterbringungsplatz warten müssen oder deren Rückführung begleitet werden muss;
- die eine intensive Betreuung für eine kurze Zeit benötigen.

Die Aufenthaltsdauer kann 3 Tage bis 36 Monate betragen.

Unser Ziel ist die emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen, damit sie befähigt werden, ihre emotionalen und kognitiven Möglichkeiten auszuschöpfen.

Wir bieten eine zeitnahe und individuelle Betreuung und Unterstützung in einer kleinen, familienähnlichen Gruppe, die den Kindern Geborgenheit und Halt vermittelt und so zu ihrer Stabilisierung beiträgt. Während des Aufenthaltes haben die Kinder die Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen und über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen. Dabei kann der begleitete Austausch mit Gleichbetroffenen die Kinder darin unterstützen, ihre Erfahrungen zu verarbeiten. Die relativ kleine

Gruppe bietet die Möglichkeit zu einem guten individuellen Beziehungsaufbau. Die Umsetzung dieser Konzeption auf einem Bauernhof mit Tieren und ausreichend Platz spricht die Kinder dabei in besonderem Maße an und kann zur Förderung der Lebensfreude beitragen.

**Anschrift der Verfasser:**

Haus Esta · Altes Dorf 9 · 30926 Seelze · E-Mail: info@esta-ev.de

## **Der Jugendhilfeträger „Fachgesellschaft für ambulante Betreuungen e.V.“ (FaB)**

vom Team FaB e.V.

Der Jugendhilfeträger „Fachgesellschaft für ambulante Betreuungen e.V.“ (FaB e.V.) wurde 2004 von SozialpädagogInnen aus verschiedenen Fachdisziplinen gegründet. Die Gründungsmitglieder teilten die Erfahrung, dass es für die besondere Zielgruppe der Kinder von psychisch erkrankten Eltern kein adäquates Hilfsangebot gab. Eine Verbindung herzustellen zwischen der klassischen Jugendhilfe und der Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern, war und ist die Zielsetzung des Vereins. Psychisch erkrankte Eltern verhalten sich ihrer Umwelt und ihren Kindern gegenüber anders als gesunde Eltern, die Erziehungsprobleme haben. Die Kinder von psychisch erkrankten Eltern erleben ein zusätzliches Trauma und Belastungen durch Wahrnehmungsverschiebungen, Tabuisierung und Geheimhaltungsdruck. Die Hilfesignale an die Außenwelt erfolgen häufig verzögert und die Gefahr für die Kinder, ebenfalls psychisch zu erkranken, steigt an. Bei fehlender Krankheitseinsicht der Eltern verstärkt sich dieser negative Effekt noch einmal.

Diese Familien bedeuten eine Herausforderung für die Gestaltung des Verhältnisses von Jugendhilfe und Psychiatrie, sowie eine Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur, Ressourcennutzung und maßgeschneiderte Angebote für die jeweiligen Adressaten/ Klienten.

FaB e.V. bietet im Rahmen des SGB VIII - Hilfen zur Erziehung - Unterstützung für Familien mit psychischen Erkrankungen an. Eine ausschließliche Ausrichtung mit diesem Helfefokus ist völlig neu in der gesamten Region Hannover. FaB e.V. bietet die Möglichkeit, die Hilfen adressaten-, ziel- und sozialraumorientiert zu implementieren und erfüllt damit den Anspruch an eine moderne Jugendhilfe.

Psychisch erkrankte Menschen sind immer auch handelnde Personen. Hieraus ergibt sich für FaB e.V. der Ansatz, dass die Adressaten/ Klienten die Fachleute für ihre Erkrankung sind und hinsichtlich ihrer Problematik ernst genommen werden. Das bedeutet auch, dass auf krankheitsbedingte Verhaltensweisen besondere Rücksicht genommen wird, z.B. wenn sehr großes Misstrauen besteht.

Eine schwierige Situation entsteht immer dann, wenn Personen betreut werden, denen es noch an der nötigen Krankheitseinsicht fehlt. Hier versucht FaB e.V., unter Berücksichtigung des Kindeswohls, auf die damit verbundenen Schwierigkeiten einzugehen und behutsam an der Einsicht und den besonderen Bedingungen der psychiatrischen Erkrankung zu arbeiten.

FaB e.V. arbeitet ausschließlich mit Diplom-SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen.

Die spezielle Ausrichtung von FaB e.V. erfordert ein hohes Maß an beruflicher Kompetenz.

Am Einzelfall orientiert ist es möglich, das sozialpädagogische Team durch sozialpsychiatrisches Fachpersonal zu ergänzen, um damit den Hilfeprozess effektiver zu gestalten.

Die Teammitglieder verfügen über Zusatzausbildungen, die sowohl im psychiatrischen Bereich als auch in der klassischen Jugendhilfe liegen, so dass sich die Teammitglieder mit ihren oftmals langjährigen Berufserfahrungen in beiden Feldern ergänzen. Die daraus resultierende Methodenvielfalt verbindet die Systeme Jugendhilfe und Psychiatrie zum Vorteil für die Adressaten/ Klienten.

FaB e.V. bietet Hilfen in der gesamten Region Hannover an. Innerhalb von einer Woche wurden und werden Anfragen durch konkrete Hilfsangebote beantwortet, die für die Familien maßgeschneidert waren und sind.

Die Familien begrüßen die Betreuung durch den Fachdienst. Sie fühlen sich, teilweise zum ersten Mal, mit ihrer Erkrankung ernst genommen.

Die Kollegen von FaB e.V. beobachten in ihren Einsätzen die große Bedürftigkeit der Eltern. Diesen Eltern die Rechte und Bedürfnisse ihrer Kinder zu vermitteln ist wichtiger Bestandteil der Arbeit.



In der Arbeit mit den Kindern/Jugendlichen wird versucht, so oft wie möglich „Normalität“ herzustellen und unbeschwerte Momente zu schaffen, um die Kinder zu entlasten. Z.B. durch das Zusammentreffen von gleichfalls betroffenen Kindern und Jugendlichen, um zu erkennen, dass sie mit ihrer Situation nicht allein sind.

FaB e.V. legt großen Wert auf Vernetzung, Kooperationen und einen professionellen Fachaustausch mit den Jugendämtern der gesamten Region Hannover, den Beratungsstellen und der Psychiatrie.

**Anschrift der Verfasser:**

FaB e.V. · Wunstorferstr. 33 · 30453 Hannover

## **Vorstellung von gelungenen Kooperationen verschiedener Träger in der Region Hannover**

### **Trägerübergreifende Interventionsgruppe**

von Renate Ibrügger (*Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle*)

Seit 2001 treffen sich KollegInnen aus drei Familien- und Erziehungsberatungsstellen, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachdienst des Fachbereichs Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover sowie der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche und deren Familien der Region Hannover in einer Arbeitsgruppe zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“. Arbeitsinhalte der Gruppe waren bisher u. a.:

- Weiterentwicklung der eigenen fachlichen Qualifizierung bzgl. der Thematik, Aufbereitung von Tagungs- und Fortbildungsinhalten
- Fallbezogene Arbeit, Austausch zu Fragen von Diagnostik, Beratung und Therapie
- Frühe Hilfen für psychisch kranke Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern
- Vernetzung und Kooperation mit anderen beteiligten Diensten
- Präventive Unterstützungsangebote wie z.B. Patenschaften für Kinder
- Gestaltung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen

Ein Projekt dieser Arbeitsgruppe war die Gründung und Gestaltung einer trägerübergreifenden **Interventionsgruppe**, da sehr bald deutlich wurde, dass in kaum einem Feld sozialer Arbeit so viele unterschiedliche Professionen und institutionelle Systeme beteiligt sind wie bei dieser Zielgruppe. Für die betroffenen Kinder und Eltern besteht insbesondere Bedarf an einer besseren Vernetzung zwischen dem medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystem für Erwachsene und dem System der Jugendhilfe. Und für die Fachkräfte der verschiedenen Dienste ist es hilfreich in der oftmals sehr belastenden Arbeit mit diesen Familien, sich besser kennen zu lernen, um vorhandene Hilfemöglichkeiten besser verankern und nutzen zu können. Diese Einsicht führte zunächst zu einzelnen Vernetzungstreffen mit verschiedenen beteiligten Berufsgruppen, zur Gestaltung eines Fachtages zum Thema und dann zu dem Langzeitprojekt einer kontinuierlichen Interventionsgruppe.

Im April 2005 starteten wir mit 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und sind inzwischen auf 25 Personen angewachsen.

Die Gruppe setzt sich zusammen aus den Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“, die bislang die Organisation und Gestaltung der Interventionsgruppentreffen übernommen haben, Vertreterinnen und Vertretern der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, des Kommunalen Sozialdienstes (KSD), freien Trägern der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH), Mitarbeiterinnen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kita- Bereich und Angehörigenverband. Die Gruppe bleibt offen für Neuzugänge.

Wir treffen uns viermal jährlich freitags von 9.00 Uhr bis 11.30 Uhr plus 30 weitere Minuten als Option zum informellen Austausch in unseren Beratungsräumen Winkelriede 14.

Zentrales Anliegen der Intervention ist, einen Rahmen für Fallbesprechungen aus multiprofessionellen Blickwinkeln zu ermöglichen. Wir haben uns vorgenommen, an wesentlichen Schnittstellen Informationslücken zu schließen, z. B. zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe, öffentlichen und freien Trägern, stationären und ambulanten Angeboten.

Die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer wurde per Mundpropaganda weitergegeben und führte fast zu einer Verdoppelung der Gruppe in nur drei Treffen. Die hochkomplexen Fälle, die bisher eingebracht wurden, standen alle im Zusammenhang

mit akuter Kindeswohlgefährdung und damit im Kontext, Entscheidungsprozesse zu kommunizieren. Hier gibt die Intervention in ihrer Vielfalt wichtige Impulse.

Methodisch bewährte sich in der Fallberatung die Familienaufstellung oder das Reflecting- Team. Je nach Bedarf wird die Gruppe geteilt.

In der Intervention bilden sich Konflikte ab, die das emotionale Potenzial der Familie auch im Verhältnis der stellvertretenden Institutionen widerspiegeln: Angst, Hilflosigkeit, Wut, Enttäuschung, Scham- und Schuldgefühle, Ambivalenzen, verzerrte Wahrnehmungen, Starrsinn, Abwehr, etc. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene lassen sich gut nutzen, mit einer gewissen Distanz auf die Interaktion zu schauen und tragen zum Verständnis der Klientensituation und der eigenen Reaktion bei.

Als Nebeneffekt der Fallberatungen hat uns der Leitfaden „Die Methode Gemeinsam helfen - wenn das Kindeswohl eines Säuglings gefährdet ist“, beschäftigt. Dieses Instrumentarium zielt darauf ab, „durch strukturierte multiprofessionelle Zusammenarbeit eine Kindeswohlgefährdung im Frühstadium zu erkennen, ihren Schweregrad zu bewerten und wirksame Hilfen einzuleiten“. Rätselhaft bleibt der geringe Kenntnisgrad dieses Leitfadens, der in der Zeit von 1994 bis 1997 von einer interdisziplinären AG in Hannover entwickelt wurde; inzwischen veröffentlicht im Handbuch „Kindesmisshandlung und Vernachlässigung“, Hogrefe-Verlag. Im vorgestellten Fall war der Leitfaden sehr hilfreich für die SPFH- Mitarbeiterin, so dass ihre Wahrnehmung die weiter beteiligten Institutionen schließlich überzeugte, Maßnahmen zum Schutz des Säuglings zu ergreifen.

Über die Qualifizierung im Einzelfall hinaus zielt unsere Intervention auch darauf ab, strukturelle Dimensionen zu erfassen und anzuregen.

Im vergangenen Jahr wurde ein Anbieter-Verzeichnis zu familienaktivierenden Hilfen u.a. erstellt und den Gruppenmitgliedern bzw. ihren Institutionen zur Verfügung gestellt. Ein Mitarbeiter des KSD informierte zu den Neuerungen im SGB VIII, § 8a und zur Verfahrensweise.

Am 20.09.2006 wurde die Interventionsgruppe als Modell interdisziplinärer Kooperation im Rahmen der regionalen Fachtagung des Kinderschutzzentrums „Wenn Mama wieder anders wird - Hilfen für psychisch belastete Familien“ vorgestellt.

Aktuell gibt es eine Neuauflage der Beschäftigung mit dem Thema „Patenschaften“ für Kinder psychisch kranker Eltern als präventives, unterstützendes Angebot. Angeregt durch eine Informationsveranstaltung im Rahmen der Interventionsgruppe mit Herrn Horst-Volkmar Trepte (Leiter der Erziehungsberatung im Landkreis Cuxhaven) über das dortige Patenschaftsprojekt gibt es z.Zt. sowohl im Fachbereich Jugend und Familie der Stadt Hannover als auch bei freien Trägern Überlegungen zur Konzeption und Finanzierung eines solchen Projekts.

Abschließend zur Interventionsgruppe sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst zu Wort kommen, hier ein paar Statements:

„Mittlerweile hat sich eine gute, hilfreiche Arbeitsatmosphäre gebildet, in der man sich vertrauensvoll austauschen kann. Dies ist für mich hilfreich, da ich, auch bedingt durch die Gruppe, den Focus meiner Arbeit auch auf betroffene Kinder ausweite. Nicht zuletzt ist es sehr hilfreich, über bestehende Einrichtungen in dieser Gruppe informiert zu werden - vernetzende Arbeit.“

(Sozialpsychiatrische Beratungsstelle)

„Gerade ich als Betroffene bin sehr froh, dass es diese Gruppe gibt und ich dabei sein darf. Hier wird ein wichtiges Netzwerk aufgebaut, um den betroffenen Kindern zu helfen. Ich weiß, wie schwer es ist, als Kind diese Hilfen zu bekommen. Kinder können sich nun mal schlechter artikulieren und außerdem ist die familiäre Situation für sie ja auch normal. Also, ich freue mich auf eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit.“

(SHG Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern)

„Die erste Teilnahme an der Interventionsgruppe hat einen rundum positiven Eindruck auf uns gemacht und wir freuen uns schon auf das nächste Treffen.“

- Kennen lernen von Einrichtungen und Institutionen, die sich mit der Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ auseinandersetzen bzw. mit diesen zusammenarbeiten
- Vernetzung von Hilfeangeboten

- Möglichkeiten des Austausches durch Fallbeispiele, Anregungen, usw.
  - Entwicklung neuer Konzepte für die Bedarfsgruppe“
- (Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien)

„... ein sehr gutes kollegiales, wohlwollendes, kompetenzschätzendes Team, interdisziplinär und kreativ, hilfreich in der Fallbetrachtung und übergreifend zu Fällen...“  
(Kommunaler Sozialdienst)

**Anschrift der Verfasserin:**

Renate Ibrügger · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle · Winkelriede 14 · 30627 Hannover · E-Mail: Renate.Ibrügger@Hannover-Stadt.de

**Leitlinien für eine Zusammenarbeit zwischen dem Kommunalen Sozialdienst (KSD) der Stadt Hannover und den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Region Hannover im Einzelfall (April 2007)**

**Präambel:** Ziel dieser Leitlinien ist es, in entsprechenden Einzelfällen gemeinsam, d.h. in Kooperation zwischen dem KSD und der zuständigen sozialpsychiatrischen Beratungsstelle, eine Hilfe zu erarbeiten, die die Situation der ganzen Familie - Eltern und Kinder - berücksichtigt, wobei der Schutz der betroffenen Kinder und Jugendlichen dabei im Mittelpunkt stehen soll. Es muss grundsätzlich eine frühzeitige Kooperation erfolgen.

1. In Akutsituationen (d. h. bei einer vorliegenden Gefährdungssituation\* für Kinder; ggf. mit Einweisung der Eltern)
  - Bei Information durch den KSD erfolgt i.d.R. - innerhalb einer Woche / in Akut-situationen sofort - ein gemeinsamer Hausbesuch. Ggf. erfolgt eine Klärung der Situation durch die Beratungsstelle alleine. Der Termin wird mit dem KSD abgesprochen.
  - Die Beratungsstelle gibt eine Einschätzung zur aktuellen psychischen Situation der Eltern und den daraus resultierenden möglichen Gefährdungen für die Kinder / Jugendlichen in Form einer schriftlichen Stellungnahme ab, um ggf. eine Inobhutnahme vornehmen bzw. gerichtliche Maßnahmen einleiten zu können.
  - Es wird ein verbindlicher gemeinsamer „Schutzplan“ erstellt, der bei einer möglichen Hilfe zur Erziehung (HzE) in die Hilfeplanung mit einfließt. Die Verantwortung dafür liegt beim KSD.

Es erfolgt eine gegenseitige Information, wenn sich Veränderungen ergeben, die sich auf die Versorgung der Kinder auswirken können; z. B. wenn Medikamente abgesetzt werden, kein Kontakt mehr zur Beratungsstelle / KSD besteht oder wenn keine HzE eingerichtet bzw. eingestellt wird. Inhalte der medizinischen Diagnose werden nicht weitergegeben bzw. bedürfen einer Entbindung von der Schweigepflicht.

- Die Teilnahme einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters der Beratungsstelle an der Kollegialen Beratung im KSD ist möglich.
- Eine Beteiligung an der Hilfeplanung ist möglich.
- Die entsprechenden Datenschutzregelungen sind einzuhalten. Für die Jugendhilfe gelten die Regelungen nach dem SGB VIII; für die Sozialpsychiatrie die „Regelung der Schweigepflicht im Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover“. Es wird empfohlen, eine entsprechende Schweigepflichtsentbindung mit den Eltern für die weitere Kooperation aufzunehmen.  
In Einzelfällen entscheidet 53.10 / Leitung der Gemeindepsychiatrie über die Weitergabe entsprechender Informationen an den KSD.

2. Anfrage des KSD in einer „schwierigen psychosozialen Situation“ oder bei einer „psychischen Erkrankung bzw. Auffälligkeit“ von Eltern
  - Wenn der KSD im Einzelfall eine Einschätzung zur Situation der Eltern bzw. eines Elternteils benötigt, erfolgt eine - anonyme - kollegiale Beratung mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter der Beratungsstelle im KSD. Es ist auch eine Teilnahme an der Kollegialen Beratung im KSD möglich.
  - Wenn sich daraus ein Handlungsbedarf (im Sinne einer Akutsituation) ergibt, wird nach 1. weiter verfahren.
  - Wenn zwischen KSD und Beratungsstelle eine Aufhebung der Anonymität für notwendig gehalten wird, ist dafür das Einverständnis der Betroffenen einzuholen.
3. Information durch die Beratungsstelle an den KSD
  - Wenn eine Beratungsstelle in ihrer Zuständigkeit den Eindruck hat, dass eine Gefährdungssituation\* für Kinder besteht, informiert sie die zuständige KSD-Dienststelle.
  - Die Eltern sind darüber in Kenntnis zu setzen.
  - Es wird ein gemeinsames Gespräch bzw. ein gemeinsamer Hausbesuch - innerhalb einer Woche / in Akutsituationen sofort - angestrebt.

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

**Anschrift der Verfasser:**

Stadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Kommunalen Sozialdienst · Ihmeplatz 5 · 30449 Hannover ·  
 Region Hannover · Gemeindepsychiatrie · Weinstrasse 2 · 30171 Hannover

## Beispiele bestehender Patenschaftsprojekte zur präventiven und kriseninterventorischen Unterstützung von Familien mit psychisch kranken Eltern aus anderen Kommunen

### Das Berliner Modellprojekt Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern von Katja Beek

Wenn Eltern psychisch erkranken... Wie geht es eigentlich den Kindern?  
 Psychische Erkrankungen haben weitreichende Auswirkungen auf den Betroffenen. Sie gehen oft einher mit Verwahrlosung, Klinikeinweisungen, Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation. Ist der Erkrankte obendrein Elternteil, ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten für ihn und sein Kind.  
 Auch psychisch erkrankte Eltern haben in der Regel Interesse an ihren Kindern und wollen „gute“ Eltern sein. Insbesondere bei einem phasenweisen Verlauf der Erkrankung können sie durchaus zeitweise über genügend Erziehungskompetenzen verfügen. Doch durch ihre hohen Belastungen sind sie oft mit der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder überfordert. In Krisenzeiten fällt es ihnen schwer, die Bedürfnisse ihrer Kinder überhaupt noch wahrzunehmen und angemessen auf sie einzugehen. Aus Angst, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden, schweigen sie meistens und begeben sich nicht rechtzeitig in Behandlung. Die familiäre Situation muss dann erst völlig eskalieren, bis die Kinder und der Erkrankte unterstützt werden. Nun steht meist die Frage im Raum, ob die Kinder längerfristig fremd untergebracht werden müssen.  
 Vor allem wenn die Mutter psychisch erkrankt, sind die Kinder fast immer mit der Situation und ihren Ängsten sich selbst überlassen. Anstatt selbst angeleitet und versorgt zu werden, kümmern sie sich um die Erkrankte. Ihnen fehlen Orientierung und eine Bezugsperson, die ihnen emotional kontinuierlich zur Verfügung steht und die sie ggf. auch vor der

Erkrankten schützt. In Krisenzeiten der Eltern erleben diese Kinder immer wieder Beziehungsabbrüche und werden zusätzlich oftmals in wechselnden Pflegefamilien oder im Heim untergebracht. Allein durch diese Lebensumstände und ihre dauerhafte Stressbelastung haben betroffene Kinder ein hohes Risiko, Auffälligkeiten zu entwickeln, psychisch oder psychosomatisch zu erkranken. Um einer Erkrankung der Kinder vorzubeugen, ist es wichtig, betroffene Kinder rechtzeitig zu unterstützen, zu entlasten und zu schützen. Wir stellen diesen Kindern daher eine kontinuierliche Bezugsperson, einen sogenannten Paten, an die Seite.

### **Idee des Patenschaftsprojekts**

Die Grundidee des Patenschaftsprojekts ist es, Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil eine kontinuierliche Bezugsperson, einen sogenannten Paten, an die Seite zu stellen. Die Patenschaft wird in „guten“ stabilen Zeiten des erkrankten Elternteils vermittelt und basiert auf gegenseitiger Sympathie und Wertschätzung. So kann sich zwischen Pate, Kind und Erkranktem ein Vertrauensverhältnis entwickeln. Der Pate betreut das Kind regelmäßig einmal pro Woche und ein Wochenende im Monat, wo es auch bei ihm übernachtet. In Krisenzeiten der Elternteil können die Kinder in ihren Patenfamilien untergebracht und von ihnen versorgt werden.

### **Nutzen von Patenschaften**

Durch eine Patenschaft ...

- steht dem Kind dauerhaft eine emotional stabile Bezugsperson zur Verfügung, die ihm gleichzeitig Orientierung gibt und Rollenvorbild ist,
- erlebt das Kind mehr Berechenbarkeit, eine Unterbringung im Heim oder bei ihm unbekanntem Pflegeeltern wird vermieden,
- wird der Rollenumkehrung in der Familie entgegen gewirkt, da der erkrankte Elternteil allein durch eine Projektteilnahme zeigt, dass er Verantwortung für die familiäre Situation übernimmt,
- wird das Kind ausreichend geschützt und kann dennoch überwiegend bei seinem erkrankten Elternteil wohnen
- wird der erkrankte Elternteil bei der Kinderbetreuung und -erziehung entlastet, was sich positiv auf seinen Gesundheitszustand und sein Verhältnis zum Kind auswirkt,
- weiß der erkrankte Elternteil sein Kind gut versorgt und begibt sich ggf. rechtzeitiger und ausreichend lange in psychiatrische Behandlung.

### **Der Träger: Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e.V. (AMSOC)**

Anbieter und damit Träger des Patenschaftsprojekts ist der gemeinnützige Berliner Verein „Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e.V.“ (AMSOC) genannt. AMSOC wurde 1993 von Fachkräften aus der Jugendhilfe gegründet. Er arbeitet eng mit den Jugendämtern zusammen und führt in deren Auftrag ambulante Hilfen zur Erziehung wie sozialpädagogische Familienhilfe und soziale Gruppenarbeit durch, durch die Familien und vor allem Kinder unterstützt werden. Seit 2003 hat sich AMSOC u.a. auf die Problematik von Kindern psychisch erkrankter Eltern spezialisiert und in der Jugendhilfe vorhandene Angebote wie sozialpädagogische Familienhilfe, Betreuer Umgang, Familientherapie und Gruppen auf das Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern spezialisiert. Mit dem Angebot von Patenschaften konnte er noch eine wichtige Lücke der vorhandenen Angebote schließen.

### **Aufgaben des Trägers**

AMSOC

- wirbt Paten an, veranstaltet Informationsabende für Interessenten,
- wählt Paten aus und qualifiziert diese mittels Schulung und Einzelgesprächen für die Übernahme einer Patenschaft,
- wirbt Herkunftsfamilien an und wählt diese aus,
- vermittelt Patenschaften,
- begleitet die Patenschaften durch Einzelberatung, Supervisionsgruppen, Patentreffen
- stellt für Krisenfälle einen festen Ansprechpartner zur Verfügung

### **Finanzierung**

Das Modellprojekt wird von zwei privaten Stiftungen finanziert - von „Aktion Mensch e.V.“ und der „Hermann Reemtsma Stiftung“. Wie es nach Abschluss der Modelllaufzeit im Februar 2008 weiter geht, ist leider noch ungewiss. Vom Träger geplant ist derzeit eine Einführung als neue Hilfe zur Erziehung, damit das Angebot langfristig finanziell abgesichert ist und

mehr Kinder und ihre Mütter von ihm profitieren können. Entsprechende Gespräche mit dem Berliner Senat werden demnächst stattfinden. Ohne staatliche Unterstützung wird das Angebot kaum eine Chance haben, sich langfristig zu etablieren. Wieder einmal droht ein Angebot, das sich in der Modellphase in der Praxis bewährt hat, an unzureichender Finanzierung zu scheitern. Die teilnehmenden Familien und Eltern, die noch einen Paten für ihr Kind suchen, sind darüber entsetzt: „Endlich habe ich Angebot entdeckt, das eine langfristige Lösung für mich und meine Kinder wäre und nun ist die Zukunft dieses Angebots völlig ungewiss.“

**Anschrift der Verfasserin:**

Katja Beek · E-Mail:Kontakt@Netz-undBoden.de

## **Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Cuxhaven**

von Horst-Volkmar Trepte (*Amt für Jugendhilfe*)

Die Konzeption der „Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern“ wurde 2001 vom Jugendhilfeausschuss des Landkreises Cuxhaven beschlossen. Zielgruppen sind hilfebedürftige insbesondere allein erziehende Eltern mit psychischer Erkrankung oder schwerer körperlicher Erkrankung oder Behinderung zur Krisenbewältigung, bei Krankenhausaufenthalten sowie zur Entlastung im Alltag. Das Patenschaftsmodell wurde 2002 in Cuxhaven auf der Fachtagung des Niedersächsischen Landesjugendamtes zum gleichen Thema der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Die Umsetzung des Modells erfolgte 2003 nach erforderlichen umfangreichen Absprachen der Fachleute aus zu beteiligenden Ämtern (Jugendamt, Gesundheitsamt), der Psychiatrischen Klinik sowie Einrichtungen der Jugendhilfe.

Mit dem Patenschaftsmodell verbinden sich die Erwartungen, dass die psychisch erkrankten Eltern und ihr jeweiliger Umgang mit dem Kind von den „Paten“ nicht bewertet werden. Die Übertragung einer Patenschaft ist keine Erlaubnis, auf die Qualität der familiären Erziehung Einfluss zu nehmen. „Paten“ wissen um die besondere Lebenssituation der Eltern und respektieren sie. Eine Patenfamilie ist keine bessere Familie. Sie findet ihre wesentliche Aufgabe in der Stärkung und Unterstützung der vorhandenen Eltern-Kind-Beziehung und in der Gestaltung möglichst unbeschwerter Alltagserfahrungen für das Kind.

Zu den Eckpunkten des Patenschaftsmodells (Trepte 2006) gehören die Begünstigung des Aufbaus eines sozialen Netzwerkes, die Lebensfeldorientierung, die Gewährung im Rahmen von Hilfe zur Erziehung sowie die Kooperation aller an der Betreuung von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern beteiligten Personen und Diensten bei der Qualifikation, Empfehlung, Zuweisung und Übertragung von Patenschaften.

Der Aufbau des sozialen Netzwerkes richtet sich auf soziale Ressourcen im Umfeld der betroffenen Person, die zu unterstützen oder herzustellen sind. Es gibt vielfach Rückzugstendenzen der Familien und der betroffenen jungen Menschen als Ergebnis von Misstrauen, Schweigegeboten, Ängsten und Schamgefühlen. Diesen passiv vermeidenden Bewältigungsstrategien soll durch die Unterstützung zusätzlicher sozialer Beziehungssysteme im Rahmen von Patenschaften entgegengewirkt werden.

Zur Lebensfeldorientierung gehört, dass den betroffenen jungen Menschen das gewohnte soziale Umfeld möglichst erhalten bleibt: Fortsetzung des Schulbesuchs ohne Unterbrechung oder Schulwechsel, Erhalt von verwandtschaftlichen Bindungen, Freundschaften und gewohnten Freizeitaktivitäten. Im Falle der Notwendigkeit stationärer Unterbringung der erkrankten Eltern stehen den betroffenen jungen Menschen vertraute Personen zur Verfügung, die sie für die Zeit der Erkrankung der Eltern aufnehmen. Statt wechselnde Bereitschaftspflegestellen des Jugendamtes in Anspruch nehmen zu müssen, die in der Regel je nach Verfügbarkeit unabhängig vom Lebensumfeld bestimmt werden, können „Paten“ als vertraute Personen im jeweiligen Lebensumfeld für die vorübergehende Unterbringung in einer Krisensituation eingesetzt werden.

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern sind Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff SGB VIII). Sie sind als Einzelleistung im Sozialgesetzbuch zwar nicht ausdrücklich aufgeführt. Allerdings handelt es sich bei den aufgeführten Leistungen um Beispiele für notwendige und geeignete Hilfen zur Erziehung. Patenschaften sind als weiteres ergänzendes Beispiel der Hilfen zur Erziehung zu verstehen und als solche einzusetzen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Dienste und Institutionen, die mit den erkrankten Eltern bzw. deren Kindern zu tun haben, nehmen an der Qualifikation von an Patenschaften für Kinder psychisch kranker interessierter Personen sowie an der Vermittlung der Möglichkeit einer entsprechenden Unterstützung teil. Dazu gehören insbesondere der

Allgemeine Sozialdienst des Jugendamtes, der Pflegekinderdienst, die kommunalen Erziehungsberatungsstellen, die freien Träger der Jugendhilfe sowie die Psychiatrische Klinik und der Sozialpsychiatrische Dienst. Die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe ist nicht selbstverständlich, weil sie sich auf unterschiedliche Aufgabenfelder bezieht. Durch die Sichtweise der Kinder als Angehörige psychisch Kranker verändern sich jedoch die Voraussetzungen der Zusammenarbeit. Daraus ergibt sich eine gemeinsame Verantwortung.

Der Zugang zu Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Cuxhaven ist ausdrücklich bedarfsorientiert im Gegensatz zur Erprobung entsprechender Modelle unter Angebotsgesichtspunkten in öffentlich geförderten Projekten (Beckmann & Szylowicki 2001). Voraussetzungen für den Zugang zu Patenschaften im Landkreis Cuxhaven sind ein Antrag der Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) sowie ein Hilfeplan unter Federführung des Allgemeinen Sozialdienstes des Jugendamtes (§ 36 SGB VIII). Der Hilfeplan erfordert ausdrücklich die Mitwirkung und Beteiligung der Eltern, der betroffenen jungen Menschen sowie der „Paten“. Entscheidungen z.B. gegen den Willen psychisch erkrankter Eltern oder gegen Vorstellungen und Interessen der jungen Menschen sind dadurch auszuschließen. Der Hilfeplan sieht Verabredungen für alle Leistungen der „Paten“ vor – insbesondere für den Aufbau und die Unterstützung der Beziehungen an festgelegten Tagen sowie für vorübergehend erforderliche Unterbringungen, z.B. während eines Krankenhausaufenthaltes der Mutter oder des Vaters.

Die Anbahnung und Kontaktpflege bei Patenschaften sowie die notwendige Unterbringung während eines Krankenhausaufenthaltes des Vaters oder der Mutter werden als Hilfen zur Erziehung durch die wirtschaftliche Jugendhilfe gewährt. Die Abrechnung orientiert sich an den Pflegesätzen für die Unterbringung in Pflegefamilien. Bei den in Frage kommenden Leistungen handelt es sich um die im Hilfeplan zwischen den Beteiligten verabredeten verbindlichen Lösungen. Spontanarrangements, so verlockend sie sich gerade in der Anbahnungsphase von Patenschaften anbieten, sind von Anfang an auszuschließen. Feste, jeweils für den Einzelfall verabredete Strukturen schaffen Vertrauen zwischen den Beteiligten und sichern die Patenschaften dadurch nachhaltig ab.

Die Koordination der Qualifikation, die Überprüfung von Personen, die an Patenschaften interessiert sind sowie Auswahl „passender“ „Paten“ und deren Beratung im Einzelfall insbesondere in Krisensituationen sind Aufgaben des Pflegekinderdienstes. Nicht alle an Patenschaften interessierten Personen sind auch geeignet. Als Ausschlusskriterien für die Bewerberinnen und Bewerber gelten eigene psychische Erkrankung oder Suchterkrankung, akute eigene Betroffenheit durch psychische Erkrankung von Angehörigen, pädosexuelle Neigungen, Kriminalität sowie Sektenangehörigkeit. Empfänger von Hilfen zur Erziehung kommen ebenfalls für Patenschaften nicht in Frage.

Die weitere fachliche Beratung (Einzelfallberatung, Supervisionszirkel in Gruppen) der „Paten“ für die alltägliche Gestaltung der Beziehung zu den jungen Menschen und ihren Eltern kann auf Wunsch in der kommunalen Erziehungsberatungsstelle erfolgen.

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

Horst-Volkmar Trepte · Landkreis Cuxhaven · Amt Jugendhilfe, Fachgebiet Erziehungsberatung und Fachberatung für Kindertagesstätten

## **Ausblick und Formulierung möglicher Ziele bei der Versorgung betroffener Familien in der Region Hannover**

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

In unserer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien haben wir mit 52% einen sehr hohen Anteil an Familien mit einem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil. Hier wird uns in der alltäglichen Arbeit immer wieder vor Augen geführt, wie vielschichtig und sensibel die Thematik ist. Die meisten psychisch kranken Eltern haben starke Ängste, dass ihnen die Kinder „weggenommen“ werden und zeigen sich dementsprechend vorsichtig oder nehmen keine bzw. erst sehr spät professionelle Hilfe in Anspruch. Wenn die Eltern nicht bereits in fachlicher Begleitung (z. B. Sozialpsychiatrischen Dienst) sind, besteht eine wichtige Aufgabe darin, die Eltern zu motivieren, sich professionell helfen zu lassen. So sind die Kinder und Jugendlichen, die in unserer Beratungsstelle angemeldet werden, in der Regel bereits selbst psychisch erkrankt oder zumindest stark verhaltensauffällig geworden.

Der Großteil der jungen Menschen von psychisch kranken Eltern zeigt keine expansive Symptomatik und ist dennoch enormen Belastungen ausgesetzt, deren Folgen meistens für das weitere Leben prägend bleiben. Vor diesem Hintergrund

halten wir das präventive Modell der Patenschaft, wie es für Berlin und Cuxhaven vorgestellt worden ist, für sehr sinnvoll und effektiv. Wenn Kinder oder Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil eine kontinuierliche Bezugsperson (-> Paten) erhalten, gewinnen sie Orientierung, Sicherheit und ggf. Schutz. Der erkrankte Elternteil wird zudem entlastet, was sich wiederum sehr positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken kann. Ein solches Patenschaftsmodell wird über die Arbeitsgruppe "Kinder psychisch kranker Eltern" für die Stadt Hannover angestrebt und sollte entsprechend auch für die Region Hannover finanziert und ausgebaut werden.

In den vorangegangenen Beiträgen wurde deutlich, dass es in der Region Hannover bereits gute Ansätze für die Versorgung von jungen Menschen mit psychisch kranken Eltern gibt. Die Interventionsgruppe ist ein Beispiel für eine gelungene interdisziplinäre und trägerübergreifende Kooperation, die für diesen Bereich der psychosozialen Arbeit von großer Bedeutung ist. Diese Kooperation befindet sich auf der Ebene der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die Leitlinien zwischen dem Kommunalen Sozialdienst der Stadt Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region sind ein erstes positives Beispiel für die Vernetzung zwischen dem psychiatrischen Versorgungssystem für Erwachsene und dem System der Jugendhilfe. Diese Form der Initiative ist ebenfalls für das Jugendamt der Region Hannover in Planung.

Die Vernetzung zwischen ambulanter sowie stationärer Erwachsenenpsychiatrie und den Systemen der Jugendhilfe sollte weiter in den Blickpunkt der beteiligten Professionen rücken. Im präventiven Sinn wäre es sehr sinnvoll, wenn psychisch erkrankte Eltern bereits bei Behandlungsbeginn und in Abständen während der Begleitung/Behandlung im Rahmen der (sozial-)psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Versorgung oder der Suchtkrankenhilfe auf die Belastungssituation der eigenen Kinder oder Jugendlichen aufmerksam gemacht werden. Die Informationsweitergabe sollte altersabhängig, kindgerecht, standardisiert und in regelmäßigen Abständen erfolgen. Die Aufklärung sollte auch auf noch zu schaffende Fördermöglichkeiten hinweisen – z. B. in Form von Broschüren und Hinweisen auf Internetforen oder entsprechende Beratungsangebote. Konkret wäre eine verbindliche Vereinbarung zwischen den beteiligten Institutionen erforderlich. Zusätzlich müsste eine koordinierende Stelle oder Institution für die Entwicklung der Informations-Broschüren und Angebote für die jungen Menschen verantwortlich sein, beispielsweise aus der Jugendhilfe oder der Selbsthilfebewegung.

**Anschrift der Verfasser:**

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



# Regionale Psychiatrieberichterstattung

## Regionale Berichterstattung für das Jahr 2006

von Hermann Elgeti (*Mitglied der Fachgruppe Dokumentation*)

### Allgemeine Bemerkungen

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover hat seit 1998 schrittweise eine regionale Psychiatrieberichterstattung aufgebaut. Sie basiert auf den statistischen Jahresberichten der Einrichtungsträger, die sich an diesem Verbund beteiligen. Das Konzept und die bisherigen Ergebnisse zu dieser nicht nur für Niedersachsen beispiellosen Anstrengung sind in den Sozialpsychiatrischen Plänen nachzulesen. Erstmals für das Jahr 2000 und seitdem in jährlichen Abständen wurde vom Fachbereich Gesundheit der Region Hannover ein solcher Plan herausgegeben. Seine Gestaltung liegt in den Händen der Fachgruppe „Dokumentation / Sozialpsychiatrischer Plan“, in enger Abstimmung mit dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), der Vollversammlung des Verbundes.

Die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger sind nach einheitlichem Muster aufgebaut und gliedern sich in die drei Datenblätter A, B und C. Das Datenblatt A enthält die verschiedenen Hilfsangebote des Einrichtungsträgers mit Adresse und einigen grundsätzlichen Angaben zur Art der Angebote, ihrer Platzzahl, dem vorrangigem Kostenträger und Einzugsgebiet. Im Datenblatt B wird für jedes dieser Hilfsangebote nach den differenzierten Kostensätzen sowie nach Umfang und Qualifikation des dort eingesetzten Personals gefragt. Das Datenblatt C ist eine anonymisierte, kurz gefasste Basis- und Leistungsdokumentation, die für jede Person ausgefüllt werden soll, die mindestens einen direkten persönlichen Kontakt („face to face“) mit dem jeweiligen Hilfsangebot im Berichtsjahr genutzt hat.

Bei der Auswertung der Daten werden insgesamt 28 Kennzahlen berechnet, die Analysen im Quer- und Längsschnitt der Berichtsjahre erlauben. Vergleichen kann man z. B. Hilfsangebote einer Angebotsform oder verschiedene Angebotsformen, aber auch – im Rahmen regionaler Analysen – Patientengruppen nach dem Sektor ihres Wohnsitzes. Die Angebotsformen (AF) umfassen vergleichbare Hilfsangebote und sind gruppiert in die drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen für psychisch Kranke (Tabelle 1). Die Aussagefähigkeit der Ergebnisse steht und fällt natürlich mit der Vollständigkeit und Richtigkeit der in die Auswertung einbezogenen Daten.

Die Kennzahlen (K1-K28) lassen sich wie folgt unterteilen:

- K1-K8 werden aus den Angaben zu den Datenblättern A und B zur Charakterisierung der Hilfsangebote gebildet.
- K9-K19 betreffen die in den Hilfsangeboten betreuten Patientengruppen und werden nach den Angaben auf dem Datenblatt C berechnet.
- K20-K25 zur Größe der Versorgungssektoren und zur Sozialstruktur ihrer Bevölkerung werden berechnet aus Daten der kleinräumigen Jahresstatistik der Stadt Hannover und – für das ehemalige Landkreis-Gebiet – der Region.
- Die Bevölkerungsbezogenen Kennzahlen zur regionalen Versorgung K26-K28 ermöglichen regionale Vergleiche zwischen Angebotsformen bei der Inanspruchnahme von Hilfen, beim Platzangebot und Fachkräfteeinsatz.

Tabelle 1: Liste der Angebotsformen im Sozialpsychiatrischen Verbund\*

Code-Nr.	Platzangebot			Kurzbezeichnung der Angebotsform	
	2001	2004	2006		
ambulante Hilfen	10			ambulante Dienste für Erwachsene (PIA/SpDi)	
	11			ambulante Dienste Kinder / Jugendliche (PIA/SpDi)	
	12			Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	
	13			Ambulant betreutes Wohnen gemäß § 53 SGB XII	
	14			andere Hilfen zum Wohnen / zur Selbstversorgung	
	15			spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung	
	16			spezielle Hilfen für Suchtkranke	
	17			spez. komplementäre Hilfen Kinder / Jugendliche	
	18			spezielle komplementäre Hilfen für alte Menschen	
19			sonstige ambulante Hilfen		
teilstationäre Hilfen	20	96	115	115	tagesklinische Behandlung Allgemeinpsychiatrie
	21	8	8	8	tagesklinische Behandlung Kinder-Jugend-Psychiatrie
	22	11	15	15	tagesklinische Behandlung Gerontopsychiatrie
	23	124	136	187	Tagesstätten gemäß § 53 SGB XII
	24	237	283	327	Werkstätten für (seelisch) beh. Menschen (WfbM)
	25	63	63	120	andere Hilfen zur Arbeit, Ausbildung, Tagesstruktur
	26	33	22	25	spezielle tagesklinische Angebote für Suchtkranke
	27				spez. komplementäre Hilfen Kinder / Jugendliche
	28	44	50	45	spezielle komplementäre Hilfen für alte Menschen
29				sonstige teilstationäre Leistungen	
stationäre Hilfen	30	914	882	882	Behandlung (SGB V) in Klinik für Erwachsene
	31	86	86	98	Behandlung (SGB V) in Kinder-Jugend-Psychiatrie
	32	130	150	150	Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs
	33	606	611	646	(Übergangs-) Wohnheime / WG (nur SGB XII)
	34	1120	1111	1228	psychiatrische Pflegeheime / WG (SGB XII/PfIV)
	35	229	214	281	spezielle komplementäre Hilfen für Wohnungslose
	36	57	215	177	spezielle komplementäre Hilfen für Suchtkranke
	37	43	43	53	spez. komplementäre Hilfen Kinder / Jugendliche
	38	359	394	394	spez. komplementäre Angebote für alte Menschen
	39	10			sonstige stationäre Leistungen

\* Für ambulante Hilfen sind Angaben zum Platzangebot nicht sinnvoll oder möglich.

Im Juli 2003 hat die Region Hannover die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) beauftragt, ein EDV-gestütztes Eingabe- und Auswertungsprogramm für die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger zu entwickeln. Damit sollte nicht nur den beteiligten Hilfsangeboten die Datenerhebung erleichtert werden. Es ging auch darum, die Qualität der Dateneingabe zu verbessern und die Auswertung, die bei steigenden Datenmengen immer aufwändiger wurde, zu rationalisieren. Erstmals für das Berichtsjahr 2005 konnten die Einrichtungsträger des Verbundes für ihre statistischen Jahresberichte das von der MHH entwickelte EDV-Eingabeprogramm nutzen, das ihnen auf einer CD-Rom zugesandt worden war. Gebraucht wurde es bisher von der MHH-Sozialpsychiatrie (32.03 – 32.06), zwei Suchtberatungsstellen der STEP (40.01 und 40.05), der Arbeiterwohlfahrt (04.02 und 04.04) und einigen weiteren Anbietern ambulant betreuten Wohnens: SuPA GmbH (50.00), Pro Casa Langenhagen (17.00), Verein zur Förderung sozialer Beziehungen (44.00).

Neuerdings stehen die automatisiert erstellten Auswertungstabellen und mit allen berechneten Kennzahlen seit 2001 für die beteiligten Einrichtungsträgern, Verbundgremien und andere interessierte Personen im Internet zur Verfügung. Sie sind über die neue Homepage des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover ([www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de)) als MS-Access-Datenbank erreichbar. Angezeigt werden die entsprechenden Auswertungstabellen über die Code-Nr. des jeweiligen Einrichtungsträgers. Für die Gremien des Verbundes sind die jeweils relevanten Ergebnisse zu finden unter der Nummer des Versorgungssektors (für die Sektor-Arbeitsgemeinschaften) bzw. der Nummer der Fachgruppe (siehe Tabelle 2). Eine gesonderte Zusammenfassung unter regionalen Gesichtspunkten ist für den Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) erstellt worden.

Tabelle 2: Zuordnung der Fachgruppen des AKG zu den Angebotsformen

Fachgruppen des Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie		zugeordnete Versorgungsbereiche	Code-Nr. der Angebotsformen
Nr	Kurzbezeichnung		
1	legale Suchtmittel	Hilfen für Suchtkranke	16,26,36
2	Runder Drogentisch		
3	soziale Wiedereingliederung	Kontaktstellen und Eingliederungshilfen	12,13-14,23,33-34
4	Gerontopsychiatrie	Hilfen für alte Menschen	18,22,28,38
5	Arbeitstherapie / Rehabilitation	Hilfen zu Arbeit und Ausbildung	15,24-25
6	Kinder und Jugendliche	Hilfen für Kinder / Jugendliche	11,17,21,27,31,37
7	Beratungsstellengespräch	Sozialpsychiatr. Dienste und PIA für Erwachsene, teil- und vollstationäre Angebote in der Allgemeinpsychiatrie	10,20,30
8	Gesprächskreis Klinikleiter		
9	Psychiatrie & Obdachlosigkeit	Hilfen für Wohnungslose	35
10	Forensik	Hilfen f. psych. kranke Straftäter	32

Das Datenblatt A ist seit 1998 in Gebrauch, das Datenblatt B seit 1999 und das Datenblatt C seit 2001. Es fällt vielen Einrichtungsträgern immer noch schwer, wenigstens die Datenblätter A und B regelmäßig bis Ende März des Folgejahres mit den aktualisierten Daten der Geschäftsstelle des Verbundes zuzusenden. Durch hartnäckiges Nachfassen konnten für die Berichtsjahre 2001, 2004 und 2006 einigermäßen vollständige, auf den neuesten Stand gebrachte Datensätze erhoben und ausgewertet werden. Für 2006 fehlen insbesondere von den drei großen Kliniken NLK Wunstorf, Klinikum Wahrendorff und KfPP Langenhagen aktuelle Angaben zu den Datenblättern A und B. Vor allem ambulante Hilfsangebote beteiligen sich bisher an der anonymisierten Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C. Vergleichende Auswertungen zwischen einzelnen Hilfsangeboten bieten sich nur für die Angebotsformen 10, 13, 16 und 23 an.

### Daten zur Sozialstruktur der Versorgungssektoren (K20 bis K25)

Von 2001 nach 2006 erhöhte sich in der Region Hannover die Einwohnerzahl (K20) (+1,1%), der Anteil älterer Personen ab 65 Jahre (+2,4%) und der Anteil Arbeitsloser (+0,6%), während der Anteil Minderjähriger (-0,5%) etwas abgesunken ist. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Sektoren zeigt Unterschiede, die bei der längerfristigen Planung wohnortnaher Hilfen für psychisch Kranke berücksichtigt werden sollten (Tabelle 3). Eine Zunahme der Einwohnerzahl führt auch zu einem höheren Bedarf an Hilfen. Veränderungen des Anteils junger bzw. alter Menschen sollten Anpassungen bei den entsprechenden Spezialangeboten der Kinder-Jugend-Psychiatrie bzw. Gerontopsychiatrie nach sich ziehen. Ein hoher Arbeitslosenanteil und eine hohe Bevölkerungsdichte weisen auf ein häufigeres Vorkommen von Menschen mit chronischen und schweren Verlaufsformen psychischer Erkrankungen im entsprechenden Gebiet hin. Eine sehr niedrige Bevölkerungsdichte ruft nach Außenstellen ambulant-aufsuchender Dienste und – wegen der langen Fahrzeiten – ihrer besseren Ausstattung mit Personal.

Tabelle 3: Einwohnerzahl und Sozialstruktur der Versorgungssektoren 2001 & 2006

Sektor	K20 Einwohner- zahl (in Tsd.)		K22 Bevölkerungs- dichte (E./ha)	K23 Minderjährige (in %)		K24 Alte ab 65 Jahre (in %)		K25 Arbeitslose (in %)	
	2006	- zu 2001	2006	2006	- zu 2001	2006	- zu 2001	2006	- zu 2001
1	139	+0,7%	4,7	17,4%	-0,7%	20,4%	+3,0%	4,3%	+0,5%
2	105	+1,3%	24,0	13,9%	-0,4%	18,6%	+0,8%	5,5%	+0,5%
3	58	+0,4%	24,1	16,8%	-0,8%	21,3%	+2,2%	7,1%	+0,6%
4	109	-0,5%	38,6	15,2%	-0,8%	18,4%	+1,8%	8,1%	+0,7%
5	99	+0,6%	27,6	13,7%	0,0%	17,1%	+0,5%	7,7%	+0,2%
6	63	+0,8%	42,4	13,8%	+0,2%	19,5%	+0,3%	5,0%	+0,2%
7	122	+1,7%	2,5	18,1%	-1,0%	18,9%	+2,9%	4,4%	+1,1%
8	156	+0,6%	2,8	18,1%	-1,0%	19,9%	+3,9%	4,4%	+1,1%
9	109	+2,3%	3,7	16,5%	-0,5%	21,2%	+3,6%	4,5%	+0,6%
10	131	+3,0%	2,9	17,3%	-0,2%	19,9%	+3,5%	3,6%	+0,5%
11	77	+1,1%	14,7	15,6%	-1,0%	22,5%	+2,0%	5,0%	+0,2%
1-11	1143	+1,1%	5,1	16,3%	-0,5%	19,7%	+2,4%	5,2%	+0,6%

In den stadthannoverschen Sektoren liegt die Bevölkerungsdichte (K22) zwischen 14,7 Einwohnern pro Hektar (E./ha) im Sektor 11 (BS MHH-Campus) bis 42,4 E./ha im Sektor 6 (BS MHH-List). Im Umland liegen die Werte zwischen 2,5 im Sektor 7 (BS Burgdorf) und 4,7 im Sektor 1 (BS Ronnenberg-Empelde). Der Sektor 10 (BS Langenhagen) weist mit +3,0% den größten Anstieg gegenüber 2001 auf, während allein im Sektor 4 (BS Deisterstraße) die Einwohnerzahl geringfügig abnahm.

In den Umland-Sektoren ist der Anteil Minderjähriger (K23) an der Bevölkerung mit 16,5% bis 18,1% höher als in den stadthannoverschen Sektoren, wo der Anteil zwischen 13,7% und 16,8% liegt. Fast überall nimmt der Anteil Minderjähriger an der Bevölkerung etwas ab (im Durchschnitt der Region um 0,5%), Ausnahmen bilden die Sektoren 5 ( $\pm 0\%$ ) und 6 (+0,2%). Der Bevölkerungsanteil der Alten ab 65 Jahre (K24) schwankt je nach Sektor zwischen 17,1% im innerstädtischen Sektor 5 (BS Königstraße) und 22,5% im Sektor 11 (BS MHH-Campus) mit seinen zahlreichen Altenheimen. Der Anteil alter Menschen ab 65 Jahre erhöhte sich überall mehr oder minder deutlich. Der Anteil Arbeitsloser an der Altersgruppe der 18- bis unter 65-jährigen Einwohnern (K25) ist in den Umland-Sektoren (3,6% bis 4,5%) durchgehend niedriger als in den stadthannoverschen Sektoren (5,0% bis 8,1%) und nahm von 2001 bis 2006 überall leicht zu (+0,2% bis +1,1%).

### Daten zur Charakterisierung der Hilfsangebote (K1 bis K8)

Im Datenblatt A sind allgemeine Angaben zu den Hilfsangeboten der am Verbund beteiligten Einrichtungsträger enthalten. Auf sie beziehen sich die Kennzahlen K1 (Platzangebot) und K2 (Belegungsquote). Daten zum Platzangebot gibt es bisher durchgehend für die teilstationären und stationären Hilfen. Bei vielen ambulanten Hilfen wurden keine Angaben zu dem kalkulierten Platzangebot gemacht; dies ist aufgrund der Eigenart des Angebotes auch nicht überall sinnvoll. Eine getrennte Angabe der Plätze nach Plan und der am 31.12. des Berichtsjahres tatsächlich belegten Plätze fand bisher kaum statt, so dass in den Auswertungstabellen als Belegungsquote meist Vollbelegung (100%) angezeigt wird.

Im Datenblatt B werden Zahl und Kosten der belegten Plätze sowie Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals erfragt. Auf sie beziehen sich die Kennzahlen K3-K8. Die Zahl der betreuten Patienten im Berichtsjahr (K3) ist in den statistischen Jahresberichten der vergangenen Jahre noch nicht durchgehend angegeben worden. Die Kennzahlen zu Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals betreffen zunächst den Personalumfang (K4) und den Berufsgruppenmix (K5), gemessen als prozentuale Verteilung zwischen vier Gruppen mit definierten Grundqualifikationen (Tabelle 5).

Tabelle 5: beteiligte Hilfsangebote und ihr Personal (ohne „sonstige“ Hilfen)

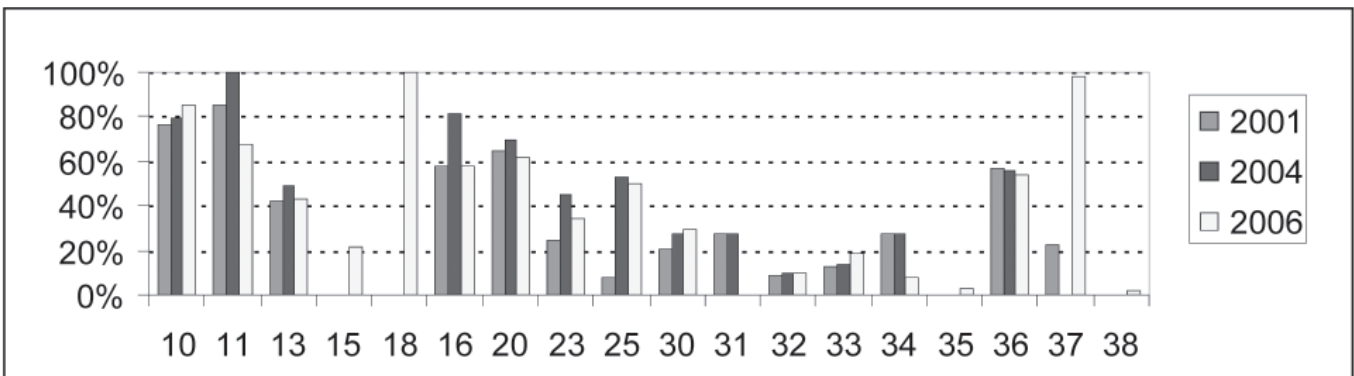
Leistungsart	Jahr	Zahl / Plätze der beteiligten Angebote		eingesetztes Personal: Vollkraft-Äquivalente (K4), Berufsgruppenmix (K5), Anteil mit Zusatzqualifikation (K6)					
		Zahl	Plätze (K1)	K4	K5 (Grundqualifikation; in %)*				K6
					GQ 1	GQ 2	GQ 3	GQ 4	
ambulante Hilfen (AF10-18)	2001	74		260	23	60	3	14	48%
	2004	63		310	25	64	1	10	60%
	2006	77		349	19	68	3	10	54%
teilstationäre Hilfen (AF 20-28)	2001	27	633	105	19	65	11	5	34%
	2004	25	645	115	15	63	18	4	45%
	2006	29	842	135	12	71	12	5	38%
stationäre Hilfen (AF 30-38)	2001	52	3305	1375	16	79	4	1	21%
	2004	53	3749	1324	13	72	13	2	22%
	2006	49	3909	1401	12	77	8	3	21%

\* Grundqualifikationen (GQ); 1: Medizin, Psychologie, Pädagogik u. ä.; 2: Sozialpädagogik, Krankenpflege, Ergotherapie, Heilerziehungspflege, Meister u. ä.; 3: Hauswirtschaft, Heilhilfberufe, Facharbeiter u. ä.; 4: Verwaltungspersonal

Nach vorherrschender Überzeugung reichen die Grundqualifikationen (GQ) der Fachkräfte (GQ1-3) allein nicht für die speziellen Anforderungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung aus. Im Datenblatt B wird für jedes Hilfsangebot der Anteil von Fachkräften mit abgeschlossener Zusatzqualifikation (K6) erfragt. Diese sind differenziert nach psychotherapeutischen, sozialpsychiatrischen und sonstigen Zusatzqualifikationen (ZQ). Die Auswertung fördert deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Angebotsformen zutage. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass in allen drei Leistungsarten der Personalanteil mit universitärem Abschluss (GQ 1) im Berufsgruppenmix (K5) abgenommen hat, vermutlich in Folge des immer stärkeren ökonomischen Drucks auf die Einrichtungsträger. Der Anteil der Fachkräfte mit Zusatzqualifikation (K6) sinkt zwischen 2001 und 2006 generell von den ambulanten zu teilstationären und stationären Hilfen hin ab (Abbildung 1).

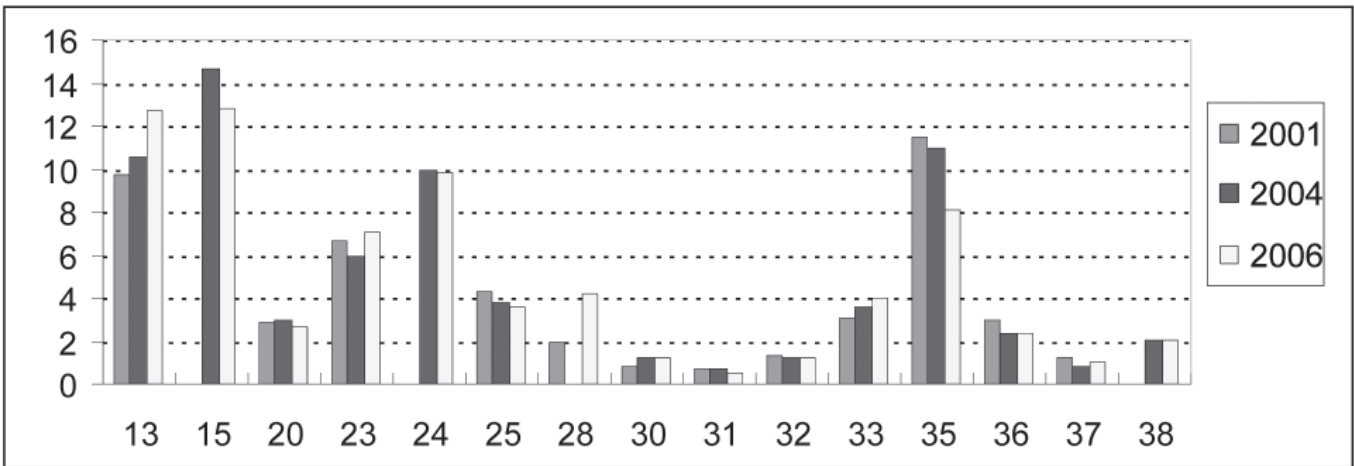
Die in einem Hilfsangebot eingesetzten Fachkräfte und die Zahl der belegten Plätze sind in der Kennzahl „Betreuungsintensität“ (K7) miteinander in Beziehung gesetzt, gemessen als Zahl der betreuten Patienten pro Fachkraft (Vollzeitäquivalente der GQ1-3). Je höher der Wert ist, desto geringer ist also die Betreuungsintensität im Hilfsangebot (Abbildung 2). Hier fällt die sehr geringe Betreuungsintensität in der Angebotsgruppe 35 (spezielle stationäre Hilfen für Wohnungslose) ins Auge. Die Betreuungskosten (K8) werden aus den Angaben im Datenblatt B als durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz berechnet. Gibt es in einem Hilfsangebot mehrere Kostensätze, so werden diese mit der Anzahl der jeweils damit zum Jahresende betreuten Patienten multipliziert und durch die Gesamtsumme der zu diesem Zeitpunkt betreuten Patienten dividiert. Bei der Darstellung der Ergebnisse nach Angebotsform (Abbildung 3) ist zu berücksichtigen, dass in den Kostensätzen der teil- und vollstationären Hilfsangebote in mehr oder weniger großem Umfang auch Verpflegungs-, Investitions- und Instandhaltungskosten enthalten sind.

Abbildung 1: Anteil Fachkräfte mit Zusatzqualifikation (K6) nach Angebotsform\*



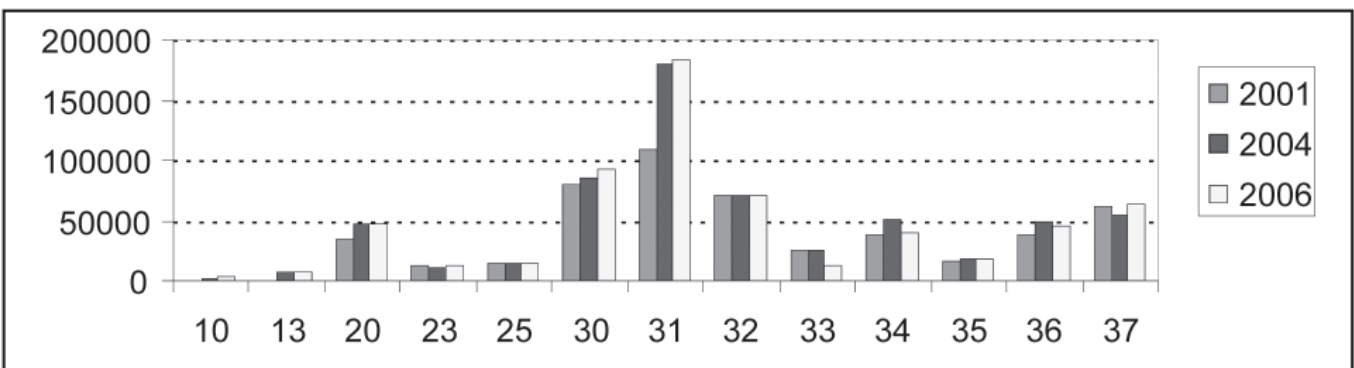
\* nur Angebotsformen mit Angabe von mindestens 10 Vollkräften.

Abbildung 2: Betreuungsintensität (K7) nach Angebotsform\*



\* ohne AF 10 und 16 (überwiegend pauschal finanziert); aufgeführt sind nur Angebotsformen mit Angabe von mindestens 10 Vollkräften

Abbildung 3: Betreuungskosten (K8) nach Angebotsform\*



\* Jahreskosten pro Platz in €; nur Angebotsformen mit Angabe von mindestens 10 Vollkräften und Erreichen des Gütekriteriums für das Berichtsjahr 2004 (berechenbare Angaben für mindestens 50% des Platzangebotes).

## Daten zur Basis- und Leistungsdokumentation

In der Tabelle 6 ist die Beteiligung der Hilfsangebote an der anonymisierten Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C für die Berichtsjahre 2001 bis 2006 nach Angebotsformen (AF) aufgeführt.

Tabelle 6: Anzahl Datenblätter C nach Angebotsform für die Jahre 2001 bis 2006

Angebotsform	2001	2002	2003	2004	2005	2006
10 Sozialpsychiatr. Dienst / PIA	1085	929	2907	3727	5346	6276
12 psychosoziale Kontaktstellen			3			
13 ambulant betreutes Wohnen	197	447	504	632	645	972
15 ambulante Hilfen zur Arbeit					21	25
16 Sucht-Beratungsstellen	604	815	879	987	671	733
18 amb. gerontopsychiatr. Hilfen					24	28
19 sonstige ambulante Hilfen	80	1		4	42	1
23 Tagesstätten (§ 53 SGB XII)	113	98	65	91	65	100
24 Werkstätten (WfbM)					178	
33 Wohnheime (§ 53 SGB XII)	92	160	50	88	65	54
36 spez. Heime für Suchtkranke		3				
37 Wohnheime (KJHG)	48	50	44	53	52	59
Summe Datenblätter C	2219	2503	4452	5582	7109	8248

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

Das Datenblatt C wird bisher nur von den Hilfsangeboten der Angebotsformen (AF) 10, 13, 16 und 23 so umfassend genutzt, dass eine vergleichende Auswertung der diesbezüglichen Ergebnisse sinnvoll erscheint. Doch selbst hier sind Einschränkungen zu beachten. Für das Berichtsjahr 2006 waren in der AF 10 zwar alle 11 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) beteiligt, aber von den insgesamt 9 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nur diejenige in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH. Bei den Suchtberatungsstellen (Sucht-BS, AF 16) waren es 5 von 13 registrierten Hilfsangeboten, beim ambulant betreuten Wohnen (abW; AF 13) 11 von 23, bei den Tagesstätten (TS; AF 23) 4 von 9.

Trotz dieser Einschränkungen gibt es einige bemerkenswerte Ergebnisse zu den betreuten Patientengruppen dieser vier Angebotsformen (Tabelle 7). Bei den Nutzern der drei ambulanten AF steigt der Anteil männlicher Patienten (K9) von 2001 nach 2006 an, während er bei den Klienten der Tagesstätten abnimmt. Der entsprechende Wert lag 2006 für die AF 16 (Sucht-BS) bei 66%, für die AF 13 (abW) bei 62%, für die AF 10 (SpDi/PIA) bei 53%, für die Tagesstätten (AF 23) dagegen nur bei 43%. Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten überwiegen übrigens immer deutlich die Frauen, die bekanntermaßen im Durchschnitt viel besser in der Lage sind, ihre Hilfsbedürftigkeit zu erkennen zu geben und die empfohlenen Therapien durchzuhalten.

Die Ergebnisse zur Altersverteilung (K10-K12) zeigen, dass der Altersdurchschnitt der Patienten im Fünfjahresverlauf ansteigt, am stärksten beim Sozialpsychiatrischen Dienst, weniger beim ambulant betreuten Wohnen und kaum bei den Suchtberatungsstellen. Die Tagesstätten betreuen zwar keine Minderjährigen, überwiegend jüngere und praktisch keine Klienten über 65 Jahre, aber auch hier steigt der Altersdurchschnitt an, sichtbar am sinkenden Anteil von Klienten unter 45 Jahren.

Der Anteil von Personen mit einer gesetzlichen Betreuung (K13) steigt im Sozialpsychiatrischen Dienst (2001: 27% / 2006: 39%) und im ambulant betreuten Wohnen (2001: 46% / 2006: 57%) über die Jahre merklich an. Bei den Nutzern der Suchtberatungsstellen spielt eine juristische Flankierung keine nennenswerte Rolle, für die Klienten von Tagesstätten ergeben sich uneinheitliche Werte.

Tabelle 7: einige Merkmale der Patienten ambulanter Hilfsangebote (K9-K13)\*

Angebotsform		Anzahl DB C	männliche Patienten (K9)	Patienten unter 18 Jahre (K10)	Patienten unter 45 Jahre (K11)	Patienten ab 65 Jahre (K12)	gesetzlich betreute Patienten (K13)
SpDi / PIA (AF10)	2001	1085	47,6%	0%	52,4%	13,0%	26,8%
	2004	3727	49,1%	0,3%	47,7%	16,1%	36,8%
	2006	6214	52,6%	0,1%	47,1%	15,9%	38,5%
abW (AF 13)	2001	197	55,3%	0%	59,9%	3,6%	46,2%
	2004	632	61,9%	0%	54,6%	4,0%	50,4%
	2006	795	61,6%	0%	56,5%	5,7%	56,5%
Sucht-BS (AF 16)	2001	604	59,7%	0,2%	53,0%	3,6%	0,8%
	2004	987	63,6%	0,6%	54,1%	3,3%	1,5%
	2006	784	66,2%	0,5%	51,0%	4,6%	1,0%
Tages-stätten (AF 23)	2001	113	48,4%	0%	81,1%	0%	35,6%
	2004	91	46,4%	0%	80,4%	0%	58,9%
	2006	100	43,0%	0%	62,0%	1,0%	40,4%

### Exkurs: Erläuterungen zum Aussagewert des psychosozialen Risikos

In der Bevölkerung gibt es ein breites Verständnis dafür, dass die Medizin bei Gesundheitsstörungen gewöhnlich zunächst diagnostische Untersuchungen vornimmt, um nach Feststellung der zugrunde liegende Krankheit eine dagegen wirksame Behandlung auszusuchen. Die Psychiatrie hat sich in den letzten 200 Jahren als Teilgebiet der Medizin formiert und bemüht sich auch bei den Störungen der seelischen Gesundheit um eine Einordnung des Einzelfalls in eine Systematik von Krankheitsdiagnosen. Dieses Vorgehen ist zweifellos für die Suche nach einer wirksamen Behandlung auch hier hilfreich, stößt aber gerade bei den Hilfen für chronisch und schwer psychisch erkrankte Menschen schnell an seine Grenzen. In ihrer Anklammerung an die klinische Medizin hat es die psychiatrische Wissenschaft jedoch bisher versäumt, eine diagnostische Systematik unter Einbezug der psychosozialen Problemlagen der betroffenen Menschen zu entwickeln.

Der in der Psychiatrieberichterstattung der Region eingesetzte psychosoziale Risikoscore (psR) wurde entwickelt, um wichtige und leicht messbare Einflussfaktoren auf den Verlauf einer seelischen Erkrankung in einer Kennzahl zusammenfassen. Aus acht psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen (Merkmale 3.1 bis 3.8 des Datenblattes C; siehe das Formular im Anhang) wird der psR berechnet. Vier Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der Betroffenen, vier weitere das Ausmaß ihrer sozialen Desintegration. Je stärker die Ausprägung des Merkmals, desto höher das Risiko für einen komplizierten Verlauf der Erkrankung. Der psR kann nur bei erwachsenen Menschen berechnet werden. Die Merkmalsausprägungen müssen zwischen 1 und 4 liegen; nur beim Merkmal „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ wird auch ein Wert 0 (bisher kein Klinikaufenthalt) mit einbezogen. Fehlt die Angabe zu einem der acht Merkmale oder lautet sie „unbekannt/unklar“, ist eine Berechnung nicht möglich.

Der Score wurde ursprünglich mit sechs Merkmalen (Merkmale 3.1-3.3 und 3.5-3.7 des Datenblattes C) bei den chronisch psychisch kranken Menschen eines Versorgungssektors zwischen 18 und 60 Jahren auf seine Aussagekraft erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für eine Langzeithospitalisation im zehnjährigen Untersuchungszeitraum anstieg mit dem Risiko, das beim oft lange zurückliegenden Erstkontakt in einer der für das Einzugsgebiet zuständigen Einrichtungen gemessen wurde (Tabelle 9) .



Tabelle 9: Langzeithospitalisationen nach dem Risikoscore bei Erstkontakt

Grad des psychosozialen Risikos (Summenscore aus sechs Merkmalen des Datenblattes C)		Anzahl Patienten beim Erstkontakt in den Einrichtungen	Langzeithospitalisa- tion im 10-Jahres- Zeitraum 1987-1996	
Definition	Scorewerte		Anzahl	Anteil
1 geringes Risiko	6-10	51	4	8%
2 mäßiges Risiko	11-15	134	21	16%
3 deutliches Risiko	16-20	120	39	33%
4 hohes Risiko	21-24	8	4	50%
alle Patienten	6-24	313	68	22%

Der Risikoscore wurde später um die „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (DB C-Merkmal 3.4) und die „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (DB C-Merkmal 3.8) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Beispiel der Nutzer von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden (Tabelle 10)<sup>2</sup>.

Tabelle 10: Hilfeempfehlungen nach mit 6 und 8 Merkmalen\*

Berechnung Risikoscore	Summenscore		empfohlene Eingliederungshilfe				
	Grad	Werte	alle	amb.	teilst.	amb.+ teilst.	stat.
Berechnung Summenscore mit sechs Merkmalen (psR-6)	1	6-10	0				
	2	11-15	3		1	1	1
	3	16-20	27	9	4	5	9
	4	21-24	6	1			5
	Durchschnitt			3,1	3,1	2,8	2,8
Berechnung Summenscore mit acht Merkmalen (psR-8)	1	7-13	0				
	2	14-19	1			1	
	3	20-25	23	8	5	4	6
	4	26-32	12	2		1	9
	Durchschnitt			3,3	3,2	3,0	3,0

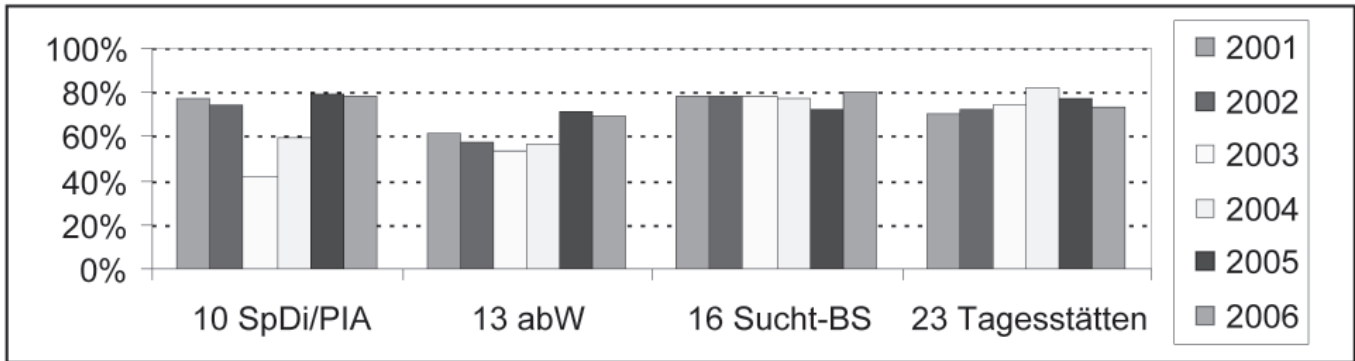
<sup>1</sup>Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft:51-58

<sup>2</sup>Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

## Psychosoziales Risiko (K14)

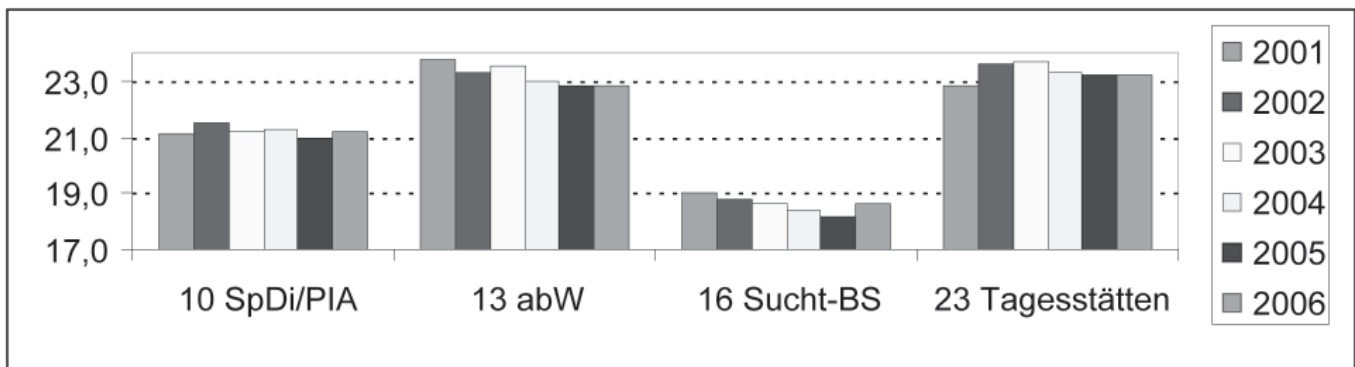
Längst nicht bei allen Datenblättern C konnte bisher das psychosoziale Risiko ermittelt werden, obwohl bisher kaum Datenblätter C für minderjährige Patienten abgegeben wurden (Abbildung 4). Immerhin hat sich der Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore bei den Angebotsformen 10 und 13 in den letzten beiden Berichtsjahren dem Standard bei den Angebotsformen 16 und 23 angenähert, wo er schon seit 2001 zwischen 70% und 80% liegt.

Abbildung 4: Anteil Datenblätter C mit berechenbarem psychosozialem Risiko



Die Durchschnittswerte des psychosozialen Risikoscore in den vier genannten Angebotsformen veranschaulichen die großen Unterschiede zwischen den jeweiligen Nutzergruppen. Bei den Suchtberatungsstellen (AF 16) und den Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13) kam es von 2001 bis 2005 zu einem leichten Absinken des Durchschnittswertes, der sich 2006 jedoch nicht weiter fortsetzte (Abbildung 5). Die Klienten von ambulanten (AF 13) und teilstationären (AF 23) Eingliederungshilfen weisen ein vergleichbar hohes durchschnittliches psychosoziales Risiko auf, das deutlich über demjenigen im Sozialpsychiatrischen Dienst oder gar in den Suchtberatungsstellen liegt. Dies spricht dafür, dass diese Angebote im Großen und Ganzen tatsächlich diejenigen Menschen betreuen, für die sie gedacht sind.

Abbildung 5: durchschnittliches Psychosoziales Risiko der betreuten Patienten (K14)



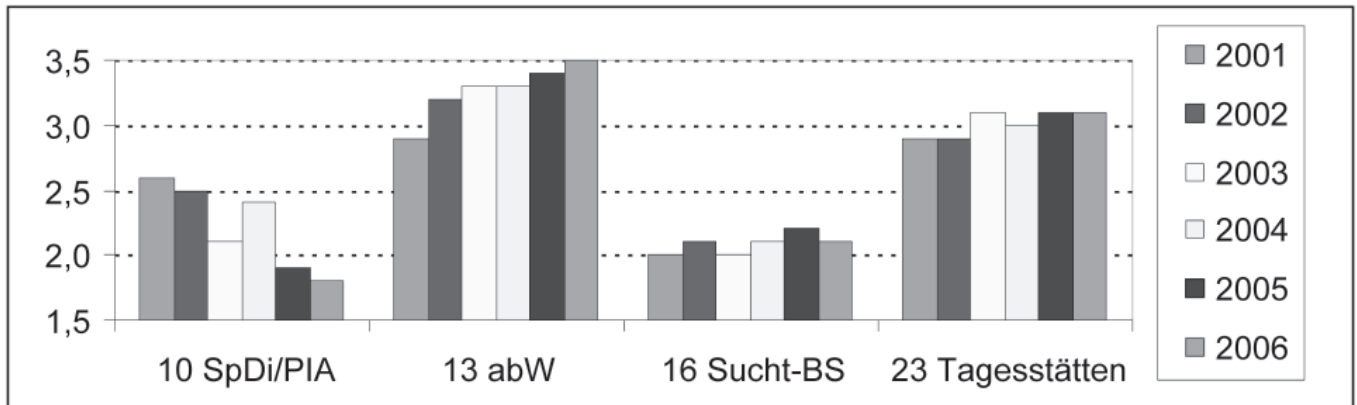
## Betreuungskontinuität (K15)

Die Betreuungskontinuität gibt Auskunft über die Gesamtdauer der Betreuung im Berichtsjahr in dem Hilfsangebot, für das ein entsprechendes Datenblatt C ausgefüllt wurde. Bei den tagesklinischen und vollstationären Hilfsangeboten psychiatrischer oder psychotherapeutischer Kliniken wird die Angabe der Behandlungsdauer in Tagen erfragt. Sie kann also im Einzelfall mehrere Aufenthalte im Berichtsjahr umfassen und einen Wert zwischen 1 und 365 annehmen. Kliniken haben sich bisher allerdings durchweg nicht an der Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt.

Bei allen anderen Angebotsformen wird zur Berechnung der Betreuungskontinuität nach der Anzahl der Quartale gefragt, in denen der Patient im Berichtsjahr im Hilfsangebot betreut wurde. Hier ist es beim ambulant betreuten Wohnen zu einem Anstieg der durchschnittlichen Betreuungskontinuität gekommen, was angesichts des hohen psychosozialen Risikos der

Patienten sicherlich zu begrüßen ist (Abbildung 6). Die relativ geringe und insgesamt weiter abnehmende Betreuungskontinuität bei den Sozialpsychiatrischen Diensten ist darauf zurück zu führen, dass es hier zu einer Schwerpunktverlagerung von längerfristigen Betreuungen zu kurzen Kontakten im Rahmen von Kriseninterventionen, Hilfeplanverfahren und Begutachtungen gekommen ist.

Abbildung 6: Betreuungskontinuität bei den Hilfsangeboten (K15)



### Versorgungskombinationen (K19)

Kaum auswertbar war bisher die Kennzahl „Versorgungskombinationen“ (K19). Sie soll Aufschluss geben über die Verteilung ggf. weiterer Versorgungsleistungen außerhalb des eigenen Hilfsangebotes, falls vorher die Frage nach der Fallkoordination (K18) bejaht wurde. Hier gab es seit 2001 zwar gelegentlich Angaben, dabei wurde jedoch häufig das eigene Hilfsangebot fälschlicherweise bei den Versorgungskombinationen noch einmal aufgeführt. Ein häufiger anderer Fehler bei der Beantwortung dieser Frage bestand darin, dass, statt die Dauer weiterer Versorgungsleistungen im Berichtsjahr anzugeben, diese nur angekreuzt wurden. Hier kann nur eine EDV-gestützte Eingabe der Daten zu verwertbaren Angaben führen. Zumindest bei vier Hilfsangeboten gibt es jetzt für die Berichtsjahre 2005 und 2006 Gelegenheit zu einer Darstellung der Ergebnisse, nachdem dort eine nennenswerte Zahl von Patienten mit Versorgungskombinationen dokumentiert wurde (Tabelle 11).

Bei den vier Hilfsangeboten steigt von 2005 auf 2006 der Anteil der Patienten, für die Versorgungskombinationen bei Zuständigkeit im Sinne einer Fallkoordination bei komplexem Hilfebedarf dokumentiert wurden. Dieser Anteil dürfte allerdings zumindest bei den Angeboten 50.00 und 32.04 tatsächlich deutlich höher sein; viele Bezugstherapeuten scheuen noch den Zeitaufwand insbesondere bei der Ermittlung der aufs Jahr summierten Behandlungstage in der Klinik.

Mit aller Vorsicht angesichts der sicher unvollständigen Daten lassen sich einige Trends erkennen: Der SpDi (32.03) wird oft vor bzw. nach (teil-)stationären Behandlungen tätig, das betrifft rund 60% der dokumentierten Versorgungskombinationen. Die PIA (32.04) betreut Patienten mit einem sehr vielfältigen komplexen Hilfsbedarf: (teil-)stationäre Behandlungen sowie komplementäre Hilfen in den Bereichen Wohnen und Arbeit wurden im Berichtsjahr jeweils zu 25% bis 35% in Anspruch genommen. Versorgungskombinationen bei Nutzern des ambulant betreuten Wohnens (04.04 und 50.00) betreffen überwiegend die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (42% bis 60%). Hier war die Häufigkeit (teil-)stationärer Behandlungen unterschiedlich häufig (2% bis 30%), eher selten genutzt wurden zusätzliche Hilfen zum Wohnen und zur Selbstversorgung sowie Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstruktur.

Tabelle 11: Versorgungskombinationen bei vier ambulanten Hilfsangeboten (K19)

Code	Jahr	Patienten mit Versorgungs-Kombinationen		Anteil Patienten mit jeweils benannter Versorgungs-Kombination und deren Dauer							
				med. Behandlung			Wohnen		Arbeit		
		Zahl	Anteil	amb. (Q.)	teilst. (T.)	stat. (T.)	amb. (Q.)	stat. (Q.)	amb. (Q.)	teilst. (Q.)	
04.04 (abW)	2005	25 von 55	45%	Anteil	51%		2%	37%		9%	2%
	Dauer			3,6			84	3,4		3,2	1,0
2006	Anteil	47 von 62	76%	42%	1%	14%	33%		7%	4%	
	Dauer			3,6	28	54	3,9		2,5	2,2	
50.00 (abW)	2005	54 von 306	18%	Anteil	60%	1%	25%	2%		6%	6%
	Dauer			3,3	32	51	4,0		1,6	2,4	
2006	Anteil	140 von 357	39%	59%	1%	29%	1%		6%	3%	
	Dauer			3,3	8	50	4,0		2,2	3,1	
32.03 (SpDi)	2005	17 von 189	9%	Anteil	21%	5%	53%	21%			
	Dauer			1,8	25	60	2,8				
2006	Anteil	20 von 154	13%	23%	14%	46%	5%		14%		
	Dauer			3,5	54	51	3,0		1,0		
32.04 (PIA)	2005	84 von 416	20%	Anteil	10%	2%	30%	21%	11%	14%	12%
	Dauer			2,4	89	81	3,2	3,6	3,2	3,6	
2006	Anteil	153 von 448	34%	14%	4%	22%	19%	17%	11%	14%	
	Dauer			2,5	73	78	3,0	3,2	2,9	3,4	

## Spezielle Auswertungen

Daten zur Zielvereinbarung für Psychosekranken Männer unter 25 Jahren

Anfang 2007 wurde im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie eine regionale Zielvereinbarung zur Verbesserung der Betreuungskontinuität bei jungen Psychosekranken Männern abgeschlossen. Hat ein Psychosekranker Mann unter 25 Jahren eine notwendig erscheinende psychiatrische Behandlung oder Betreuung ohne Anschlussperspektive abgebrochen, soll der SpDi auf entsprechende Information gemäß der §§ 5, 6 und § 11 Abs. 2 NPsychKG tätig werden. Solch ein Mensch hat nämlich in den ersten Krankheitsjahren ein besonders hohes Risiko für Therapieabbrüche und Suizidhandlungen. Im weiteren Verlauf gerät er leicht in soziale Isolation, wird obdachlos und muss dann oft langfristig in einem Heim betreut werden. Die jeweils zuständige Beratungsstelle des SpDi versucht aufgrund entsprechender Information dann, mit ihm mindestens einmal pro Jahr in Kontakt zu kommen, für ihn und seine Angehörigen auch langfristig ansprechbar zu bleiben. Parallel wird es darauf ankommen, bessere Hilfsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln. Spezielle Auswertungen des Datenblattes C sollen der Überprüfung des Erfolgs dieser Zielvereinbarung dienen.

Im Berichtsjahr 2006 lag der Anteil der Hilfsangebote der AF 10 (SpDi/PIA) an allen abgegebenen Datenblättern C bei 76% (6276 von 8248), bei den Psychosekranken Männern unter 25 Jahren lag er bei 78% (83 von 106). Von der Gesamtgruppe Psychosekranker Menschen, deren Betreuung auf einem Datenblatt C dokumentiert wurde, sind nur etwa 5% Männer unter 25 Jahren (Tabelle 12). Ihr psychosozialer Risikoscore (K14) liegt nach den Auswertungen der Jahre 2001 bis 2006 mehr oder weniger deutlich über dem der Gesamtgruppe. Die Kontinuität der nicht-klinischen Betreuung (K15; angegeben in Quartalen pro Jahr) ist bei den Psychosekranken jungen Männern niedriger und der Anteil von Klinikbehandlungen im Berichtsjahr höher. Ziel der regionalen Zielvereinbarung ist es, mehr Personen dieser Zielgruppe zu erreichen und sowohl ihre nicht-klinische Betreuungskontinuität als auch den Anteil von Klinikbehandlungen an die Werte der Gesamtgruppe anzugleichen.

Tabelle 12: einige Merkmale Psychosekranker Männer unter 25 Jahren 2001 – 2006

	alle Patienten mit funktioneller Psychose						nur Psychosekranker Männer <25 Jahre					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006
DB C	831	917	1458	1728	2416	2663	4%	6%	5%	5%	4%	4%
K14	23,0	23,3	22,8	22,8	22,4	22,5	23,8	23,6	23,3	22,8	22,7	22,6
K15	3,2	3,1	2,7	3,1	2,4	2,3	2,2	2,6	2,0	2,6	2,1	2,0
Klinik	30%	38%	37%	35%	32%	26%	61%	75%	56%	59%	49%	37%

## Daten zu den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) gemäß §§ 5-7 NPsychKG werden in der Region Hannover hauptsächlich vom Team Gemeindepatrie des Fachbereichs Gesundheit der Region Hannover wahrgenommen. Dazu existieren neben Leitung, Geschäftsstelle des SpV und Steuerungsstelle Eingliederungshilfen (Zentrale; 39.00) insgesamt neun dezentrale Beratungsstellen (BS1-5 und BS 7-10; 39.01-39.08, 39.10) in den einzelnen Sektoren. Eine weitere Beratungsstelle gibt es für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (39.09). Die Ärzte in den für die Sektoren 1-5 zuständigen BS verfügen zudem gemäß § 116 SGB V über eine persönliche Ermächtigung zur Teilnahme an der Kassenärztlichen Versorgung. Seit dem Berichtsjahr 2003 beteiligen sich alle BS der Region an der Patientenbezogenen Dokumentation auf Grundlage des Datenblattes C. Der starke Anstieg der abgegebenen Datenblätter C von 2003 bis 2006 lässt vermuten, dass eine vollständige Dokumentation erst nach und nach erreicht wurde. Bei der Patientenzahl gibt es zwischen den einzelnen Diensten ebenso Unterschiede wie bei einigen Kennzahlen zur Charakterisierung ihrer Nutzer (Tabelle 13).

Bei den Patienten der Zentrale des SpDi (39.00) handelt es sich ganz überwiegend um seelisch behinderte Menschen mit einem hohen Bedarf an Eingliederungshilfen, die im Rahmen von Hilfeplanverfahren gesehen wurden. Dies erklärt den hohen Männeranteil (K9), den geringen Anteil alter Menschen (K12), die Häufigkeit rechtlicher Betreuungen (K13), das hohe psychosoziale Risiko (K14) und die geringe Betreuungskontinuität (K15) bei diesen Patienten. Die dezentralen Beratungsstellen zeigen bei den einzelnen Merkmalen durchaus einige Unterschiede, die sich wohl eher auf die Arbeitsweisen der Teams als auf die Besonderheiten der Sozialstruktur in den Einzugsgebieten zurückführen lassen.

Tabelle 13: Merkmale der Nutzer ambulant-aufsuchender Dienste (AF 10) 2006

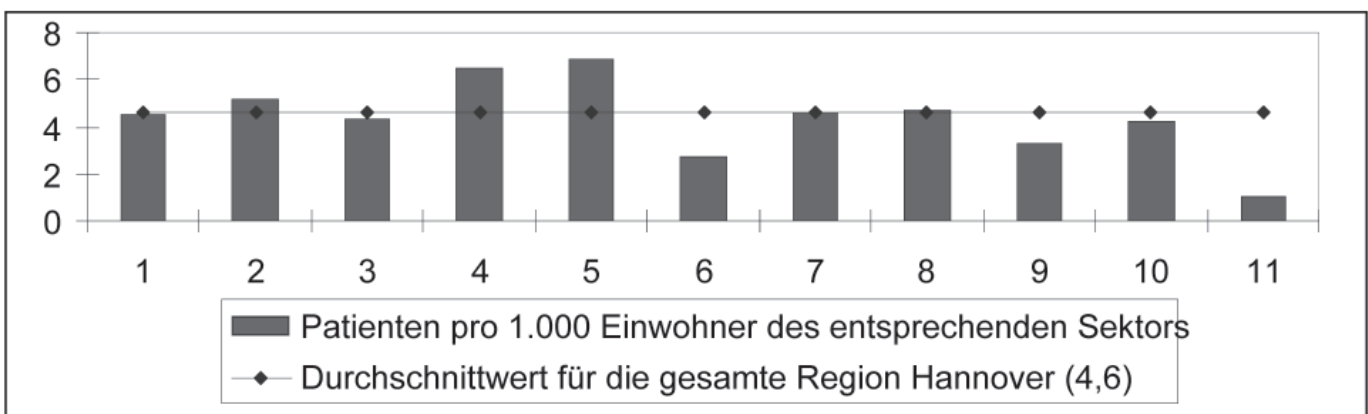
Code	Kurzbezeichnung	Anzahl DB C	Männer K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
27.05	PIA KfPP I Lgh.	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
27.06	PIA KfPP II Königstr.							
28.08	PIA KW Sehne-Ilten							
28.09	PIA KW Hannover							
31.02	BS 11 MHH-Campus	26	39%	40%	32%	8%	17,5	1,5
31.03	PIA MHH-Campus	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
32.03	BS 6 MHH-List	154	47%	49%	16%	16%	16,8	1,2
32.04	PIA MHH-List	448	45%	48%	15%	30%	20,8	3,1
35.07	PIA NLK Allg. Psy.	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
35.11	PIA NLK Suchtkr.							
35.13	PIA NLK Forensik							
39.00	SpDi Zentrale	496	61%	58%	6%	66%	23,4	1,4
39.01	BS 2 Freytagstr.	578	47%	44%	19%	34%	22,2	1,8
39.02	BS 3 Plauener Str.	313	50%	41%	20%	31%	21,3	1,9
39.03	BS 4 Deisterstr.	738	57%	56%	10%	41%	21,2	1,8
39.04	BS 5 Königstr.	591	53%	56%	10%	40%	21,3	1,7
39.05	BS 1 Ronnenberg	684	51%	45%	22%	27%	19,4	1,9

Code	Kurzbezeichnung	Anzahl DB C	Männer K9	<45 J. K11	≥65 J. K12	BtG K13	psR K14	Kont K15
39.06	BS 7 Burgdorf	571	54%	36%	23%	45%	22,1	1,6
39.07	BS 8 Neustadt	684	54%	46%	14%	36%	21,1	1,6
39.08	BS 9 Laatzen	387	55%	43%	17%	43%	21,3	1,9
39.10	BS 10 Langenhagen	544	53%	41%	19%	40%	20,9	1,9

In den Sektoren 6 und 11 sind die Aufgaben eines SpDi gemäß NPsychKG bereits 1980 den beiden psychiatrischen Polikliniken der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) übertragen worden. Sie werden dort von einem Team wahrgenommen, dass auch diagnostische und therapeutische Leistungen im Rahmen der §§ 115 (Notfallambulanz), 117 (Poliklinik) und 118 (Psychiatrische Institutsambulanz = PIA) SGB V erbringt. Im Sektor 6 führt die BS MHH-List (32.03) als SpDi vor allem Kriseninterventionen und Begutachtungen bei neuen Patienten durch, die bei längerem Behandlungsbedarf dann in die dortige PIA (32.04) übernommen werden. Die BS MHH-Campus (31.02), zuständig für den Sektor 11, hat sich für das Berichtsjahr 2006 erstmals an der Berichterstattung beteiligt. Die kleine Zahl von 26 abgegebenen Datenblättern C dürfte noch nicht den tatsächlichen Umfang der dort geleisteten Hilfen widerspiegeln. Für beide BS der MHH folgen aus den geschilderten Umständen relativ niedrige Durchschnittswerte bei der Patientenzahl, dem psychosozialen Risiko (K14) und der Betreuungsdauer.

Die regionale Verteilung der im SpDi betreuten Patienten pro 1.000 Einwohner des einzelnen Sektors zeigt auch ohne Berücksichtigung der Sektoren 6 und 11, die in Zuständigkeit der MHH liegen, einige Unterschiede (Abbildung 7). Die drei stadthannoverschen Sektoren 3 bis 5 mit hoher Bevölkerungsdichte liegen erwartungsgemäß über dem Durchschnittswert der Region (4,6), während der Umland-Sektor 9 (BS Laatzen) mit 3,3 Patienten pro 1.000 Einwohner deutlich darunter bleibt.

Abbildung 7: Patientenverteilung im SpDi nach dem Sektor ihres Wohnsitzes 2006



## Daten zu den Hilfsangeboten des ambulant betreuten Wohnens

22 Einrichtungsträger hielten im Jahre 2006 insgesamt 23 Angebote im ambulant betreuten Wohnen vor, elf von ihnen beteiligten sich an der Datenerhebung mit dem Datenblatt C (Tabelle 14). Je nach den Besonderheiten des einzelnen Hilfsangebots variieren Geschlechts- und Altersverteilung ihrer Nutzer. Bemerkenswert sind die Unterschiede beim Anteil von Klienten mit einer rechtlichen Betreuung (K13), die sich durchaus nicht gleichsinnig mit der Höhe des durchschnittlichen psychosozialen Risikos (K14) verhalten. Zur Klärung dieser Differenzen wäre ein Austausch unter den Mitarbeitern der Angebote in der Fachgruppe „soziale Eingliederung“ hilfreich.

Tabelle 14: Hilfsangebote und ihre Nutzer im Ambulant betreuten Wohnen

Code-Nr.	Kurzbezeichnung	Anzahl DB C	K9	K11	K12	K13	K14	K15
			Männer	<45 J	≥65 J	BtG	psR	Kont
04.04	AWO	62	45%	66%	3%	63%	23,0	3,4
05.03	Balance Garbsen	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
05.04	Balance Springe							
07.02	beta 89	169	49%	66%	4%	50%	22,8	3,4
13.01	Wedemark	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
15.03	Ex&Job							
16.01	FIPS	26	54%	46%	4%	42%	24,3	3,8
17.00	Pro Casa	41	58%	61%	5%	73%	21,4	3,7
18.04	PfIH Am Seelberg	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
20.02	Hann. Werkstätten	75	63%	62%	3%	68%	22,5	3,7
21.00	Wohnnetzassistenz	8	38%	88%	0%	0%	22,5	3,4
28.20	Klinikum Wahrendorff							
30.00	Landwehrpark	14	64%	50%	7%	93%	22,2	3,4
36.04	PfIH Wilkening	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
43.02	Verein z. F. s. Beh.							
44.00	Verein z. F. soz. Bez.	12	8%	0%	75%	58%	23,4	3,8
50.00	SuPA GmbH	357	73%	52%	6%	53%	22,8	3,5
51.00	Perspektiven GbR	24	67%	38%	4%	88%	25,0	2,7
52.00	Heuberg GmbH	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
53.00	Betr.-Praxis S.-S.	7	43%	86%	0%	43%	22,7	1,7
55.00	Kompass	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung mit DB C)</i>						
56.00	Werte e.V.							
59.00	AHMB							

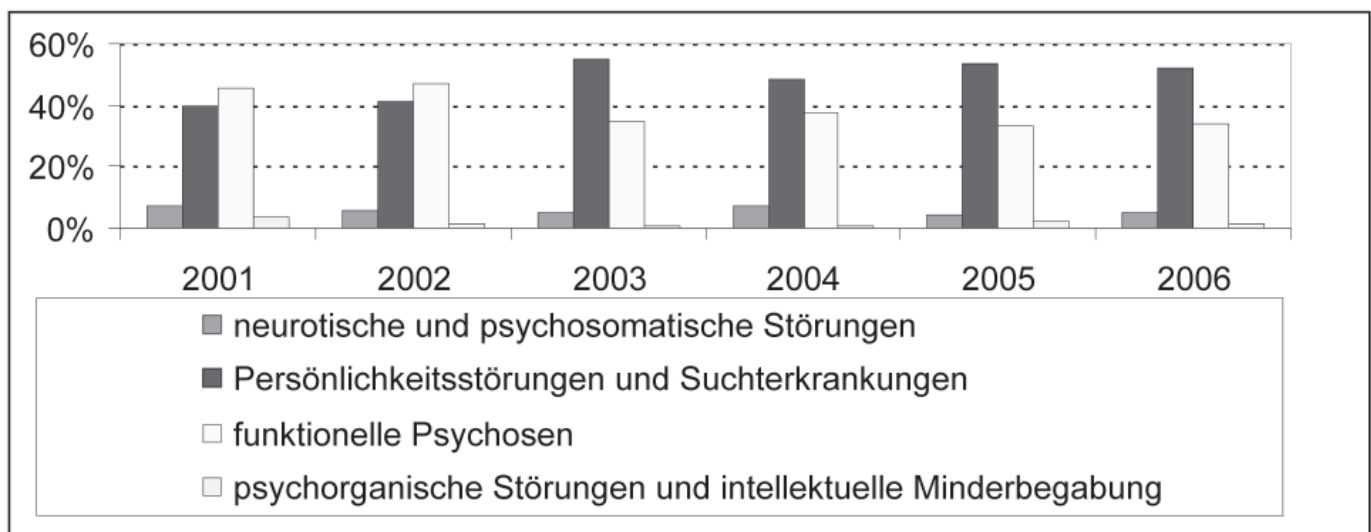
In der Region Hannover hat man bisher bewusst auf eine andernorts übliche Kontingentierung der Plätze im ambulant betreuten Wohnen verzichtet. Kostenträger und Leistungserbringer stellen entsprechend dem im Hilfeplanverfahren festgestellten Bedarf ein Angebot bereit, so dass Wartezeiten vermieden werden. Die in den Berichtsjahren 2001 bis 2005 bei ständig steigenden Fallzahlen beobachtete leichte Abnahme des Anteils von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (Scorewerte von 26-32) hat sich im Jahr 2006 nicht fortgesetzt (Tabelle 15). Die Betreuungskontinuität variierte 2006 kaum noch mit der Höhe des psychosozialen Risikos; wünschenswert wäre sicherlich eine größere Kontinuität bei Patienten mit einem höheren Risikoscore, wie es die Auswertung für das Berichtsjahr 2004 ergab.

Tabelle 15: Betreuungskontinuität der Nutzer im abW nach psychosozialem Risiko

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

Die Verteilung der Patienten des ambulant betreuten Wohnens nach ihrer psychiatrischen Erstdiagnose hat sich im Jahre 2006 gegenüber 2005 kaum verändert. Seit 2003 führen hier die Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen gegenüber den funktionellen Psychosen (Abbildung 8). Erstdiagnosen aus den Bereichen der neurotischen und psychosomatischen Störungen spielen eine geringe Rolle, psychoorganische Störungen und intellektuelle Minderbegabungen werden als Erstdiagnose kaum einmal angegeben.

Abbildung 8: Erstdiagnosen bei Patienten des Ambulant betreuten Wohnens (K16)



**Anschrift des Verfassers:**

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



# Zielvereinbarungen

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

von Lothar Schlieckau (*Psychiatriekoordinator*)

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

Im Laufe des Jahres 2006 war von einer Unterarbeitsgruppe nach Auftrag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie eine Konzeption erarbeitet und im AKG vorgestellt worden. Diese Konzeption, die nachfolgend abgedruckt wird, konnte aber im Laufe des Jahres 2007 nicht umgesetzt werden. Die entsprechende Passage aus dem Protokoll der Sitzung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie am 04.10.2007 ist nachfolgend abgedruckt:

#### **Konzeption:**

#### **Berufsfeldbezogene Zusatzqualifikation bei Eingliederungshilfen gemäß § 53 ff SGB XII für den Bereich des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**

Die hier dargestellte Berufsfeldbezogene Zusatzqualifikation kann und soll staatlich anerkannte, curriculare Sozialpsychiatrische Zusatzausbildungen nicht ersetzen.

Die Fortbildungen dieses Baukastensystems sollen den ausschließlichen Zweck haben, im Bereich der Eingliederungshilfe einen fachlich hohen Standard der Fähigkeiten und Kenntnisse der beteiligten Berufsgruppen in Abhängigkeit von ihren Arbeitsfeldern herzustellen, bzw. zu erhalten. Gemäß den in § 53 Abs. 3 SGB XII definierten grundlegenden Aufgaben der Eingliederungshilfe, sollen alle unter dieser Maßgabe angebotenen Fortbildungen allein der besonderen Aufgabe dienen, die Fähigkeiten und Kenntnisse der hier Tätigen zu verbessern, bei der Klientel eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.

Angesichts der verschiedenen Umsetzungsformen der Eingliederungshilfe und ihrer umfassenden Aufgabenbereiche, verzichtet das Baukastensystem weitgehend auf steuernde Elemente und fordert die Fortbildungsnehmer auf, sich ein individuelles Fortbildungspaket zusammenzustellen, bei dem praktische und theoretische Anteile, arbeitsfeldbezogene Selbstreflexion und Wissensentwicklung in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. In diesem Sinne wird bei der folgenden Einteilung in Fortbildungskategorien nicht von Fachwissen, sondern von zu erwerbender Kompetenz gesprochen, die neben der Sachkompetenz eben auch die persönliche und soziale Kompetenz des Fortbildungsnehmers meint.

Arbeitgebern und Vorgesetzten soll das Baukastensystem eine Grundlage bieten, MitarbeiterInnen in ihren Fortbildungsvorhaben zu beraten.

#### **Kernkategorien und Nebenkategorien**

Die grundsätzliche Eignung einer Fortbildungsmaßnahme für das Baukastensystem ist zu prüfen. Die Fortbildungen des Baukastensystems sollen dafür unterteilt werden in so genannte ...

- **Kernkategorien,**  
die zentrale Kompetenzen, Kenntnisse und Fertigkeiten der verschiedenen Berufsfelder in den Eingliederungshilfen betreffen und für die grundsätzliche Ausübung der Tätigkeiten unverzichtbar sind,
- **Nebenkategorien,**  
die wesentliche ergänzende Kompetenzen, Kenntnisse und Fertigkeiten darstellen und die Tätigkeit bereichern bzw. ihr eine eigene Prägung geben können.

#### **Kernkategorien sind ...**

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| a. Sozialtherapeutische Kompetenz | e. Pflegerische Kompetenz          |
| b. Pädagogische Kompetenz         | f. Sozialrechtliche Kompetenz      |
| c. Medizinische Kompetenz         | g. Sozialwirtschaftliche Kompetenz |
| d. Psychotherapeutische Kompetenz | h. Qualitätsmanagement             |

**Nebenkategorien sind ...**

- a. Gestalterische Fähigkeiten
- b. Handwerkliche Fähigkeiten
- c. Lebenspraktische Fähigkeiten
- d. Erste Hilfe / Fahrsicherheitstraining
- e. Sprachkurse
- f. ...

**Definition der Zertifizierungsgrundlagen**

Den FortbildungsnehmerInnen ist auf ihren Antrag ein Zertifikat mit dem Titel „Berufsfeldbezogene Zusatzqualifikation bei Eingliederungshilfen gemäß § 53 ff SGB XII“ (Arbeitstitel) für ihre erbrachten Leistungen auszustellen, wenn diese die folgenden Kriterien erfüllen:

Die FortbildungsnehmerIn muss in einem Zeitraum von 5 Jahren insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte erworben haben und nachweisen können.

Dieser Zeitraum kann auf Antrag und bei begründeten Ausnahmen (z.B. Längerer Erkrankung, Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Teilzeitbeschäftigung) um einen Zeitraum von maximal 2,5 Jahren verlängert werden.

Mindestens 200 Fortbildungspunkte müssen im Bereich der Kernkategorien erworben worden sein. In der Wahl der Fortbildungsmethoden ist er/ sie dabei weitgehend frei, wobei aber durch die FortbildungsnehmerIn eine ausgewogene Verteilung von Praxisreflexion und Wissensgewinn vorgenommen werden soll.

Die Einhaltung dieser Vorgaben ist zu prüfen.

Zur Prüfung ist durch den Sozialpsychiatrischen Verbund in Kooperation mit den Fortbildungsanbieter ein Gremium zu bilden, das mindestens halbjährlich zusammentrifft und folgende Leistungen erbringt:

- Prüfung und Anerkennung von Fortbildungen
- Prüfung von eingereichten Zertifizierungsanträgen von Fortbildungsnehmern
- Zertifizierung von Einrichtungen nach noch zu entwickelnden Standards.

Die Fortbildungspunkte sind wie folgt zu erwerben:

<b>Teilnahme an ...</b>	<b>Bewertung</b>	<b>Maximal</b>
Vortrag und Diskussion	1 Punkt/45 Min.	8 Punkte/ Tag
Kongresse	Ohne Einzelnachweis bzw. 6 Punkte/ Tag	3 Punkte/ _ Tag
Einzelnachweis für Workshop, Arbeitsgruppe, Qualitätszirkel, Intervision, Kleingruppenarbeit, Literaturkonferenz, Supervision	1 Punkt/45 Min. und 1 Zusatzpunkt/ Veranstaltung bis zu 4 Stunden	Höchstens 2 Zusatzpunkte/ Tag
Strukturierte interaktive Fortbildung über Print-, Online- und audiovisuelle Medien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform	1 P u n k t / Übungseinheit	
Fachlich fundierte Arbeitsgruppen in der eigenen Einrichtung, interne Teamfortbildung	1 Punkt/ 45 Min.	Max. 50 Punkte in 5 Jahren
<b>Eigene Leistungen ...</b>		
Selbststudium (Fachliteratur)		Max. 50 Punkte in 5 Jahren
Eigene Fachveröffentlichungen und -vorträge	1 Punkt/Beitrag	
Tätigkeit als Referent / Qualitätszirkelmoderator	1 Punkt je Beitrag/ Poster/ Vortrag zusätzlich zu den Teilnehmern	
Hospitation	1 Punkt/Stunde	8 Punkte/Tag
Curriculare Fortbildungsmaßnahme, sowie Zusatzausbildung	1 Punkte/ 45 Min.	

## **z.Zt. bekannte Fortbildungsträger mit regionalen Schwerpunkt bzw. Angeboten sind:**

Akademie für Rehabilitationsberufe gGmbH,  
Henriettenweg 1, 30655 Hannover  
Telefon: 0511 628471 und 72

Excurs  
Rote Kreuzstrasse 33, 30627 Hannover  
0511 5638480

Fortbildung und Fachberatung für Pflege in Niedersachsen,  
Am Hülzkamp 11, 31547 Rehburg – Loccum  
Telefon: 05766 942070

LKH Wunstorf

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen

Klinikum Wahrenndorff GmbH, Institut für Fort- und Weiterbildung  
Rudolf – Wahrenndorffstrasse 22, 31319 Sehnde  
Telefon: 05132 90222

Medizinische Hochschule Hannover Abteilung Sozialpsychiatrie / Psychotherapie  
Carl-Neuberg Strasse 1, 30625 Hannover  
Telefon: 0511 5323185

Zentrum für Erwachsenenbildung im Stephansstift  
Kirchröder Straße 44  
30625 Hannover

dazu kommen verschiedene überregionale Anbieter  
wie z.B. DGSP/Köln u.a. die entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen anbieten

### **Protokollauszug:**

„Herr Schlieckau stellte ausführlich den Diskussionsprozess im letzten Jahr hinsichtlich der Bemühung zur Einführung solch einer Zielvereinbarung vor. Insbesondere die Diskussion um die Vereinbarung einer freiwilligen Vereinbarung innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover über die Einrichtung einer zertifizierten berufsfeldbezogenen Zusatzqualifikation bei Eingliederungshilfeträgern gemäß § 53 SGB XII.

Hier war in einer Arbeitsgruppe eine sehr qualifizierte Vorarbeit geleistet worden. Gemäß dem Auftrag des Arbeitskreises war abschließend mit den Geschäftsführern der Anbieter von Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII dieser Vorschlag diskutiert worden.

Leider war der Verlauf dieses Gespräches mit den Geschäftsführungen negativ. Die Geschäftsführungen haben den Vorschlag der Arbeitsgruppe abgelehnt. Sie haben darauf hingewiesen, dass die Anforderungen an Qualifikation für die Angebote und für die Mitarbeiter in den Leistungs-, Entgelt- und Prüfungsvereinbarungen mit den Kostenträgern verankert seien. Dort würde alles regelbar sein.

Wenn die Kostenträger hier eine Qualitätsprüfung durchführen möchten, können sie dies jeder Zeit tun. Wenn zusätzliche Qualifikation verlangt wird, müsste sich dieses auch im Preis darstellen. Auch der Hinweis aus der Arbeitsgruppe, dass hier mit der freiwilligen Qualifikationsvereinbarung im wesentlichen eine Zusammenfassung der jetzt schon vorhandenen Angebote und Zusatzausbildungen bei den einzelnen Anbietern angestrebt werden soll, und dieses doch auch zu einem internen Qualifikationsvergleich und zu einem vernetzten Qualifikationsstandard innerhalb der Region dienen kann, wurde so nicht gesehen.

Da ohne ein Votum der Geschäftsführung eine Umsetzung dieser Zielvereinbarung nicht möglich ist, wurde von Herrn Schlieckau deshalb vorgeschlagen, diese jetzt fallen zu lassen und nicht weiter zu verfolgen. Inwiefern der Kostenträger von sich aus die Diskussion nochmals aufgreift, um in zukünftigen Leistungs-, Entgelt- und Prüfungsvereinbarungen die Frage der Qualitätsanforderung neu zu definieren, zusammen mit den Anbietern bleibt dahingestellt.

In der anschließenden Diskussion im Arbeitskreis wurde durchaus bedauert, dass diese Entscheidung so sich jetzt darstellt, allerdings wurde auch verstanden, dass ohne die Geschäftsführung eine Umsetzung nicht möglich ist. Es wurde aber ange-regt, das Thema weiter im Hinterkopf zu behalten und zu versuchen eventuell über niedrighschwelligere Ebenen zu neuen Qualitätsvergleichen zu kommen und insbesondere auch gegenüber dem Sozialhilfeträger anzuregen, inwieweit er diesen Diskussionsansatz nicht aufgreift

Dieses wird seitens der Geschäftsstelle aufgegriffen und ist inzwischen auch erledigt. Es bleibt abzuwarten, ob dieses The-ma durch Mitglieder des Arbeitskreises nochmals aufgegriffen wird, möglicherweise in veränderter Form“

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

Mit Beginn des Jahres 2007 ist mit der tatsächlichen Umsetzung begonnen worden. Federführend ist bei der Durchfüh-rung der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover. Im Dezember 2006 ist nach Billigung im Arbeitskreis Gemein-depsychiatrie die nachfolgende Regelung veröffentlicht und ab 01.01.2007 als Handlungsanleitung im Sozialpsychiatri-schen Verbund bekannt gemacht worden.

Nach Ablauf des Jahres 2007 sind 5 Meldungen seitens der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen bei der Teamleitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfolgt. Von anderen Anbietern im Verbund erfolgte keine Meldung. Mit Beginn des Jahres 2008 werden jetzt auch die internen Qualitätsschritte (siehe nachfolgende Umsetzungsliste) installiert.

An dieser Stelle sei auch nochmals daraufhingewiesen, dass sich die Anbieter im Sozialpsychiatrischen Verbund über die entsprechende Meldung (siehe Punkt 1 der Umsetzungsliste), wie im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie vereinbart, an der Umsetzung der Zielvereinbarung beteiligen mögen und so zur Verbesserung der Betreuungskontinuität des betroffenen Personenkreises beizutragen.

Umsetzung der Zielvereinbarung zur Verbesserung der Betreuungskontinuität für psychosekranke Männer unter 25 Jahren

- Mitglied des Sozialpsychiatrischen Verbundes (z. B. ambulanter Hilfsdienst, niedergelassener Facharzt, Klinik) informiert die zuständige SpDi-Beratungsstelle oder die SpDi-Zentrale gemäß NPsychKG über einen Pat., auf den die folgenden Krite-rien zutreffen (Mann unter 25 Jahren, aktuell funktionelle Psychose erstmals diagnostiziert, Abbruch oder Nicht-Aufnahme der als notwendig erachteten Weiterbetreuung)
- Je nachdem wo die Information eingeht, wird sie von der Beratungsstelle an die Zentrale oder umgekehrt weitergeleitet
- Excel-Tabelle über die im Rahmen dieser Zielvereinbarung zu betreuenden Patienten wird in der SpDi-Zentrale geführt
- Jeweils 1 – 2 MitarbeiterInnen in den Beratungsstellen sind speziell für dieses Projekt zuständig
- In regelmäßigen Abständen Austausch im SpDi unter Moderation des Teamleiters zum Sachstand des Befindens und der Betreuung bei den einzelnen Patienten (Dokumentation nach speziellen Kriterien, z. B. Ringbuch mit Fortschreibungsmög-lichkeit)
- Überlegungen zur Verbesserung der Angebote für diese Patientengruppe, insbesondere auch im SpDi unter Nutzung der Kompetenzen der KJP
- Mindestens 1 Patientenkontakt im Jahr, wenn es sonst keine besonderen Vorkommnisse gibt
- Überprüfung der Verbesserung der Betreuungskontinuität über Datenblatt C

### **Anschrift des Verfassers:**

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

# Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

## Berichte von 9 Fachgruppen

### Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Annette Theißing (*Sprecherin der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe ist seit 2001 im Sozialpsychiatrischen Verbund aktiv. In ihr arbeiten Vertreter der Psychiatrieerfahrenen (VPE), der Bildungsträger, Rehabilitationseinrichtungen, der Leistungsträger, der klinischen und ambulanten Ergotherapie, des Berufsbildungswerkes Annastift, der WfbMs, BfWe, der Integrationsfachdienste und Integrationsbetriebe zusammen. Die Fachgruppe hat sich im Berichtszeitraum nach längerer Unterbrechung im vergangenen Jahr in 2007 dreimal getroffen und sich mit folgenden Themen beschäftigt:

#### Aktuelle Entwicklungen der Rehabilitationsangebote in Hannover

Die Fachgruppe dient unter anderem als „Informationsbörse“ zu konzeptionellen Veränderungen und neuen Angeboten im Bereich der Rehabilitation psychisch kranker Menschen in Hannover. So gab es im vergangenen Jahr unter anderem folgende Veränderungen:

Der berufsbegleitende Dienst der AWO hat sich zum Integrationsfachdienst erweitert und er verfügt nun über vier Stellen, in der Schwerbehinderte und Gleichgestellte aller Behinderungsformen bei der Stellensuche und am Arbeitsplatz betreut werden können.

Die Förderung für den Qualifizierungs- und Vermittlungsdienst „QVD“ in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ist zum 31.12.06 ausgelaufen. In vielen WfbMs in der Region Hannover werden aufgrund der guten Erfahrungen die QVDs nun als fester Bestandteil der Werkstatt fortgeführt mit dem Ziel, einen Teil der Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten und zu integrieren und die Entwicklung von Außenarbeitsplätzen zu fördern. Unter der Leitung der Pestalozzi-Werkstatt ist außerdem in Isernhagen eine neue Betriebsstätte mit 40 Plätzen für seelisch Behinderte entstanden. Im Bereich des Berufsbildungswerks wird von einer stärkeren Orientierung auf die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt im Anschluss an die Maßnahmen berichtet.

Bildungsträger beobachten einen steigenden Anteil seelisch behinderter Menschen in den Bildungs- und Integrationsmaßnahmen.

Wartezeiten in RPK-Einrichtungen konnten reduziert werden.

#### Veranstaltung Psychiatrie-Woche 2007:

Die Fachgruppe bereitete gemeinsam mit dem Regionalen Fachbeirat Hannover im Rahmen der Psychiatriewoche eine Veranstaltung vor unter dem Motto: „Arbeit für psychisch Kranke!“ Die Fachgruppe konnte auf dem Podium die Bedeutung von Rehabilitation für psychisch kranke Menschen deutlich machen sowie auf Problembereiche an der Schnittstelle von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung sowie zum allgemeinen Arbeitsmarkt hinweisen. Beim anschließenden „Markt der Möglichkeiten“ stellten sich die verschiedenen Rehabilitationsanbieter mit ihren Angeboten dem Publikum vor. Die Veranstaltung war recht gut besucht und brachte auch inhaltliche Anregungen für die Fortführung der Arbeit der Fachgruppe, wie z. B. eine Entstigmatisierungskampagne in Betrieben. Leider waren auf der Veranstaltung selbst kaum Vertreter von Betrieben anwesend.

#### Sozialrechtliche Entwicklungen:

Die Fachgruppe beschäftigt sich fortlaufend mit sozialrechtlichen Entwicklungen, die Auswirkungen auf den Rehabilitations- und Arbeitsbereich haben. In diesem Jahr wurde die Schnittstelle von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung sowie der Frage der Zuständigkeit im Rehabilitationsbereich von Jobcenter und Agentur für Arbeit behandelt. Durch eine Mitarbeit von Vertreterinnen der Jobcenter konnte innerhalb der Fachgruppe mehr Transparenz und eine verbesserte Kooperation erreicht werden.

Ebenso wurde die verbindliche Einführung des persönlichen Budgets in allen Rehabilitationsbereichen zum 01.01.08 innerhalb der Fachgruppe angesprochen und wird sicherlich im nächsten Jahr noch vertieft Gegenstand der Fachgruppe sein.

## Fallvorstellungen und regionale Bedarfsermittlung

Für viele Betroffene, Angehörige und psychiatrische Einrichtungen ist es nach wie vor schwierig, das Rehabilitationsangebot in der Region Hannover zu überblicken und für den individuellen Bedarf einzuordnen. Das vom BTZ Köln entwickelte Instrumentarium des „Kölner Kompass“ wird in der Fachgruppe daraufhin untersucht, inwieweit auf dieser Grundlage eine erneute Auflage eines Rehabilitationsführers für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Region Hannover entwickelt werden könnte. Hierzu ist auch die Frage der Finanzierung zu klären.

Die Fachgruppe hat ebenfalls begonnen, sich mit konkreten Fallvorstellungen zu beschäftigen von Menschen, die bisher in der Region Hannover nicht ausreichend mit Rehabilitation versorgt werden. Hier soll die Fachgruppe genutzt werden, durch Fachkompetenz und Vernetzung, Versorgungslücken zu überwinden und ggf. neue Angebotssegmente anzuregen.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Annette Theißing · beta-REHA-Nachsorge · Calenberger Str. 34 · 30169 Hannover · E-Mail: beta-REHA@beta89.de

## Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ für den Zeitraum Juli 2006 bis Juni 2007

von Hermann Elgeti (*Sprecher der Fachgruppe*)

An der Arbeit der Fachgruppe im Berichtszeitraum beteiligten sich regelmäßig Herr Dr. Sueße und Herr Schlieckau, Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Herr Preis (Pro Casa gGmbH), Herr Dr. Elgeti (MHH, Sprecher der Fachgruppe) und Frau Koch (Pflegeheime Dr. Wilkening). 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 des Teams Gemeindepsychiatrie in der Weinstraße 2-3 statt.

Neu zur Fachgruppe hinzugekommen ist Anfang 2007 Herr Preis, Geschäftsführer der gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit (Pro Casa), einem Anbieter ambulant betreuten Wohnens im Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) der Region Hannover. Die Fachgruppe freut sich über weitere neue Mitglieder, so weit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen.

Im Zentrum der Arbeit der Fachgruppe standen wie in den Vorjahren vielfältige aktuelle Fragestellungen und zukünftige Entwicklungsperspektiven einer Datengestützten Planung und Evaluation der Hilfen für psychisch Kranke im SpV der Region. Kristallisationskern dafür ist und bleibt die Gestaltung des Sozialpsychiatrischen Plans (SPP). Interessante Schwerpunktthemen sind zu suchen und dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie zur Auswahl vorzustellen, Autoren zu gewinnen und die Abgabe der Tätigkeitsberichte aus den Gremien des Verbundes im Auge zu behalten. Auch die in den letzten Jahren entwickelten Vorschläge für regionale Zielvereinbarungen sind in ihrem Fortgang zu vergegenwärtigen.

Die Fachgruppe ist stolz auf ihr Produkt „Sozialpsychiatrischer Plan“ und dankt allen, die sie bei der Gestaltung, Herstellung und Verbreitung der jährlich erscheinenden Pläne unterstützen. Großen Anklang fand die im Januar 2007 erstmals veröffentlichte Liste der Einrichtungen im SpV der Region mit ihren Hilfsangeboten, sortiert nach Angebotsformen. Diese Zusammenstellung, die auch Adressen, Telefonnummern und E-mail-Adressen enthält, soll künftig jedes Jahr als Beilage zum SPP in aktualisierter Form erscheinen. Noch nicht befriedigend ist die Mitarbeit der am SpV teilnehmenden Einrichtungsträger an der Psychiatrieberichterstattung mit den Datenblättern A-C. Die statistischen Jahresberichte werden oft nicht rechtzeitig bis Ende März bei der Geschäftsstelle des Verbundes abgegeben und müssen mehrfach angemahnt werden, um verlässliche, aktuelle Daten zum gegenwärtigen Hilfsangebot in der Region zu erhalten. Die Beteiligung an der anonymisierten Patienten-bezogenen Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C) steigt zwar Jahr für Jahr an, muss sich aber noch verbessern. Dies gilt insbesondere bezogen auf die großen Klinik- und Heimträger.

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der seit 2003 tätigen Fachgruppe treffen sich regelmäßig in zweimonatlichen Abständen unter Beteiligung des Psychiatriekoordinators Vertreter der regionalen forensischen Kliniken (Wunstorf, Bad Rehburg/Brauel und Moringen/Offener Maßregelvollzug Hannover, der allgemeinen psychiatrischen Versorgungsanbieter im Verbund (insbesondere der psychiatrischen Wohnheime, Werkstätten, Rehabilitationsträger, Anbieter des betreuten Wohnens), rechtliche Betreuer, eine Vormundschaftsrichterin, die Bewährungshilfe, aber auch Mitarbeiter der regionalen Versorgungskliniken.

Im Berichtszeitraum wurden schwerpunktmäßig in Form eines Runden Tisches unter dem Stichwort **forensische Prävention** Einzelkasuistiken von Risikopatienten vorgestellt und diskutiert, die sich aus der Perspektive ihrer Betreuer und Behandler an der Schwelle zur Einweisung in den stationären Maßregelvollzug befanden.

Die Fallbesprechungen fanden in einer sehr engagierten und von gegenseitiger Wertschätzung getragenen Arbeitsatmosphäre statt, in der differenzierte Dynamiken und Konflikte angesprochen werden konnten und gleichzeitig die grundsätzlichen strukturellen Problemfelder im Blickfeld blieben. An mehreren Einzelbeispielen wurde erkennbar, dass unser gemeindepsychiatrische Hilfesystem fatalerweise oft gerade da mit Rückzug reagiert, wo Aggression, Bedrohungen oder Gewalttätigkeit ins Spiel kommen. Wenn die Professionellen aussteigen oder in eine gewaltdeterminierte Trance geraten, eskaliert die Aggression. Die Risikopatienten benötigen insbesondere in Krisen ein klares Gegenüber, welches nicht nur Akzeptanz vermittelt, sondern auch bereit ist Grenzen zu setzen. Wenn niedergelassene Ärzte überfordert und Sozialpsychiatrische Dienste nicht entsprechend ausgestattet sind sowie die allgemeinpsychiatrischen Kliniken längerfristige Behandlungen der chronisch Kranken nicht mehr leisten können, wird der Ruf nach der Forensik besonders laut. Wenn in anderen Einzelfällen (z.B. bei chronisch Wahnkranken) die Kunst gerade darin besteht, sich als Helfer diskret und mit hinreichender Distanz, gleichwohl stets aufmerksam zu verhalten, steht das zum o.g. Trend nicht im Widerspruch. Erkennbar wird an solchen Beispielen die erforderliche Professionalität bzw. indirekt der resultierende Fortbildungsbedarf für die Helfer.

Vielerorts muss die Forensische Psychiatrie unter dem Stichwort "Forensifizierung" die Lücken füllen, die das psychiatrische Versorgungssystem mit seinem gelegentlich überzogenen Anspruch auf Autonomie und Selbstbestimmung hinterlässt. Der Region Hannover - so lautet das **Zwischenfazit** - ist im Sozialpsychiatrischen Verbund eine regionale Einbindung des Maßregelvollzuges gelungen wie kaum irgendwo in der Republik. Allerdings können die sich daraus ergebenden Chancen nur dann wirklich genutzt werden, wenn es gelingt, die Versorgungskliniken und die überwiegend hoch motivierten Anbieter der komplementären Nachsorge an einen Tisch zu holen, wo eigene Empfindlichkeiten zurückgestellt und im Sinne der Betroffenen und ihrer potentiellen Opfer konstruktive therapeutische Lösungen erzielt werden können.

Im Rahmen der Psychiatriewoche der Region hat die Fachgruppe eine Podiumsdiskussion am Landgericht Hannover zum Thema „Psychisch kranke und suchtkranke Straftäter zwischen Integration und Sicherung“ initiiert. Die Chancen für eine Verhinderung langfristiger forensischer Patientenkarrieren und eine zeitlich absehbare Reintegration, so ein wesentliches Ergebnis, lassen sich insbesondere dann wirksam erhöhen, wenn durch eine bessere **Vernetzung** zwischen Justiz, Maßregelvollzug und Professionellen des psychiatrischen Versorgungssystems individuelle tragfähige Lösungen gefunden werden können.

Im Bereich der **forensischen Nachsorge** haben die neu geschaffenen Forensischen Institutsambulanzen wesentlich dazu beigetragen, kürzere Aufenthaltsdauern im Maßregelvollzug zu ermöglichen und gleichzeitig die Sicherheit in der Nachsorge stark zu verbessern. Dennoch bleibt die mittelfristige Integration der ehemals forensischen Patienten in das allgemeine Versorgungssystem unabdingbar.

In einer **gemeinsamen Fachgruppensitzung** mit der FG „**Soziale Wiedereingliederung**“ bestand Einigkeit über das Gebot, ehemalige forensische und allgemeinpsychiatrische Klienten in gemeinsamen komplementären Angeboten zu betreuen. Ansonsten kann von einer Wiedereingliederung nicht die Rede sein. Prognosesicherheit bzgl. künftiger drohender Straftaten lässt sich nur durch die gemeindenaher Etablierung entsprechender Lebens- und Betreuungssituationen für die forensischen Patienten schaffen. Ähnlich wie anderen chronisch Kranken soll dabei den aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten das gesamte Spektrum sozialpsychiatrischer Nachsorge zur Verfügung stehen. Neben Übergangwohnheimen und dem betreuten Einzelwohnen besteht ein Bedarf an therapeutischen Wohngemeinschaften, der u.a. konzeptionell als ambulant betreutes Wohnen unter einem Dach mit anderen schwer und chronisch Kranken gestaltet sein kann.

Die Vermittlung aus dem Maßregelvollzug entlassener Patienten in eine geeignete Nachsorgeeinrichtung gestaltet sich insbesondere für persönlichkeitsgestörte Klienten im Einzelfall schwierig. Wenn Sexualdelikte Anlass für die Behandlung in

einer forensischen Klinik waren, ist es faktisch fast unmöglich, eine aufnahmebereite Einrichtung zu finden, selbst wenn die Indikation (aufgrund schwerwiegender psychischer Erkrankungen) unstrittig ist. Hier bleibt viel zu tun.

Einig sind sich die Vertreter aus beiden Gruppen über einen hohen Bedarf an **qualifizierter Fort- und Weiterbildung** für MitarbeiterInnen der komplementären Einrichtungen im Umgang mit ehemaligen Patienten des Maßregelvollzuges. Spezialisierte Angebote werden bereits von der DGSP vorgehalten und sollen überregional in einem Verbund Forensischer Kliniken angeboten werden. Einen Einstieg wollen die Forensischen Kliniken Wunstorf und Bad Rehburg durch eine gemeinsame Tagung mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund der Region und Anbietern der komplementären Nachsorge bieten, die voraussichtlich im Frühjahr 2008 in Wunstorf stattfinden wird.

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

Andreas Tänzler · Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH · Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf · E-Mail: Andreas.Taenzer@nlkhwunstorf.niedersachsen.de

## **Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“**

von Brigitte Harnau (*Sprecherin der Fachgruppe*)

### **Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie**

- besteht aus 33 Teilnehmern aus dem ambulanten, teilstationären, stationären (Klinik u. Heim) Bereich, Beratungsdiensten, der Alzheimergesellschaft, ambulant betreuten Wohngruppen, Ehrenamtlichen Vertretung, Fort- und Weiterbildungseinrichtung, Psychiatriekoordination und PflegeInfo der Region Hannover
- arbeitet mit 3 Sitzungen/Jahr im Plenum und Arbeitsgruppen zu Themenschwerpunkten nach Bedarf
- mit dem Ziel: Informationsaustausch, Transparenz der Angebote, Kooperation und Vernetzung, Analyse und Schließen von Versorgungslücken, Koordination vorhandener Angebote, Qualitätssicherung, Kollegiale Supervision

### **Schwerpunkthema 2007: „Klinische gerontopsychiatrische Versorgung in der Region Hannover“**

- Herr Prof. Dr. Dietrich stellte das Versorgungskonzept mit „Alterspsychiatrischer Sprechstunde“, der Station 41, Nachsorge Poliklinik der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH als einer Klinik der Supramaximal Versorgung mit einem case-mix-index der höchsten Stufe vor.  
Der steigenden Nachfrage interdisziplinärer klinischer Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten kann nicht ausreichend entsprochen werden. Die Schaffung zusätzlicher Behandlungsplätze für die Region Hannover wird von der Fachgruppe als notwendig erachtet, ein entsprechendes Schreiben an die MHH über die Geschäftsstelle des SpV wird beschlossen, um die Behebung dieses Mangels anzuregen.
- Herr Dr. Diekmann, leitender Arzt der Gerontopsychiatrischen Klinik des LKH Wunstorf ( ab November 2007 psychiatrisches Krankenhaus der Region Hannover) informiert über das Versorgungsangebot für Patienten ab 56 Jahre mit Institutsambulanz, Tagesklinik, Aufnahme-/ Rehabilitations-/ und Psychotherapiebereich.

### **AG „WOHNEN IM STATIONÄREN BEREICH“**

Die Qualitätsstandards für die stationäre gerontopsychiatrische Pflege wurden um den Passus für die fachärztliche Versorgung erweitert und in der „Regionalen Pflegekonferenz“ verabschiedet.  
Das angestrebte Gütesiegel für Pflegeheime über die Region Hannover steht aus, ebenso ein Informationsgespräch mit der Heimaufsicht der Region und Vertretern des MDK.

Die Anzahl der „**Ambulant betreute Wohngemeinschaften**“ in der Region Hannover ist erfreulicher Weise so gestiegen, dass nunmehr eine Auflistung für Nutzer und Berater notwendig wird. Die PflegeInfo wird unter Mitarbeit des Caritas Forum Demenz in Kürze eine Liste erstellen.

Eine aktuelle Version der **Angehörigengesprächskreise** in der Region ist für 2008 angedacht.

Der **Kommunale Seniorenservice Hannover** bietet das „Seniorentelefon der Stadt Hannover“ unter der Telefonnummer 1684 2345 als Informationsmöglichkeit für hilfeschende Bürgerinnen und Bürger ab 60 an.



## **Ambulante psychiatrische Pflege in der Region Hannover erweitert sich um zwei Pflegedienste**

Pressemitteilung für die Pressekonferenz am 22.08.2007 von der Region Hannover

Der Anteil der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen nimmt landesweit und damit auch in der Region Hannover beständig zu. Ursache für diese Entwicklung sind demografische Entwicklungen die sich zunehmend bemerkbar machen. Fachleute gehen davon aus, dass zurzeit in der Region Hannover rund 32.000 Seniorinnen und Senioren gerontopsychiatrisch erkrankt sind. Davon leiden ca. 16.000 Personen unter einer demenziellen Erkrankung.

Die Region Hannover setzt sich mit Unterstützung der MHH, Abteilung Sozialpsychiatrie, Arbeitsbereich Versorgungsforschung sowie dem Caritas Forum Demenz seit Jahren dafür ein, dass diese erkrankten Seniorinnen und Senioren möglichst lange zu Hause begleitet und versorgt werden können. Jetzt ist man diesem Ziel ein gutes Stück näher gekommen.

Seit dem 01.08.07 gibt es in Springe den Psychiatrischen Fachpflegedienst Roddau und in Isernhagen den Fachpflegedienst für psychiatrische Pflege Claudia Grimm. Damit übernimmt die Region Hannover, bezüglich der Organisation und Netzwerkentwicklung von ambulanter gerontopsychiatrischer Pflege, eine bundesweite Vorreiterrolle.

Aufgrund einer gesetzlichen Änderung der Bundesrahmenrichtlinien über die Verordnung „Häuslicher Krankenpflege“ kann ambulante psychiatrische Krankenpflege seit Juli 2005 durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie verordnet werden. Aus dieser Veränderung resultiert, dass die Krankenkassen mit „Fachpflegediensten für psychiatrische Pflege“ gesonderte Versorgungsverträge abschließen müssen. Vor diesem Hintergrund hat eine Arbeitsgruppe des Niedersächsischen Landesfachbeirats für Psychiatrie mit den Landesverbänden der Krankenkassen Kriterien erarbeitet, die ein Pflegedienst erfüllen muss um von den Krankenkassen als Vertragspartner anerkannt zu werden. Damit wiederum ein Pflegedienst diese Kriterien erfüllen kann muss er u.a. im Bereich der Weiterbildung rund 10.000,-€ investieren.

Im Sinne des Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll in der Region Hannover ein möglichst lückenloses Versorgungsnetz aufgebaut werden. Zur Erreichung dieses Ziels soll in den Sektoren Laatzen, Burgdorf, Langenhagen, Neustadt und Ronnenberg der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Region Hannover möglichst je zwei „Fachpflegedienste für psychiatrische Pflege“ ihre Leistungen anbieten. Die Fachpflegedienste müssen neben der fachlichen Qualifikation die Bereitschaft haben mit den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen sowie den ortsansässigen Fach- und Hausärzten zu kooperieren. Die Region Hannover fördert interessierte Pflegedienste mit einer Anschubfinanzierung von 5.000,-€. Als Gegenleistung schließen die Pflegedienste mit der Region Hannover einen Kooperationsvertrag ab und verpflichten sich die Leistungen eines „Fachpflegedienstes für psychiatrische Pflege“ mindestens fünf Jahre anzubieten.

Vierteljährliche Arbeitstreffen der beteiligten Dienste und der drei Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren dienen dem Informationsaustausch, der gemeinsamen Interessenvertretung gegenüber Kostenträgern, der Vereinheitlichung von Dokumentationsanforderungen, dem Abgleich von Aufgabenprofilen als Qualitätssicherungsinstrument.

### **Integrierte Gerontopsychiatrische Versorgung**

sichert in Hannover die Lebensqualität bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter.

Drei nervenärztliche/psychiatrische Arztpraxen

- Hannover West und Ronnenberg: Dr. Hamann-Roth/  
Hannover Süd: Dr. Brüner  
Mit „Caritas Ambulante Psychiatrische Pflege“
- Hannover Nord: Dr. Woiton/ Dr. Exner  
Mit „Birkenhof Ambulante Pflegedienste“
- Hannover Mitte-Ost: Dr. Mayer-Amberg  
Mit „Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst der Diakonie“

haben Verträge mit der AOK, DAK und BKK geschlossen und kooperieren eng mit den o.g. ambulanten psychiatrischen Pflegediensten der Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren (Birkenhof, Caritas, Diakonie), Hausärzten und anderen Berufsgruppen (z.B. Krankengymnasten, Ergotherapeuten) in ihrem jeweiligen Stadtgebiet.

Das bedeutet:

- Psychiatrische Pflege in der Geborgenheit des eigenen Zuhauses so lange wie möglich
- Fachärztliche Behandlung, wenn nötig durch zeitnahe Hausbesuche
- Feste Ansprechpartner rund um die Uhr in akuten Krisensituationen
- Begleitung vor, während und nach stationären Behandlungen

**Anschrift der Verfasserin:**

Brigitte Harnau · Caritas Forum Demenz · Bohlendamm 4 · 30159 Hannover · E-Mail: ForumDemenz@caritas-hannover.de

## **Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“** **Berichtszeitraum August 2006 bis August 2007** von Ingeborg Noort-Rabens (*Sprecherin der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe Kinder und Jugendliche sind Vertreter der ambulanten, stationären und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Vertreter der Schulpsychologie, Sozialpädiatrie und Behindertenhilfe, ambulante psychotherapeutische Einrichtungen, Erziehungsberatungsstellen öffentlicher und freier Träger, stationäre und ambulante Jugendhilfeeinrichtungen, die Jugendämter mit ihren verschiedenen Fachbereichen. Von ursprünglich 16 Gründungsmitgliedern der Fachgruppe im Jahre 2000 vergrößerte sich das Gremium auf gegenwärtig 39 Mitglieder. An den 5 Sitzungen während des Berichtszeitraums nahmen regelmäßig 17 bis 25 Mitglieder teil.

Auch weiterhin gilt die Aufmerksamkeit der Fachgruppe der Beobachtung und Verbesserung der Kooperation insbesondere mit und zwischen den verschiedenen Systemen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Entwicklung sozialpsychiatrischer Strukturen soll begleitet werden, Engpässe und Mängel benannt und nach Hilfs- bzw. Änderungsmöglichkeiten gesucht werden. Durch die Bündelung unterschiedlicher Ansatzpunkte und Einrichtungen soll die größtmögliche Effizienz der gemeinsamen Bemühungen erreicht werden. Bessere Kenntnis über die Einrichtungen schafft so kürzere Wege und fördert das Verständnis und die Bereitschaft in der Zusammenarbeit.

Im Berichtszeitraum wurden als neue Mitglieder begrüßt: die Beratungsstelle gegen sexuellen Missbrauch der Region, die Beratungsstelle Violetta, der Jugendmigrationsdienst der Caritas, der Fachdienst für die Begleitung minderjähriger Flüchtlinge der Landeshauptstadt Hannover, sowie die Mitarbeiter der Stadtteil-Kulturarbeit der Stadt Hannover.

Schwerpunkthemen waren im Berichtszeitraum die Fragen nach

- Integration, Fördermöglichkeiten und/oder Benachteiligung von Migrantenkindern.
- Konzepte zur (frühen) Förderung benachteiligter Kinder.  
In diesem Zusammenhang wurde u.a. das Rucksackmütterprojekt vorgestellt und über verstärktes sozialpädiatrisches Engagement in Schulen und Kindergärten berichtet sowie über erste Erfahrungen mit den Präventionskonzepten, z.B. gegen Adipositas an den Grundschulen.
- Die Diagnostik und Bewertung des § 35 a StGB VIII nach neuem Erlass wurde sowohl aus Sicht der Region, als auch der Landeshauptstadt differenziert dargestellt und das Prozedere beim Vorliegen einer Teilleistungsstörung besprochen.
- Abgrenzung und Zuständigkeiten bei psychisch kranken entwicklungsverzögerten Heranwachsenden beschäftigte die Mitglieder.
- Aus den verschiedensten Bereichen wurde immer wieder das Dilemma der sozialgestörten Jugendlichen benannt, für die es keine angemessenen Hilfen gibt, die zwischen Pädiatrie, (Sozial-) Pädagogik und Psychiatrie haltlos vielfach zwischen den Systemen Schiffbruch erleiden.

Bei den Berichten aus den Einrichtungen zeichnete sich ein Trend ab, dass präventives Arbeiten immer mehr in den Focus gerückt wird. So konnte u.a. das Sozialpädiatrische Zentrum Konzepte entwickeln zur Sprachförderung durch Elterntraining und Einrichtung einer vorbeugenden Vorschulgruppe für ADHS-Kinder. In ähnlicher Weise konnte aus der Pestalozzieinrichtung von der Etablierung eines aktivierenden Familiendienstes berichtet werden, der im Grenzbereich Pädiatrie/Psychiatrie tätig wird. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Bult konnte im Januar 2007 eine Tagesklinik eröffnen. Im Bereich der Landeshauptstadt etablierte sich ein Arbeitskreis, der nach Hilfen für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche sucht. Von ersten Erfahrungen mit neuer intensivpädagogischer WG (Stichwort „Erlebnispädagogik statt Haft“) konnte das Stephansstift berichten.

Violetta lädt ein zu einer kontinuierlichen Interventionsgruppe zur Diagnostik für bis 12 Jährige.

## **Vorhaben/Ausblick**

Die Fachgruppe wird die Themen aus dem letzten Berichtszeitraum fortführen und vertiefen.

1. Zur Integration/Förderung von Migranten sollen Konzepte aus anderen Kreisen oder auch Bundesländern gesammelt werden.
2. Hilfe für entwicklungsverzögerte Heranwachsende mit psychischer Erkrankungen/Behinderungen  
Klärung der Zuständigkeit, Kooperation der Ämter, Umgang mit Verweigerungshaltung. Angestrebt werden soll eine verbindliche Vereinbarung zwischen KJP, SPD, SPBKJ und Jugendhilfe bzw. Arge.
3. Umgang mit § 8 a  
Konsequenzen/Folgen nach dem Fall Kevin – sind Kooperationsmodelle in der Region ausreichend?
4. Auffangmöglichkeiten für Kinder psychisch belasteter Eltern – Vergleich mit neuen und bewährten (?) Konzepten.
5. Brauchen wir ein neues Bewusstsein im Umgang mit gesellschaftlichen Veränderungen?  
Eine Herausforderung für Sozialpädagogik und Kinder- u. Jugendpsychiatrie.

## **Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Fachgruppe „Legale Suchtmittel“**

von Reinhold Hemmesmann (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe „Legale Suchtmittel“ setzt sich aus VertreterInnen ambulanter und stationärer Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenversorgung der Region Hannover zusammen. Die Angebote dieser Institutionen richten sich vorrangig an Menschen, die von legalen Suchtmitteln abhängig sind. Neben den VertreterInnen der Suchtberatungsstellen, des stationären und ambulanten Krankenhausbereiches, spezifischer Wohneinrichtungen für Suchtkranke, des ambulant betreuten Wohnens gehören VertreterInnen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, der Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker sowie der Psychiatriekoordinator der Geschäftsstelle des sozialpsychiatrischen Verbundes der Fachgruppe an.

Die Fachgruppe ist offen für VertreterInnen von Einrichtungen und Angeboten des (legalen) Suchtkrankenversorgungssystems, wobei die Mitgliedschaft im Sozialpsychiatrischen Verbund und die regelmäßige Mitarbeit in der Fachgruppe Voraussetzung sind.

Die Fachgruppe trifft sich im Abstand von zwei Monaten jeweils am letzten Mittwoch von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr. Der Sitzungsort wechselt zwischen den Einrichtungen und wird in der vorherigen Sitzung festgelegt.

## **Arbeitsschwerpunkte des vergangenen Jahres:**

Im Herbst 2006 wurde nach einer längeren Sommerpause und einer im Frühjahr 2006 angeregten Grundsatzdiskussion zur Frage des Selbstverständnisses und Arbeitsfähigkeit der Gruppe diese positiv beantwortet und durch die Festlegung von Arbeitsschwerpunkten für das Jahr 2007 bestätigt. Ausgelöst wurde dies durch gehäufte unregelmäßige Teilnahme verschiedener Mitglieder und auch durch unentschuldigtes Fernbleiben. Mit der Entscheidung im Herbst 2006 wurde der Fokus wieder auf die teilnehmenden Mitglieder und auf die durch die Zusammenarbeit entstehenden Inhalte und Prozesse gelegt. Dabei entwickelten sich die nachfolgenden Themenschwerpunkte:

## **Fachberatung nach SGB II – Kooperation von Suchtberatung und Jobcentern im Rahmen der Kooperationsvereinbarungen**

Die Fachgruppe hatte bereits im Jahr 2006 durch die Intervention im Rahmen der Vorstellung der Problematik im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie Veränderungen in den Durchführungsvereinbarungen bewirken können. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe wurde die entstandene Praxis in den beteiligten Fachstellen für Sucht beobachtet und ausgewertet. Die daraus resultierenden Überlegungen wurden zur Intensivierung der künftigen Kooperation mit der Anregung auf Etablierung einer Lenkungs/-Steuerungsgruppe an den Psychiatriekoordinator weitergeleitet.

## **Menschen in den Justizvollzugsanstalten**

Der Situation inhaftierter Menschen in den Justizvollzugsanstalten in der Region sollte ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Arbeitsgruppe gewidmet sein. Nachdem die externen Suchtberatungsstellen ihre Arbeit eingestellt haben, war die Versorgung der Menschen mit einer Suchtproblematik/-erkrankung für uns in dem Bereich unklar. Als Mitglieder der Fachgruppe waren derzeit die Vertreterinnen der Anonymen Alkoholiker im Rahmen einer Selbsthilfegruppe in der JVA Hannover aktiv. Wie die internen Angebote konzipiert sind oder wie die die Situation in den übrigen JVA's aussieht blieb offen. Nach Anschreiben der verschiedenen JVA's entwickelte sich ein Kontakt zum zuständigen Psychiater der JVA –Hannover, der in einer Sitzung der Fachgruppe Legale Sucht in der JVA Hannover im Rahmen der Psychiatriewoche zur Feier des 10 jährigen Bestehens des Sozialpsychiatrischen Verbundes mündete. Neben dem fachlich informativen Austausch wurden verschiedene Möglichkeiten verstärkter Zusammenarbeit erörtert. Von Seiten der JVA wird zukünftig eine Mitarbeiterin der zuständigen Abteilung in der Fachgruppe mitarbeiten.

## **Menschen mit Mehrfachdiagnosen**

In der täglichen Realität der Arbeit ergeben sich in den verschiedenen Arbeitsfeldern der vertretenen Mitglieder der Fachgruppe verstärkt die Erfahrungen, dass die klassischen Trennungen/Aufteilungen der uns aufsuchenden Menschen durch die Differenzierung der Krankheitsbilder/Diagnosen nicht aufrecht zu erhalten sind. Die Krankheitsbilder vermischen und die Anbieter von sozialen Dienstleistungen benötigen eine erhöhte Fachkompetenz, um den Bedürfnissen der Kunden gerecht zu werden. Die Fachgruppe wird sich verstärkt mit Praxis und Theorien dieser Entwicklung auseinandersetzen. In der Arbeit mit Fallbeispielen wurden bislang Erfahrungen geschildert und in der fachlichen Diskussion bereits existente therapeutische und begleitende Angebote in der Region Hannover betrachtet.

Grundsätzlich haben die persönlichen Beziehungen im Rahmen der Zusammenarbeit innerhalb der Fachgruppe Bedeutung für den Vernetzungsgedanken und die daraus resultierende vereinfachte Kooperation. Damit bleibt der regelmäßige inhaltliche Austausch über die jeweiligen Arbeitsfelder der einzelnen Fachgruppenmitglieder einschließlich des Kennenlernens einzelner Einrichtungen wichtiger Teil der Arbeit der Fachgruppe.

### **Anschrift des Verfassers:**

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

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

von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Sprachliche Defizite, kulturelle Hintergründe und spezifische Lebensweisen erschweren Migrantinnen und Migranten den Zugang zu gemeindepsychiatrischen Angeboten in der Region Hannover. Migrantinnen und Migranten sind über die Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens nur mangelhaft informiert. Es bestehen inhaltliche Informationsdefizite - Beispielsweise über notwendige Präventionsmöglichkeiten, Suchterkrankungen, Psychische Störungen und Therapiemöglichkeiten. Grundsätzlich haben Migranten nur unzureichende Kenntnisse über das Spektrum vorhandener Angebote der Gesundheitsdienste. Deshalb können sie - trotz Bedarfslage - nicht alle Angebote sachgerecht nutzen.

Mit der Gründung einer Fachgruppe Migration und Psychiatrie wurde auf diese Situation reagiert. Die Fachgruppe hat sich zum Ziel gesetzt migrationspezifische Angebote zu entwickeln und zu implementieren werden, um die Situation der Betroffenen Migrantinnen und Migranten und ihrer Angehörigen positiv und nachhaltig zu verändern.

Das erste Vorbereitungstreffen zur Gründung der Fachgruppe Migration und Psychiatrie fand am 03.07.06 im Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ) statt. Am 05.10.2006 wurde schließlich die Fachgruppe Migration und Psychiatrie offiziell und einstimmig vom Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie ins Leben gerufen: An der Initiativsitzung am 03.07.2006 im Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. zur Gründung der Fachgruppe haben folgende Personen teilgenommen:

- Schlieckau, Lothar (Region Hannover)
- Prof. Machleidt, Wielant (Sozialpsychiatrie MHH)
- Salman, Ramazan (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.)
- Kimil, Ahmet (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.)

- Türk, Ali (Institut für Transkulturelle Betreuung)
- Dr. Ince, Hamit (Klinikum Wahrenndorff)
- Doratz, Lothar (Klinikum Wahrenndorff)
- Ernst, Ursula (AWO-WH-Haltenhoffstr.)
- Gutekunst, Iris (Hannoversche Werkstätten)
- Kemper, Christiane (Caritasverband Hannover e. V. Wohnheim für Aussiedler und Flüchtlinge)
- von der Brelie, Ute (AWO-WH-Vinnhorster Weg)

Zum Sprecher der Fachgruppe wurde Ahmet Kimil (EMZ) gewählt.

Die Fachgruppe hat als erstes beschlossen, zunächst eine Bestandsanalyse anhand der folgenden Fragestellungen vorzunehmen:

- Wo gibt es Schwierigkeiten?
- Was hat sich bewährt?
- Was wird noch benötigt?
- Wie kann das Benötigte erreicht werden?
- Wo sind schnelle Hilfen notwendig? D
- Die Vertreterinnen der Flüchtlingswohnheime benötigen kurzfristige Hilfen und Strategien. Wie kann geholfen werden?
- Die Fachgruppe wird mittel- und langfristige Strategien und Konzepte zum Ist-Zustand und zum Forschungsstand erarbeiten. Wer kann hier Aufgaben übernehmen?

Als Ziele und Aufgaben für die Fachgruppe wurden folgende Punkte festgeschrieben:

- Die Fachgruppe soll die Situation der psychiatrischen Versorgung von Migranten/innen in der Region Hannover auswerten und entsprechende Daten zusammenstellen (Bedarfsanalyse)
- Recherche, Dokumentation und Vernetzung erfolgreicher bestehender Angebote (Ressourcen)
- Entwicklung und Vereinbarung von Leitlinien (Standards)
- Information von Migranten über Angebote (Transparenz)
- Lokalisierung von Zugangsbarrieren (Interkulturelle Öffnung)
- Entwicklung von Versorgungs- und Behandlungskonzepten (Angebotsplanung)
- Integration der Migrationsdaten in den sozialpsychiatrischen Plan (Berichterstattung)
- Schaffung von Evaluationsmöglichkeiten für bestimmte Themen/Bereiche (Instrumente)
- Bei Bedarf Anregung zu und Umsetzung von neuen Angeboten (Ausbau)
- Vorschläge zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Qualifizierung)

Im Jahr 2007 fanden insgesamt 5 Fachgruppensitzungen statt. Es wurden dabei folgende Themen bearbeitet:

1. Die Vertreterinnen der Flüchtlingswohnheime aus der Region Hannover, haben akute Schwierigkeiten mit den BewohnerInnen (zumeist Flüchtlinge und Aussiedler mit psychischen Erkrankungen) und suchen kurzfristige Hilfen und Strategien, wie sie mit diesen Schwierigkeiten besser umgehen können. Hierzu hat die Fachgruppe Lösungsvorschläge erarbeitet. Diese wurden beim Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie vorgestellt und einstimmig beschlossen.
2. Daneben hat die Fachgruppe einen Fragebogen zur Analyse der sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten in der Region Hannover entwickelt. Dieser Fragebogen wurde an über 200 sozialpsychiatrische Einrichtungen in der Region versendet. Die ersten Ergebnisse sollen im Februar 2008 beim AKG vorgestellt werden und als Studienbericht veröffentlicht werden.

**Anschrift des Verfassers:**

Ahmet Kimil · Ethnomedizinisches Zentrum e.V · 30175 Hannover · Königstr. 6 · Ethno@onlinehome.de

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

von Uwe Reichertz-Boers (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ ist ein Zusammenschluss von Organisationen und Institutionen der Region Hannover, die Hilfesysteme, Unterstützungen, Beratung und Begleitung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Suchterkrankungen anbieten.

Die Gruppe trifft sich monatlich im festen Rhythmus seit über 10 Jahren. Die TeilnehmerInnen vertreten die jeweiligen Einrichtungen.

Die Fachgruppe erarbeitet gemeinsam Problembeschreibungen und Handlungsbedarfe aus Sicht der Wohnungslosenhilfe und Psychiatrischen Versorgung.

Ein Hauptaugenmerk der Fachgruppe war und ist es, sich für ein „Sozial-Ticket“ für unsere spezielle Klientel einzusetzen. Diesbezüglich haben wir im Juli 2007 im Rahmen der „Psychiatrie-Woche 2007“ anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Verbundes eine offene Sitzung im Amtsgericht Hannover durchgeführt.

Daran nahmen zahlreiche VertreterInnen der Fachgruppe und der Psychiatrischen Versorgung teil.

Als ReferentInnen waren anwesend: Vertreter des Amtsgerichts Hannover (Strafrichter und Pressesprecher), ein Referent aus Berlin, ein Vertreter der Üstra und eine Vertreterin des „Bündnis der Grünen“ Hannover.

Alle Gäste der Veranstaltung positionierten sich befürwortend für ein „Sozial-Ticket“.

Das Thema „Sozial-Ticket“ werden wir als Fachgruppe weiterhin verfolgen und bei Bedarf auch gerne politische Gremien informell unterstützen.

Des Weiteren hat sich die Fachgruppe mit der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung in der Region Hannover befasst. Wir laden immer wieder VertreterInnen zu diesem Themenbereich in die Fachgruppe ein, um somit adäquate Behandlungs- und Versorgungsabsprachen treffen zu können.

Ein weiterer aktueller Themenschwerpunkt ist das persönliche Budget, was sicherlich auch für unsere Klientel einige Neuheiten und Möglichkeiten ab 2008 mit sich bringen wird.

Auch im kommenden Jahr werden wir uns wieder regelmäßig treffen, um Erfahrungen auszutauschen, interne Fortbildung zu betreiben, Vernetzungen zu knüpfen und Ideen und Visionen für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten im Kontext der Wohnungslosigkeit entwickeln und umzusetzen.

Wer sich aktiv an diesem Prozess beteiligen möchte, ist hierzu herzlich eingeladen.

Die Fachgruppe würde es sehr begrüßen, wenn sich InteressentInnen finden würden, die auch Einrichtungen außerhalb des Stadtgebietes vertreten.

Nach unserer Einschätzung besteht hier noch ein großer Bedarf an Information, Kooperation und Vernetzung. Dieses könnte es eine sinnvolle Aufgabenstellung für die Fachgruppe im Jahr 2008 werden.

### **Anschrift des Verfassers:**

Uwe Reichertz-Boers · SuPA GmbH · 30175 Hannover · Königstraße 6 · E-Mail: mail@supa-gmbh.de

## **Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“**

von Wolfgang Bunde (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe sind vertreten: MitarbeiterInnen von Leistungsanbietern mit ambulanten Angeboten, teilstationären Tagesstrukturierungsangeboten, stationäre Wohnangebote, Angehörige von psychisch kranken Menschen, Vertreter des Vereins „Psychiatrie-Erfahrene Hannover e. V.“ und weitere Mitglieder des AKG. Die Fachgruppe traf sich weiterhin alle zwei Monate am dritten Mittwoch von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr.

## Die Themenschwerpunkte für den Berichtszeitraum 09/06 bis 08/07 waren:

1. Qualitätskriterien beim ambulant betreuten Wohnen
2. Veränderungen bei der Hilfef Konferenz
3. Persönliches Budget
4. Psychiatriewoche
5. Datenblätter A, b und C
6. Besonderheiten bei der Betreuung psychisch kranker Straftäter
7. Einführung der Fachleistungsstunde

### Zu 1.: Qualitätskriterien beim ambulant betreuten Wohnen

Ausgehend von einer Anfrage des AKG zog sich die Frage nach welchen Qualitätskriterien das immer weiter expandierende ambulant betreute Wohnen transparent gemacht werden kann, wie ein roter Faden durch das Berichtsjahr. Zunächst wurde die Präsentation im AKG (2.11. 06) erarbeitet, die sich im wesentlichen zusammensetzte aus der Darstellung der neuen Leistungs- und Entgeltvereinbarung, die mit der Region Hannover abgeschlossen wurde und dem Ergebnis einer Befragung der Anbieter zu selbstentwickelten „Kriterien“. Hier wurde z. B. nach Kriterien für die Begrenzung der Betreuung, Spezialisierung, Nähe/Distanz, Größe der Einrichtung, Erreichbarkeit usw. gefragt.

Im weiteren Verlauf der Diskussion bestand zum einen die Meinung, die Qualitätsmerkmale, die in der Leistungsvereinbarung bereits festgeschrieben sind, würden ausreichen, zum anderen wurde deutlich, dass eigene Qualitätsmaßstäbe und mehr Transparenz unumgänglich sind. Hierzu wurde eine interne Arbeitsgruppe installiert.

Ein besonderes Problem stellt dar, ob diese Qualitätsmaßstäbe von möglichst vielen Anbietern mitgetragen werden

### Zu 2.: Veränderungen in der Hilfef Konferenz

Unter dem etwas sperrigen und missverständlichen Namen „Einzelfallbezogene Steuerung“ sind die Hilfef Konferenzen intern umstrukturiert worden. In Zukunft werden bei ca. 20 % der Hilfef Konferenzen, bzw. allen Erstanträgen bereits in der Hilfef Konferenz die Kostenträger (Region Hannover) mit teilnehmen. Hierfür sind drei Mitarbeiter der Region Hannover beauftragt worden.

Bedenken der Anbieter, hier solle „gesteuert“ werden, konnten weitestgehend zerstreut werden. Ein Vorteil dieses Verfahrens ist, dass zum einen die Hilfe quasi sofort beginnen kann, da der Kostenträger vor Ort mit zustimmt, und zum anderen auch die Verwaltung eine Kenntnis von unserem Klientel erhält.

### Zu 3.: Persönliches Budget

Ab dem 1. 1. 2008 stellt das persönliche Budget eine gleichberechtigte Alternative zu den herkömmlichen Hilfsangeboten da. Die Träger müssen sich darauf vorbereiten. Mit dem persönlichen Budget können vor allem auch nicht-psychiatrische Hilfen (z. B. Monatskarte, Vereinsbeiträge, Putzhilfen) übernommen werden.

### Zu 4.: Psychiatriewoche

In der Psychiatriewoche hatten die Fachgruppen Gelegenheit an anderen Orten und öffentlich brisante Themen anzusprechen. Es sollte mit Wohnungsanbietern zum Thema: „Den psychisch Kranken der Gemeinde zumuten“ (Dörner) diskutiert werden. Hierzu war aber die Planungsphase zu kurz, da von einigen Wohnungsanbietern umfangreiche Konzepte verlangt wurden.

### Zu 5.: Datenblätter A, B und C

Es wird festgestellt, dass viele Anbieter des ambulant betreuten Wohnens es nicht für sinnvoll halten, insbesondere das Datenblatt C auszufüllen.

#### Zu 6.: Besonderheiten bei der Betreuung psychisch kranker Straftäter

Aus der aktuellen Frage des Regionalen Fachbeirates, ob es sinnvoll ist, psychisch kranke Straftäter und andere psychisch kranke Menschen zusammen in einer Wohngemeinschaft zu betreuen, tagte unsere Fachgruppe zusammen mit der Fachgruppe für forensische Psychiatrie.

Zur obigen Frage wurde aus Sicht der Fachgruppe kein Problem gesehen. Allerdings wurde deutlich, dass der Informationsbedarf bei der Wiedereingliederung psychisch kranker Straftäter groß ist.

#### Zu 7.: Einführung der Fachleistungsstunde

Die Anwendung der Leistungsvereinbarung hat sich etabliert, allerdings gibt es immer noch offene Fragen und immer noch Schwierigkeiten mit der Abrechnung der Leistung. Die Region zahlt pauschal nach genehmigten Fachleistungsstunden. Endabrechnungen über die tatsächlich erbrachten Leistungen gibt es bis heute nicht. Dies scheint vom Kostenträger wegen des hohen Arbeitsaufwandes nicht leistbar.

#### Zukünftige Themen 2007/2008:

Noch immer sind die neuen Formulare: „Fachärztliche/sozialpsychiatrische Stellungnahme“ sowie „Empfehlung der Hilfefekonferenz“, die schon im Januar 06 (!) angekündigt worden sind, nicht in Anwendung. Sie liegen immer noch beim Datenschutz.

Die zukünftigen Schwerpunkte der Fachgruppe werden sein:

- Erarbeitung gemeinsam entwickelter Qualitäts- und Transparenzmerkmale
- Integration psychisch kranker Straftäter
- Einführung des persönlichen Budgets
- Geistige Behinderung mit psychischen Erkrankungen

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

Wolfgang Bunde · Arbeiterwohlfahrt · Region Hannover e.V. · Deisterstrasse 85 A · 30449 Hannover ·  
E-Mail: abw@awo-hannover.de



## Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

### Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf

von Claudia Bergholz (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Zusammensetzung der SAG Burgdorf ist im 3. Jahr ihres Bestehens recht konstant geblieben.

Im Berichtszeitraum hatten wir zwischen 9 und 17 Gäste und trafen uns auf Wunsch der Gesamtgruppe einmal im Quartal.

Meist kündigen wir nach Absprache beim vorherigen Treffen in unserer Einladung einen Themenschwerpunkt an, denen dann ein allgemeiner Informationsaustausch folgt.

Das Treffen im Februar fand im Klinikum Wahrenndorff statt, wo Oberarzt Dr. Ince schwerpunktmäßig das Konzept stationärer Behandlung von MigrantInnen informierte.

Das Problem der Verwahrlosung von Menschen in ihrer Wohnung stieß im Juni auf großes Interesse und wurde von den verschiedenen involvierten Berufsgruppen lebhaft diskutiert.

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

Claudia Bergholz · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Schillerslager Str. 38 · 31303 Burgdorf ·  
E-Mail: Claudia.Bergholz@region-hannover.de

### Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße

von Doris Rolfes-Neumann (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Rückblickend möchte ich für den Zeitraum von August 2006 bis August 2007 für die Sektorarbeitsgemeinschaft unserer Beratungsstelle Deisterstr. sagen, dass diese Treffen weiterhin am 1. Mittwoch des 1 Monats eines neuen Quartals in der Zeit vom 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr in den Räumen der Beratungsstelle stattfanden. Im Durchschnitt nahmen 16- 20 Teilnehmer aus den verschiedensten Einrichtungen aus dem Sektor Süd-West teil, die mit psychiatrischen Aufgaben betraut sind: Kommunalen Sozialdienst, ambulant betreutes Wohnen, Vertreter der Polizei, niedergelassener Nervenarzt, Mitarbeiter von verschiedensten Pflegediensten sowie vom zuständigen Landeskrankenhaus in Wunstorf, auch aus der ehemaligen Fachabteilung Bad Rehburg – jetzt auch in Wunstorf -, und eine Vertreterin eines im Sektor ansässigen Seniorenheimes sowie die Bewährungshilfe. Leider konnte zu diesen Treffen offensichtlich kein Angehöriger des VPE oder der Angehörigen dazukommen.

Wie in den vergangenen Jahren waren die Schwerpunkte unserer Arbeit auch in diesem Zeitraum zum Einen die Vorstellung verschiedenster Anbieter psychosozialer Hilfen sowohl aus unserem Sektor als auch sektorübergreifend aus dem gesamten Stadtgebiet z.B. des Vereins Werte e.V. für ambulant betreutes Wohnen; der Stelle für Wohnungserhaltende Hilfen im Amt für Planen und Stadtentwicklung (Fachbereich Stadtentwicklung und Wohnen – ehemals Amt für Wohnungswesen -); integrierten gerontopsychiatrische Versorgung in Hannover als Zusammenarbeit einiger niedergelassener Nervenärzte/ Psychiater mit Krankenkassen und Pflegediensten sowie der Senioren-Wohngemeinschaft Rose und schließlich des Integrationsfachdienstes für schwerbehinderte Menschen, der auch im Hause Deisterstr. 85 a tätig ist.

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt unserer Arbeit war der Bericht aus den einzelnen Einrichtungen, wobei auch interessante Diskussionen unter den Teilnehmern aufkamen zu den verschiedensten psychiatrischen und auch psychiatrisch-politischen Themen.

Die Möglichkeit des Austausches und der Diskussion zu den verschiedensten Themen war auch in dem jetzt beschriebenen Jahreszeitraum für die Teilnehmer offensichtlich sehr anregend.

Wir werden und wollen von Seiten der Beratungsstelle das Angebot der regelmäßigen Sektorarbeitsgemeinschaft für den Sektor Süd-West fortsetzen. Dabei wollen wir auch weiterhin für die Teilnehmer und auch für die Mitarbeiter der Beratungsstelle wesentliche psychiatrische Themen ansprechen und auch wenn möglich Referenten dazuzuholen.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße**

von Hildegard Georgiadis und Werner D. Schmidt (*Team Gemeindepatrie*)

Die Sektorarbeitsgemeinschaft fand wie gewohnt in der Räumlichkeiten der Beratungsstelle statt, auf Wunsch der Teilnehmer wurde der Tagungsmodus geändert: Die Treffen finden jetzt jeweils am 1. Mittwoch im Quartal statt.

Der Teilnehmerkreis setzt sich zusammen aus Vertretern der ambulanten psychiatrischen Versorgung, aus Vertretern von Ämtern, Institutionen und Selbsthilfegruppen. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl hat sich im letzten Jahr leicht erhöht.

Die Themenschwerpunkte waren:

- die gerontopsychiatrische Versorgung (Vorstellung der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik in der Gartenstraße)
- Vorstellung des KSH (Kommunaler Seniorenservice Hannover) Tagespflege Birkenhof, Zielgruppe z.B. demenzerkrankte hochbetagte Menschen Tätigkeitsprofile der Pflegedienste
- die Situation von psychisch erkrankten MigrantInnen Herr Türk stellt muttersprachliche Informationsbroschüren bezüglich des Betreuungsrechtes vor und weist auf die Fachgruppe Migration hin
- Unterstützung schwangerer psychisch kranker Mütter
- Unterstützung von Gewalt betroffener Frauen, einschließlich der Vorstellung der Bestärkungsstelle und anderer Hilfsangebote HAIP (Hannoversches Interventionsprogramm gegen Männergewalt in der Familie)
- ausführliche Darstellung einer Befragung der Hannoverschen Wohnassistenz hinsichtlich der Qualität des Angebots
- der jeweils aktuelle Stand in den teilnehmenden Einrichtungen

weitere Themen werden sein: Vorstellung von FaBeL., die Vorstellung einer Wohngruppe für Demenzerkrankte durch Care-Pool und Fragen bezüglich der Hilfeforenzen.

Die SAG-Treffen bleiben weiterhin fester Bestandteil der Sektorarbeitsgemeinschaft, sie bieten die Möglichkeit, bestehende Probleme zur Sprache zu bringen und an Lösungsmöglichkeiten zu arbeiten.

**Anschriften der Verfasser:**

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße**

von Andreas Roempler (*Team Gemeindepatrie*)

Wie in den Vorjahren für den Einzugsbereich der Beratungsstelle Königstraße 6 üblich, fanden die Treffen der SAG regelmäßig alle zwei Monate statt und wurden in der Regel sehr gut besucht.

Aus unserer Sicht wurde äußerst aktiv und interessiert in der Arbeitsgruppe gearbeitet.

Insbesondere stellte sich heraus, dass auch außerhalb der SAG gewissermaßen kleine Netzwerke und Kooperationen entstanden, die im Sinne der Klienten und Mitarbeiter die tägliche Arbeit transparenter und effektiver erscheinen lassen.

Im Berichtszeitraum wurden mehrfach Gäste begrüßt, die entweder interessante Fachvorträge hielten oder „ihre“ Einrichtung darstellten und auch kritischen Fragen nicht auswichen.

An dieser Stelle sei allen ständigen Teilnehmern der SAG und den Gästen ein ausdrücklicher Dank für die aktive Mitgestaltung ausgesprochen.

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

- Thema: „Rauchen“ in öffentlichen Einrichtungen, Umsetzungsmöglichkeiten in psychiatrischen Einrichtungen und Akzeptanz der Klienten. In diesem Zusammenhang wurde in der Beratungsstelle schon Monate vor dem offiziellen Rauchverbot in öfftl. Einrichtungen ein Rauchverbot eingeführt. Von den Klienten wird das gut toleriert.
- Information und Hinweise auf Referate zu interessanten Themen und Fortbildungen.
- Hinweise zur Vernissage der ergotherapeutischen Malerwerkstatt Langenhagen.
- Wohnungslosenarbeit (Obdachlosenarbeit) und Vernetzungen im Bereich der BS Königstraße.
- Einladung der zuständigen RichterInnen des AG Hannover zu Klärung gewisser Problematiken.
- Erläuterung der sektorgebundenen Arbeit der Beratungsstelle im Bereich der Region Hannover.
- Sektorungebundenheit der Institutsambulanzen in der Region.
- Umgang mit besonders aggressiven Klienten, Chancen therapeutischer und polizeilicher Mittel bei gezielter Kooperation.
- Vorstellung der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien.
- Vorstellung der neuen Einrichtung: Wohnheim für psychisch Kranke mit dem Schwerpunkt Tagesstruktur in der Mellendorferstraße 3
- Persönliches Budget in der Eingliederungshilfe
- Notfall und ggf. Klinikeinweisung aus der Sicht der Beratungsstelle, Notfall bei hilflosen Personen aus Sicht der Polizei, Schnittstellen zur besseren Kooperation.
- Hilfeforenzen: Sachstandsberichte, kontroverse Diskussion, Anmerkungen und Erfahrungsaustausch.
- Vortrag: Kooperation zwischen KSD und Sozialpsychiatrischer Dienst, Leitlinien im Umgang psychiatrisch erkrankter Eltern und deren Kinder.
- Vorstellung: „Fabel“, Frühstück und amb. Betreuung
- Vorstellung: „Das Pflgeteam“, Pflege, Beratung, Schulung
- Unterscheidungsmerkmale Psychiatrische Pflege und Amb. Betreutes Wohnen.

Insgesamt betrachtet kann auf eine ergiebige, kooperative Zusammenarbeit im beschriebenen Berichtszeitraum zurückgeblückt werden.

So wurden wichtige Informationen weitergegeben und nötigenfalls aufrichtig diskutiert. Problematische Sachverhalte wurden erkannt und im möglichen Bereich konstruktive Lösungen erarbeitet.

Für das Berichtsjahr 2008 ist zunächst geplant, zu wichtigen Themen insbesondere das „Persönliche Budget“ Fachspezialisten in die SAG einzuladen.

Die Aufgaben heißen weiterhin, bestehende Kooperationen zu festigen und gleichsam Netzwerke zu bilden. Ferner wird das Thema Qualitätsmanagement erheblichen Raum in der Arbeit der SAG einnehmen müssen.

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

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

### **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen**

von Horst-Peter Michel (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen ist für die Städte Laatzen, Hemmingen, Springe und Pattensen zuständig.

Aufgrund der örtlichen Zuständigkeiten der teilnehmenden Personen wurde die Arbeit in zwei getrennten Sektorarbeitsgemeinschaften fortgesetzt.

Die Treffen der SAG Springe/Pattensen wurden auch weiterhin in den Räumen des DRK in Springe durchgeführt. Dort befindet sich auch unsere wöchentliche Sprechstunde für Klienten aus der Stadt Springe. Ein inhaltlicher Schwerpunkt betraf das Thema Häusliche Gewalt. Dazu referierte Frau Wegmann von der Koordinierungs- und Beratungsstelle gegen häusliche Gewalt, Deisterstr. 85a, 30449 Hannover.

Zum Thema Hilfekonferenzen berichteten Frau Röber und Frau Schäfer von der Steuerungsstelle für Eingliederungshilfen der Region Hannover. Das Hilfekonferenzverfahren wurde als zentrales Gestaltungsinstrument zur Bedarfsermittlung der personenbezogenen Hilfen vorgestellt, erläutert und diskutiert. In einer weiteren Sitzung stellten einige regionale Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens ihre Arbeitskonzepte vor. Der Pflegedienst Roddau (Springe) hat sich zur Durchführung der Ambulanten Psychiatrischen Pflege qualifiziert und erste Erfahrungen diesbezüglich wurden ausgetauscht.

Die Sektorarbeitsgemeinschaft Laatzen/Hemmingen traf sich weiter in den Räumen des ehemaligen Pflegeheims Laatzen, auf dessen Gelände sich die Räumlichkeiten der Beratungsstelle befinden. Das Pflegeheim ist seit April 2007 in privater Trägerschaft und trägt jetzt den Namen Seniorenpflegeheim Leinetal. Auch hier wurde ein Schwerpunkt zum Thema Häusliche Gewalt bearbeitet und von den Mitarbeiterinnen der örtlich zuständigen Beratungsstelle Donna Clara (Laatzen) das Beratungs- und Gruppenangebot vorgestellt. Weiterer Themenschwerpunkt war auch hier das Hilfekonferenzverfahren. Ein weiteres Treffen fand zu dem Schwerpunktthema Ambulante Psychiatrische Pflege statt. Für die Bezirke Hemmingen und Laatzen kann festgestellt werden, dass Ambulante Psychiatrische Pflege aufgrund der sich noch im Aufbau befindlichen Strukturen zurzeit nur in Einzelfällen geleistet werden kann.

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

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen**

von Doris Stelljes (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Treffen der SAG, an der alle Mitarbeiter der BS teilnehmen, finden weiterhin in 3-monatlichen Abständen mittwochs in der Zeit von 15.00-17.00 Uhr statt. Der Mittwoch wurde ausgewählt, um auch niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit zu bieten, teilzunehmen. Abgesehen vom ersten Treffen der SAG am 1. Juni 2005 befinden sich jedoch keine niedergelassenen Ärzte unter den Teilnehmern. In unserem Sektor gibt es lediglich zwei Fachärzte für Psychiatrie/ Neurologie in Burgwedel und Langenhagen, in der Wedemark und Isernhagen gibt es keinen.

Nach wie vor ist der Teilnehmerkreis mit ca. 30 Personen sehr groß, so dass bei eingeschränkter Raumkapazität bisweilen auch in 2. Reihe Platz genommen werden muss.

Die beruflichen Arbeitsfelder der regelmäßigen Teilnehmer sind breit gefächert:

RichterInnen der Amtsgerichte Hannover und Burgwedel; Betreuungsbehörde; BerufsbetreuerInnen; Anbieter des ABW : ProCasa, beta 89 und SuPA GmbH; Lebensberatungsstelle Langenhagen und Isernhagen; Sozialer Dienst und ASD der Stadt Langenhagen; Sozialamt Wedemark und Langenhagen; ARGE Jobcenter Burgwedel und Langenhagen; Polizei; Jugendhilfestation Burgwedel; Ordnungsamt Burgwedel; Frauennotruf Langenhagen; Schuldnerberatung; Sozialdienst des Kreiskrankenhauses Großburgwedel; Einrichtungen für Psychisch Genesende; Pestalozzi-Stiftung.

Neu hinzugekommen:

Fachpflegedienst Grimm; KfPP Institutsambulanz und Ergotherapeutische Ambulanz.

Mitarbeiter weiterer Einrichtungen kommen sporadisch in die SAG.

Inhaltlich beschäftigte sich der Arbeitskreis auch im Jahr 2007 vordringlich mit Vorstellungen verschiedener Einrichtungen.

Es stellten Frau Theye-Hoffmann und Frau Hemmesmann die Arbeit der **SuPA- GmbH** vor.

Frau Jamroszczyk berichtete über den **Krisendienst** der Region, der in diesem Jahr sein 10-jähriges Bestehen feiern konnte. Frau Krause und Herr Holly-Schneider (**beta 89**) gaben einen Einblick in ihre Arbeit in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Frau Ossarek (**Ambulanter Fachpflegedienst für gerontopsychiatrische Pflege, Claudia Grimm**) stellte die Seniorenwohn- gemeinschaften für Menschen mit Demenz und psychiatrischen Erkrankungen vor.

Im Anschluss konnten jeweils Fragen gestellt werden, um noch vorhandene Informationslücken zu schließen. Der vorgegebene zweistündige Zeitrahmen war insgesamt ausgefüllt und wurde gut genutzt.

Die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle beschäftigen sich aktuell im Rahmen der Supervision mit der SAG, um einen reflektorischen, bilanzierenden Rückblick zu halten und über neue Ideen der Gestaltung und der Weiterentwicklung nachzudenken.

**Anschrift der Verfasserin:**

Doris Stelljes · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Ostpassage 7 · 30853 Langenhagen  
E-Mail Doris.Stelljes@region-hannover.de

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

von Bert te Wildt und Susanne Steinmüller (*Sozialpsychiatrischer Dienst in der Psychiatrischen Poliklinik I der MHH*)

Nach der Einstellung zweier neuer Kolleginnen mit halber Stelle für die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat es auch im Rahmen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft neue Impulse und Entwicklungen gegeben. In Absprache mit den Teilnehmenden gibt es jetzt bei jedem Treffen einen thematischen Schwerpunkt.

In diesem Jahr fand die Auseinandersetzung mit den Themen Arbeitsgelegenheiten für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen („1-€-Jobs“), mit ambulant psychiatrischen Pflegediensten, mit den Leitlinien zur Kooperation von KSD und SpDi bei Kindeswohlgefährdung und nicht zuletzt mit dem persönlichen Budget bei Eingliederungshilfen. Die themenbezogene Arbeit und der kollegiale Austausch darüber haben sich bewährt und tragen nach unserer Einschätzung zur guten Kooperation der Einrichtungen und Dienste im Sinne der Patienten bei.

Generell lässt sich beobachten, dass sich die sozialen Situationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen verschärfen. Da häufig wenig soziale Netze vorhanden sind, steigt der Bedarf an Beratungen und Eingliederungshilfen nach SGB XII.

**Anschriften der VerfasserIn:**

Dr. med. Bert te Wildt · Susanne Steinmüller · Medizinische Hochschule Hannover · Poliklinik I · Carl-Neuberg-Allee 1 · 30625 Hannover · E-Mail: te.wildt.Bert@mh-hannover.de · E-Mail: susanne.steinmueller@mh-hannover.de

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße**

von Sabine Tomaske (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Die Regelung bestand weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle zwei Monate, jeweils am zweiten Dienstag des Monats, von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr traf. Insgesamt fanden bis einschließlich September 2007 sechs Sitzungen statt.

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-AG waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, eine Mitarbeiterin des Kommunalen Sozialdienstes, der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des Ambulant Betreuten Wohnens von BETA`89 und Pro Casa, die Hannoversche Wohnassistenz, die Gesellschaft für Integration und INUIT, Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V. und des VPE, Mitarbeiter der Institutsambulanz und der Ergotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen, eine Mitarbeiterin der Vahrenheider Werkstatt sowie ein Mitarbeiter des Werkheimes e. V. und eine Mitarbeiterin vom Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentrum des Birkenhofes. Eine neue regelmäßige Teilnehmerin konnten wir von der Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle in der Plauener Straße 12 A begrüßen.

Neben den Berichten aus den verschiedenen Einrichtungen kam es auch im zurückliegenden Jahr zur Vorstellung von (neuen) Anbietern von Ambulant Betreutem Wohnen (Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e. V. und FABEL). Auch andere Themen wurden rege diskutiert, wie z. B. die Tagespflege im Anna-Schaumann-Stift, das persönliche Budget und die Suchtarbeit in der Institutsambulanz Langenhagen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Herr Harig hielt einen Rückblick auf die 15 jährige Arbeit des VPE und Frau Tomaske berichtete über die neu eingerichtete Fachgruppe des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie „Migration und Psychiatrie“.

Folgende Diskussionspunkte für den Bericht des Sozialpsychiatrischen Planes 2008 wurden in der Sektorarbeitsgemeinschaft thematisiert:

- Überlastung einiger Beratungsstellen durch eine Vielzahl an Hilfeforenzen
- Mangel an niedergelassenen Psychiatern (besonders im ländlichen Bereich)
- Schwierigkeiten bei der Übernahme von Behandlungskosten (z. B. Ergotherapieverordnungen)
- Geplante Absenkung der Kostenpauschale der Institutsambulanz durch die Krankenkassen.  
Außerdem bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Reduktion der Bettenzahl in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen auf die Versorgung der psychisch Kranken auswirkt.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

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

Die Sitzungen der Sektor-Arbeitsgemeinschaften Sozialer Dienste und Psychiatrischer Dienste im Jahr 2006 wurden von durchschnittlich 10 Teilnehmern besucht.

Die Sektor-AG Sozialer Dienste setzte sich aus Vertretern folgender Einrichtungen und Bereichen zusammen: Amtsgericht, Krankenhaussozialdienst, Altenpflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Behindertenhilfe am Sozialamt, Betreuungsstelle, Kommunalen Sozialer Dienst, Kommunalen Senioren Service, Soziotherapiestation des Krankenhauses.

Im Mittelpunkt der Treffen standen unverändert Probleme im Rahmen der veränderten Sozialgesetze wie auch dem Betreuungsänderungsgesetz. Hier ergaben sich Probleme u.a. durch (unzulässige) zeitliche Beschränkungen des notwendigen Betreuungskontaktes. Unsicherheit besteht bei der Frage der Zwangsmedikation unter Betreuungsrecht. Die veränderten Aufgabenkreise beim Kommunalen Sozialdienst bewirken eine Zunahme von rechtlichen Betreuungen bei prinzipiell einwilligungsfähigen Menschen, da ein komplexer Regelungsbedarf nicht mehr anders gedeckt werden kann.

An der Sektor-AG Psychiatrischer Dienste nahmen Vertreter aus folgenden Bereichen teil: stationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche des Krankenhauses (Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie), Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen (Wohnheime, Ambulant Betreutes Wohnen, Tageszentrum, Wohnprojekt), VPE, Vormundschaftsgericht. Hier vorgestellte und diskutierte Themen waren u.a.: erste Erfahrungen mit Integrierter Versorgung, Praxis der rechtlichen Betreuung, Probleme des Informationsaustausches zwischen Behandlern, Veränderungen bei bestehenden Hilfsangeboten (Umzug der Poliklinik, des Wohnheimes, der Tagesstätte, der Kontaktstelle).

**Anschrift des Verfassers:**

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

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde

von Martin Fochler (*Team Gemeindepsychiatrie*)

Im Bereich der Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde wurde quartalsweise ein Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft durchgeführt. Im Berichtszeitraum August 2006 bis September 2007 gestaltete dies sich folgendermaßen:

Sektorarbeitsgemeinschaft 11.10.2006

Vorstellung der Suchtberatungsstelle Barsinghausen, Frau Wasmus und Suchtberatungsstelle Seelze/Garbsen, Frau Kügler.

Sektorarbeitsgemeinschaft 17.01.2007

Thema Schuldnerberatung (Referat von Herrn Meyer, Diakonisches Werk). Dieser gibt eine Übersicht über Möglichkeiten einer Schuldnerberatung.

Im Anschluss Vortrag von Frau Heddergott, Schuldenprävention für junge Menschen im Diakonieverband Hannover- Land (Modellprojekt in 5 Kirchenkreisen für Menschen unter 25 Jahren).

Sektorarbeitsgemeinschaft 18.04.2007

Referat Christian Harig, Verein für Psychiatrie-Erfahrener, Hannover e. V. (VPE).

Sektorarbeitsgemeinschaft 18.07.2007

Thema Betreuungsrecht. Nach einer Einleitung beantwortete Herr Gniesmer (Betreuungsstelle der Region Hannover) Fragen zur Auswahl und Tätigkeit von Berufsbetreuern. Im Anschluss nahm Herr Dr. Müller, Richter am Amtsgericht Hannover, Stellung zu aufgeworfenen Fragen zum Thema Betreuungsrecht, Eilbetreuung u.s.w.. Auch das Thema Vorsorgevollmachten wurde angesprochen.

Der nächste Termin am 17.10.2007 sieht Informationen über die Neustrukturierung der stationären Versorgung des Sektor vor.

An den Treffen der Sektorarbeitsgemeinschaft nahmen zwischen 18 und ca. 30 Personen teil. Der Einladungskreis umfasst zur Zeit 77 Personen, Institutionen, Organisation bzw. Verwaltung.

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

**Anschrift des Verfassers:**

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

# Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

von Uwe Blanke (*Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie*)

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie tagt jeweils am ersten Donnerstag im Monat und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition und der höchsten Kontinuität. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 81 stimmberechtigte Mitglieder, 18 nichtstimmberechtigte Mitglieder und 21 Gäste mit beratender Stimme an. In Bezug auf die Angebotsformen in den Bereichen Behandlung, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 60 Anbieter mit 27 Angebotsformen und ca. 200 Angeboten für psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten. 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 früh und nachhaltig an den Diskussionsprozessen beteiligt.

Durchschnittlich haben an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Berichtszeitraum ca. 40 Personen teilgenommen. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches verstanden werden. Folgende Themen wurden bearbeitet:

## **03.08.06**

Vorstellung von zwei neuen Tagesstätten

Vorstellung einer Forensischen Institutsambulanz

## **07.09.06**

Vorstellung eines Arbeits- und Beschäftigungsprojektes,

Diskussion zum Abschlußbericht des Projektes „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach § 1906 BGB“

## **05.10.06**

Diskussion und Beschlussfassung zur Gründung einer Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“

Ambulant Betreutes Wohnen in der Region Hannover – Qualität, Entwicklungsstand und Perspektiven

## **02.11.06**

Fortsetzung der Diskussion zum Ambulant Betreutem Wohnen

Aufnahme von neuen stimmberechtigten Mitgliedern in den AKG

Verkauf der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser

## **07.12.06**

Umsetzung der regionalen Zielvereinbarung „Steigerung des Anteils von Personen mit abgeschlossener Zusatzqualifikation bei Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII“

Umsetzung der regionalen Zielvereinbarung „Verbesserung der Betreuungskontinuität bei psychosekranken Männern unter 25“

Wahl der SprecherInnen

## **04.01.07**

Aussprache zu aktuellen Themen

## **01.02.07**

15 Jahre VPE (Verein Psychiatrie Erfahrener) Darstellung und Rückblick

Berufsfeldbezogene Zusatzqualifikation

Verkauf der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser – Information

Psychiatrie-Woche Hannover 2007

## **01.03.07**

Rückblick und Ausblick des bisherigen Vorsitzenden des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie Dr. Bastiaan auf „30 Jahre Psychiatrie in der Region Hannover“

Neubenennung der vier Besetzungsvorschläge für den Regionalen Fachbeirat Psychiatrie

## **05.04.07**

Diskussion über den Sozialpsychiatrischen Plan 2007

Vorstellung des Jahresberichtes 2005/2006 der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover



### 03.05.07

Entscheidung über das Schwerpunktthema „Sozialpsychiatrischer Plan 2008“

Doppeldiagnose: Geistige Behinderung und psychische Erkrankung – Vortrag und Diskussion

### 07.06.07

Vorstellung des Vorschlages der Fachgruppe Migration und Psychiatrie zur Verbesserung der Betreuung psychisch Kranker Bewohner/Innen in Asylbewerberwohnheimen

Vorstellung der Zwischenergebnisse der Befragung der Fachgruppe Migration und Psychiatrie bei Anbietern des Sozialpsychiatrischen Verbundes

### 05.07.07

**Öffentliche Sitzung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie im Rahmen der Psychiatriewoche Hannover 2007**

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrischer Verbund – Entstehung, Entwicklung, Perspektiven – Vortrag und Diskussion

Gliederungsvorschlag für den Sozialpsychiatrischen Plan 2008

### 02.08.07

Unterhaltspflicht, Regelungen in der Eingliederungshilfe

Rückblick auf die Psychiatrie-Woche

Die Übersicht der Themen läßt erkennen, daß der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt (z.B. Berufsfeldbezogene Zusatzqualifikation in der Eingliederungshilfe) und neue Themen der psychiatrischen Arbeit aufnimmt (z.B. Migration und Psychiatrie, Doppeldiagnose: Geistige Behinderung und psychische Erkrankung). Gleichzeitig hat das Gremium eine Funktion der gegenseitigen Weiterqualifikation in für die Behandlung und Versorgung psychisch Kranker relevanter Fragestellungen (z.B. Unterhaltspflicht in der Eingliederungshilfe), die von hohem Nutzen für Betroffene, Angehörige und Professionelle ist.

Am 07.12.06 haben die turnusmäßigen Wahlen der SprecherInnen des AKG stattgefunden. Nach langjähriger Tätigkeit in diesem Amt haben Herr Dr. P. Bastiaan, Frau Dr. C. Oestereich und Frau A. Theissing aufgrund persönlicher und beruflicher Veränderungen nicht mehr für dieses Amt kandidiert. Ihnen sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich für ihr erfolgreiches Engagement gedankt. Als NachfolgerInnen wurden Herr U. Blanke, Frau S. Kirschnick-Taenzer und Herr A. Türk gewählt.

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

Uwe Blanke · Medizinische Hochschule Hannover · Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie ·

Carl-Neuberg-Str. 1 · 30625 Hannover · E-Mail: Blanke.Uwe@mh-hannover.de

## **Bericht des Regionalen Fachbeirates (RFP) Mitte 2006 bis Mitte 2007**

von Hans-Bernhard Behrends (*stellvertretender Vorsitzender des RFP*)

Aus dem Vorläufer in der Landeshauptstadt Hannover, dem „Fachbeirat Psychiatrie“ hat sich mit der Regionsgründung der „Regionale Fachbeirat Psychiatrie“ (RFP) als Beratungsgremium für das Dezernat für Soziale Infrastruktur entwickelt und im Laufe der letzten fünf Jahre im Gefüge des regionalen Psychiatriegeschehens auch etabliert.

Zu danken ist dies im Wesentlichen drei Gründen:

1. einer konsequenten Einbindung des Beratungspotentials seitens der Psychiatrieerfahrenen selbst wie auch der Angehörigen Psychiatrieerfahrener.
2. einer wechselseitig befruchtenden Zusammenarbeit mit dem als sozialpsychiatrischer Verbund im Sinne des NPsychKG fungierenden Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AGK) und
3. einer stetig gewachsenen Beachtung der Empfehlungen des RFP zu neuen Angeboten beim Abschluss von Leistungsvereinbarungen.

So war die Arbeit des zurückliegenden Jahres von eben diesen drei Gegebenheiten besonders geprägt und soll anhand dessen skizzenhaft dargestellt werden.

Zu 1.

Bereits im Juni 2006 wurde auf Anregung des Vertreters der Psychiatrieerfahrenen die Einführung eines Krisenpasses im Rahmen des sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass es unterschiedliche Möglichkeiten für die Betroffenen gebe, den gewünschten Umgang mit ihnen und ihrer Erkrankung gegenüber den Behandlern zu dokumentieren. So wurde im RFP auch auf die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung hingewiesen und im Ergebnis vereinbart, zunächst die weitere Meinungsbildung gerade aus Sicht der Betroffenen in die nächsten Schritte mit einzubeziehen. Ein weiteres wichtiges Feld gemeinsamer Arbeit ist die Frage der Arbeitsmöglichkeiten, die in der Psychiatriewoche in vielen Facetten formuliert wurde, sowie die Öffentlichkeitsarbeit, die auf ein besseres Verständnis der Bevölkerung für psychische Beeinträchtigungen zielt.

Zu 2.

Ein wichtiger Gegenstand gemeinsamer Überlegungen war im Berichtsjahr zwischen AGK und RFP der Beitritt zur Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände. Da es sich bei diesem Gremium aber allein um Leistungsanbieter handelt und insofern nur eine Namensgleichheit mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund gem NPsychKG besteht, wurde dieser Weg mangels Kompatibilität im beiderseitigen Einvernehmen nicht weiterverfolgt. Die Kooperation wurde auch von fachlichen Themen getragen. Hierzu gehörte die kritische Betrachtung der Zielsetzungen zur Verbesserung der Betreuungskontinuität für psychosekranke Männer unter 25 ebenso wie die Erörterung der Problembeschreibungen und Lösungswege für die „vergessenen psychisch Kranken“ (z.B. Wohnungslose oder Menschen mit Migrationshintergrund). Als besonderes Spannungsfeld ist im Frühsommer vom AGK thematisiert und vom RFP zur weiteren – auch verwaltungsmäßigen Beordnung – aufgegriffen die Frage der sozialpsychiatrischen Arbeit im Kontext von Doppeldiagnosen der geistigen / psychischen Behinderungen. Die Komplexität wird daran deutlich, dass in die Erörterung auch Einrichtungen außerhalb des sozialpsychiatrischen Verbundes einzubinden sind. Mit zunehmender Dauer der Tätigkeit sind so viele Aspekte der (sozial-)psychiatrischen Versorgung (z.B. aus dem AGK) an den RFP herangetragen oder von ihm selbst wahrgenommen worden, dass er für seine weitere Arbeit eine Agenda erstellt hat.

Die regelhafte Vertretung des AGK im RFP durch dessen Vorsitzenden hat diese enge Zusammenarbeit sicherlich sehr unterstützt. So hat der bis März 2007 amtierende AGK-Vorsitzende, Herr Dr. Bastiaan (MHH) nicht nur seine persönliche fachliche Qualifikation in die Arbeit des RFP eingebracht, sondern konnte auch zeitnah und kompetent die Entwicklungslinien des AGK und seiner Arbeitsgruppen in die Überlegungen des RFP einfließen lassen. An dieser Stelle möchte ich als langjährig den Dezernenten vertretender Vorsitzender des RFP Herrn Dr. Bastiaan sehr herzlich für seine von tiefen Überzeugungen und persönlichem Engagement getragene Arbeit im RFP danken. Aus beruflichen Gründen steht Herr Dr. Bastiaan dem RFP leider nicht mehr als Ratgeber, aber auch als Mahner zur Verfügung. Um so mehr begrüße ich es, dass Herr Dr. Bastiaan seine verbliebene „to do list“ als „Zukunftsaufgaben für die Psychiatrie der Region Hannover“ dokumentiert und auch dem RFP anvertraut hat. Enthalten sind darin durchaus „dicke Brocken“ wie die Schaffung von psychiatrischen Stationen an den Allgemeinkrankenhäusern oder der Ausbau der ambulanten psychiatrischen Pflege und Soziotherapie. Der RFP nimmt sich dieser „Bastiaan-Liste“ aufgrund seiner bisherigen erfolgreichen Arbeit mit Zuversicht und in Anerkennung des Schaffens des Autors an.

Die Zusammenarbeit mit dem neuen Vorsitzenden des AGK, Herrn Blanke (ebenfalls MHH) hat sich in der Vorbereitung der sommerlichen Psychiatriewoche bereits als sehr fruchtbar erwiesen, so dass die Wünsche des RFP für einen guten Start heute nur als verspätet und schon erfüllt nachzutragen sind.

Zeitgleich erfolgte im Frühjahr 2007 die tournusmäßige Neubesetzung des RFP. Vereinbarungsgemäß werden 3 Mitglieder durch den Gesundheitsdezernenten benannt und weitere 3 durch den Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie. Während es bei den von der Region benannten bei der bisherigen Besetzung mit Frau Dr. Oesterreich, Herrn Dr. Elgeti und Herrn Dr. Sueße bleibt, gibt es für die Nennung aus dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie Veränderungen. Der AGK benennt neben seinem Vorsitzenden Herrn Blanke in der Nachfolge für Herrn Warlich als Vertreter der freien und privaten Anbieter Herrn Reichertz-Boers. Frau Liese als Vertreterin der Angehörigen und Herr Harig als Vertreter der Betroffenen werden erneut vom Arbeitskreis benannt und entsprechend vom Dezernenten in den RFP berufen.

Herr Warlich hat mit großer Fachkompetenz und langjährig geprägtem Erfahrungswissen in besonderem Maße dazu beitragen, die Fragen der Finanzierung von Leistungserbringung, Unwägbarkeiten der Planungen bei den einzelnen Trägern wie auch Begrenzungen in der Zuwendung für die psychisch Kranken durch langwierige Genehmigungsverfahren und bürokratische Hindernisse fundiert zu verdeutlichen und deren Abbau anzumahnen. Der RFP dankt ihm für sein kontinuierliches, fachkundiges Engagement und insbesondere auch für eine sehr kollegiale, offene Zusammenarbeit.

Zu 3.

Die Rolle und Kompetenz des RFP bei der Einschätzung von Bedarfen für die Erbringung psychiatrischer Leistungen ist sowohl von Trägern der Angebote wie auch von Trägern der Sozialhilfe mittlerweile akzeptiert. So hat sich der RFP im Berichtsjahr im Vorfeld von Abschlüssen von Leistungsvereinbarungen mit mehreren Anträgen - jeweils unter Beteiligung der Antragsteller - befasst und sein Votum an Aspekten u.a. der Zielgruppenorientierung, der vorhandenen Angebote in

der Region und am Qualitätsmanagement (insbesondere personelle Strukturqualität) orientiert. Im Ergebnis wurden u.a. mehrfach auch Empfehlungen zu Nachbesserung oder auch Ablehnung an die Entscheidungsträger übermittelt, denen diese dann auch gefolgt sind. Besondere Sorge bereitet dem RFP in diesem Kontext die Situation beim Ambulant betreuten Wohnen, insbesondere die Probleme der Fallzahlausweitung wie auch der Qualität der Leistungserbringung. Der RFP wird in Zukunft weiterhin gefordert sein, die Auswirkung der Zugängigkeit von Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen als dem SGB XII (z.B. Betreuungsgesetz, Pflegegesetz) wie auch der Erweiterung der Zielgruppen des Ambulant Betreuten Wohnens wie z.B. für Suchtkranke, Wohnungslose oder psychisch kranke Straftäter zu beachten und die Entwicklung der Angebotsstrukturen zu begleiten. Kritisch sieht der RFP auch die Ausweitung von regionsweiten Spezialangeboten für bestimmte Alter oder Problemlagen, die zu Lasten wohnortnaher dezentraler und integrativ arbeitender Dienste geht.

Vor dem jetzt teilweise neu besetzten RFP liegen viele Aufgaben, die fast alle mit vielen anderen gemeinsam wahrgenommen, beschrieben und gelöst werden müssen. Der RFP sieht sich weiterhin als Mittler und Katalysator für die Entwicklungen in der Psychiatrie in der Region Hannover.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Hans-Bernhard Behrends · Region Hannover · Fachbereich Gesundheit · Weinstrasse 2 · 30171 Hannover ·  
E-Mail: Hans-Bernhard.Behrends@region-hannover.de

## **Jahresbericht 2005/2006 der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen/ Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**

von Christian Harig und Jürgen Gundlach (*Mitglieder der Ombudsstelle*)

Hiermit legt die Verwaltung den Jahresbericht 2005/2006 der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover vor.

Der Jahresbericht, der von den fünf ehrenamtlichen Mitgliedern der Ombudsstelle selbst verfasst wurde, spiegelt die Tätigkeit in den vergangenen zwei Jahren wieder.

Die Mitglieder der Ombudsstelle haben sehr engagiert und mit großem Einsatz sich der Beschwerden von Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen angenommen. Insgesamt wurden 34 Beschwerden bearbeitet. In vielen Fällen konnte geholfen werden, allerdings nicht in allen Fällen.

Die Inanspruchnahme der Ombudsstelle zeigt, dass es ein richtiger Schritt war im Jahre 2005 diese Beschwerdemöglichkeit für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen zu schaffen.

Über ein Projekt Beschwerdestellen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in Köln ist die Regionale Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle auch bundesweit vernetzt, und in einem entsprechenden Internetauftritt der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie aufgenommen.

Auch bei der Beratung zum Aufbau entsprechender Beschwerdestellen in anderen Städten in Niedersachsen waren die Mitglieder beratend tätig, so unter anderem auch in der Stadt Braunschweig, wo demnächst ebenfalls nach hiesigem Vorbild eine Beschwerdestelle eingerichtet werden soll, im dortigen Sozialpsychiatrischen Verbund.

Die Arbeit der Ombudsstelle wird aufgrund der positiven Ergebnisse fortgeführt. Nach Vorlage des nächsten Jahresberichtes 2007/2008 wird die Verwaltung entsprechend erneut informieren.

**Anschriften der Verfasser:**

Christian Harig · Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) · Ruckerstr. 17 · 30169 Hannover · E-Mail: vpehannover@arcor.de  
Jürgen Gundlach · Lavendelweg 19 · 30655 Hannover · E-Mail: juergengundlach@yahoo.de

## Sonderteil

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

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

Wir begrüßen alle interessierten Leserinnen und Leser der Seiten für den Bereich Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Jeder Anbieter im Kinder- und Jugendbereich, der im Sozialpsychiatrischen Verbund integriert ist, hat in diesem Jahr erstmals von uns einen standardisierten Fragenkatalog zugeschickt bekommen. Hier haben wir auf starre Vorgaben für statistische Tabellen verzichtet und erhoffen uns dadurch mehr literarische Freiheit und kreative Beiträge. Selbstverständlich konnten weiterhin relevante Daten und Zahlen geschickt werden. Den folgenden Text haben alle Adressaten von uns zugesandt bekommen:

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

1. Zur Versorgungssituation in meiner Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich (Belegung, Wartezeiten, Statistik, Personalstand, ...):
2. In meiner/unserer Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich hat sich im Jahr 2006 folgendes verändert (konzeptionelle Veränderungen, neue Abteilungen, verändertes Klientel, ...):
3. Es wird bei uns folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet:“

Die Beiträge der einzelnen Anbieter fallen vom Umfang und Inhalt sehr unterschiedlich aus. Beim Lesen des Textes ist wie in jedem Jahr zu beachten, dass sich der Inhalt des Planes auf den Berichtszeitraum 2006 bezieht. Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen...

### Inhalt:

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

## Ambulante Versorgung

### Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fachdienst des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover

von Karin Ebel (*Leitung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fachdienst des Fachbereiches Jugend und Familie*)

Nach der Neubesetzung der Arztstelle startete im Bereich Jugend- und Familienberatung der „Kinder- und jugendpsychiatrische Fachdienst in der Jugendhilfe“ unter dieser Bezeichnung im Herbst 2005 mit einem Team aus insgesamt 1,5 Stellen. Schwerpunkte in diesem Dienst sind:

- Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik/Testdiagnostik
- Fachärztliche Stellungnahmen (nach § 35 a SGB VIII)
- Psychotherapeutische Interventionen und beratende Tätigkeit für Kinder, Jugendliche und Familien
- Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern
- Frühprävention
- Fachberatung und Kooperation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen

Der überwiegende Anteil der Anfragen wird durch den kommunalen Sozialdienst (KSD) des Fachbereichs Jugend und Familie vermittelt. Oft geht es um die Frage der seelischen Gesundheit im Zusammenhang mit dem § 35a SGB VIII, aber auch um kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Einschätzung in komplexen Fällen im Bereich Hilfen zur Erziehung. Diagnostische Ergebnisse und Arbeitshypothesen fließen im Rahmen von Helferkonferenzen oder der Teilnahme an Hilfeplangesprächen ein.

### Anschrift der Verfasserin:

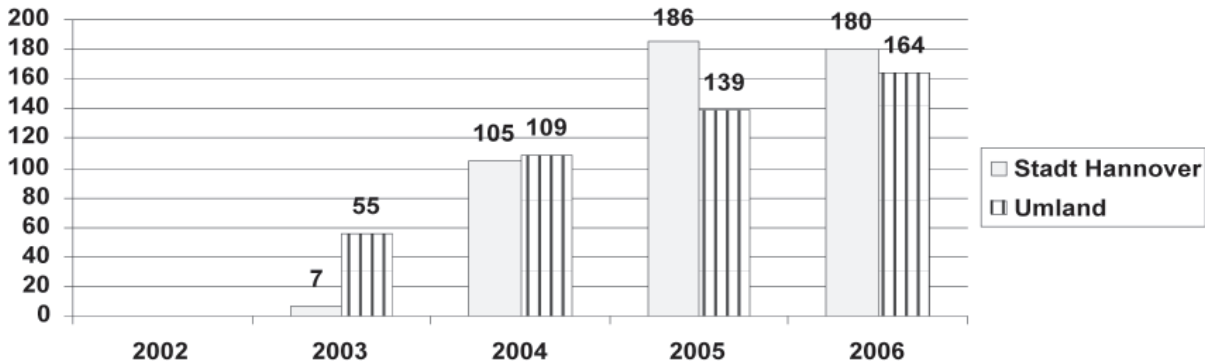
Karin Ebel · Landeshauptstadt Hannover · Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fachdienst des Fachbereiches Jugend und Familie · Marienstraße 63 · 30171 Hannover · Karin.Ebel@Hannover-Stadt.de

## Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereiches Gesundheit, Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover

von Stefan Pohl (Team Gemeindepsychiatrie)

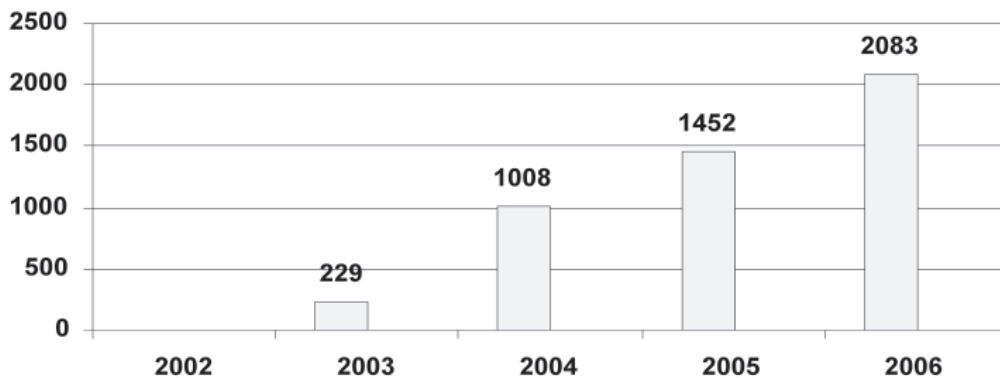
Im Jahr 2006 gab es in unserer Beratungsstelle erfreulicherweise keine statistisch relevanten personellen Veränderungen, so dass erstmals ein sinnvoller Vergleich mit dem Vorjahr 2005 möglich ist. In den Jahren 2003 und 2004 wurde die Beratungsstelle zunächst stufenweise personell ausgestattet.

### Klientenzahlen



Die Zahlen haben sich zwischen dem Stadtgebiet und Umland der Region Hannover weiter angenähert. Insgesamt ist ein leichter Anstieg der statistisch ausgewerteten Kontakte von 325 auf 344 zu verzeichnen - die Klienten also, die mindestens einen persönlichen Kontakt wahrgenommen haben. Hinzu kommen 148 Erstkontakte, die lediglich auf einem Telefongespräch oder einem schriftlichen Kontakt basieren. Insgesamt also 492 Erstkontakte im Jahr 2006.

### Anzahl der Kontakte



Die Anzahl der Kontakte für eine Beratung in unterschiedlichem Setting (Einzel-, Gruppen- oder Familienberatung) ist deutlich um 30 % auf 2083 im Jahr 2006 gestiegen. Noch augenscheinlicher ist der Anstieg der telefonischen Beratungen um 62%. Hier wird deutlich, dass wir es nun in unserer Beratungsstelle fast ausschließlich mit sogenannten „Multiproblemfamilien“ in Krisensituationen zu tun haben, die eine zeitintensive Tätigkeit erforderlich machen.

Einige interessante Informationen, Entwicklungen und Trends, die sich aus unserer Statistik für 2006 ergeben:

- Das Geschlechterverhältnis lag 2006 bei 42% weiblich und 58% männlich
- 38 % der Minderjährigen sind zwischen 7 und 13 Jahren, 37% sind im Jugendalter zwischen 14 und 17 Jahren.
- „Multikulti“: Es kamen Eltern mit 22 verschiedenen Nationalitäten. Der Anteil der deutschen Familien liegt bei 75%. Ansonsten führen Familien mit türkischer Nationalität (8%) - vor den deutschrussischen Familien (2,3%) - die Liste der anderen Nationalitäten an.
- Bei fast 252 Familien (73 %), die zu uns kamen, leben die Eltern getrennt.
- 40 % der Eltern sind Hartz IV - Empfänger

- Bei 52 % der Kinder und Jugendlichen ist mind. ein Elternteil psychisch erkrankt (inkl. Suchterkrankungen)
- Folgende ICD 10 - Diagnosen sind am häufigsten bei den Kindern und Jugendlichen: Schwere Anpassungsstörungen (mit PTBS) und Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Ansonsten haben wir auffällig oft Jugendliche mit stark selbstverletzendem Verhalten oder Online-Spielsucht.
- Es fanden im Jahr 2006 insgesamt 85 Hausbesuche statt. Das sind 35% mehr als in 2005. Die Hausbesuche werden im Zusammenhang mit schweren Krisen teilweise als Notfälle (ca. 25%) durchgeführt. In zehn Fällen kam es zu stationären Einweisungen nach §1631b BGB, ansonsten konnte oftmals eine stationäre Unterbringung verhindert werden.
- 28 unserer betreuten Kinder oder Jugendlichen (8%) haben sich 2006 auf freiwilliger Basis in stationäre oder teilstationäre Behandlung begeben.
- Wir arbeiten mit unterschiedlichen Institutionen und Anbietern zusammen. Am häufigsten mit dem Fachbereich Jugend, KSD oder ASD (bei 50% der Familien), mit den Schulen (bei 40% der Familien) sowie mit den Jugendhilfeträgern (bei 37% der Familien) und mit anderen Ärzten oder Therapeuten (bei 36% der Familien)
- Wir führen zur differenzierten Diagnostik nach MAS des ICD -10 unterschiedliche Psychologische Testverfahren durch. Am häufigsten sogenannte Klinische Verfahren (fast 500); 121 Intelligenztests wurden 2006 durchgeführt.
- Bei 38% der Familien haben wir eine ausführliche Sozialpsychiatrische Stellungnahme geschrieben.

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

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

#### **Winnicott-Institut**

von Michael Kögler (*Leiter der Ambulanz und des Winnicott-Instituts*)

##### **1. Zur Versorgungssituation:**

Die Anzahl der Neuaufnahmen hat sich im vergangenen Jahr mit 220 Patienten leicht erhöht. Problematisch sind nach wie vor die langen Wartezeiten: Es stehen durchschnittlich zirka 100 Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern auf der Warteliste, überwiegend mit drängenden Problemen von Krankheitswert. Es entstehen hier Wartezeiten von rund einem halben Jahr, die ethisch nicht hinzunehmen sind. Bis zum Beginn der indizierten ambulanten Psychotherapie in Form von Kurzzeit- oder Langzeit-Therapie, tiefenpsychologisch-fundiert oder psychoanalytisch, vergeht meist ein weiteres halbes Jahr.

Da die Patientenversorgung auf der Basis einer Instituts-Ambulanz im Rahmen der Ausbildung (Studiengang) zur Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen beruht, sind wir leider an das Kontingent gebunden, welches jedem Studierenden zusteht. Wir halten es für dringend nötig, wieder den Status einer Versorgungsambulanz zu erreichen und bitten dabei um Ihre Unterstützung. Die Beratungsstelle für Fragen von Trennung Scheidung und Partnerschaft im Haus, einschließlich Familienmediation und auf Wunsch juristischer Beratung, wird ebenfalls vermehrt nachgefragt. Gut besucht sind unsere Fortbildungsveranstaltungen, wie die tiefenpsychologische Langzeit-Weiterbildung, die Fortbildungsprogramme in den Schulen zur Gewaltprävention, oder Vorträge zu allen Fragen der seelischen Gesundheit und Krankheit (Vortragsreihe: Mit Erziehenden im Gespräch).

2. Im Berichtsjahr 2006 wurde die Eltern-Säuglings-/Kleinkindambulanz in Betrieb genommen in Kooperation mit 2 niedergelassenen Kolleginnen. Schlaf- und Ernährungsprobleme resultieren oft auf einem entgleisten Dialog, der in relativ kurzer Zeit auch mithilfe der Videotechnik wieder normalisiert werden kann. Im vergangenen Jahr wurde auch mit der Ausbildung in Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche begonnen, so dass zurzeit 3 fortlaufende Gruppen angeboten werden.

3. Es fällt auf, dass die Altersgruppe der frühpubertären Jungen vermehrt auffällig und therapiebedürftig ist.

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

Dr. med. Michael Kögler · Winnicott-Institut · Geibelstraße 104 · 30173 Hannover · Dr.koegler@winnicott-institut.de

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

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

##### **1. Versorgungssituation:**

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Hannover sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Region Hannover, inklusive Celle, 17 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie niedergelassen, wovon ca. 12 ihre Praxis im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung führen.

Dies bedeutet in der Regel ein recht umfassendes Versorgungsangebot mit Diagnose und Therapie im sozialpsychiatrischen Team unter Hinzuziehung von kinder- und jugendpsychiatrisch ausgebildeten, nichtärztlichen Fachkräften.

Wartezeiten schwanken je nach Größe der Praxis, liegen im Schnitt bei ca. 6 Wochen für reguläre Erstvorstellungstermine.

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung sind in der Region Hannover 65 Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten und Therapeutinnen niedergelassen. Wartezeiten sind, laut Auskunft der Patienten, offensichtlich sehr schwankend und liegen zwischen einigen Wochen bis 4 Monaten.

Veränderungen im jetzigen Berichtszeitraum: Nach langen Verhandlungen und diversen Statistiken, wurde Anfang 2007 nun auch mit der AOK Niedersachsen eine vertragliche Vereinbarung zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen, die im Großen und Ganzen der schon seit 1994 bundesweit geltenden Sozialpsychiatrievereinbarung mit den Ersatzkassen entspricht. Somit können jetzt auch AOK-Patienten in den Genuss dieser Behandlungsform kommen.

## 2. Trend:

Es scheint, entgegen der politischen Äußerungen, im schulischen und Primärerziehungsbereich eine ungebrochene Tendenz zur Aussonderung von Kindern vorhanden zu sein. Trotz entsprechender gesetzlicher Vorgaben werden immer wieder Kinder in den Praxen vorgestellt, wo Seitens der Grundschule, auf Sonderbeschulung gedrängt wird, zum anderen aber keine ausreichenden Angebote zur Förderung von Kindern mit Teilleistungsproblemen in Lernfächern (z.B. Rechtschreiben, Lesen, Mathe) gemacht werden.

### Anschrift des Verfassers:

Rainer F. Janitzek · Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie · Brabeckstr. 167b · 30539 Hannover · Kontakt@praxis-janitzek.de

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

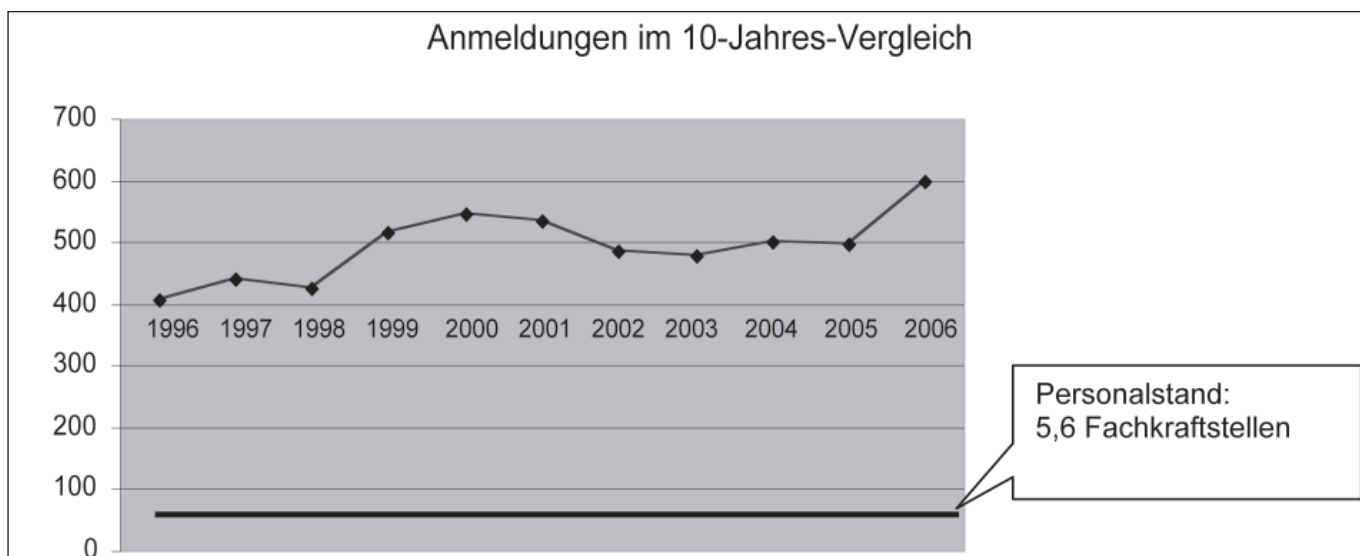
### Familien- und Erziehungsberatungsstelle in Burgdorf, Fachbereich Jugend der Region Hannover

von Matthias Möller (Fachbereich Jugend der Region Hannover)

#### 1. Versorgungssituation

Obwohl die Zahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen (0 - 21 Jahre) in der Region Hannover in den letzten Jahren leicht gesunken ist (von 2005 auf 2006 um 0,9%), haben die Anmeldungen in unserer Beratungsstelle zugenommen. Gegenüber dem Vorjahr (497 Anmeldungen) betrug die Zahl der Anmeldungen in der Burgdorfer Beratungsstelle im Jahr 2006 597 (!) und erreichte mit diesem Zuwachs von 20 % einen neuen Höchststand. Mit den Übernahmen aus dem Vorjahr wurden im Berichtszeitraum insgesamt 790 Beratungsfälle bearbeitet.

Die Zahl der Fachkraftstellen ist mit 5,6 Vollzeitstellen seit über 10 Jahren gleich geblieben.



## 2. Trend/Entwicklung

Ein „Trendthema“ war 2006 die Jugendberatung und die Frage, wie Beratungsstellen Jugendliche erreichen können. Bereits seit 2005 geplant, sprechen die Familien- und Erziehungsberatungsstellen seit April 2006 mit speziellen Flyern und Plakaten sowie einer Offenen Sprechstunden für Jugendliche gezielt Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren an.

Für die Beratungsstelle Burgdorf wurden eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter als Koordinatoren und Ansprechpartner für die Jugendberatung benannt.

Im Hinblick auf einen Austausch zum Thema Jugendberatung und einer Vernetzung der Helfersysteme wurde im November 2006 ein Workshop durchgeführt. Es kamen über 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Jugendpflege und den Sozialen Diensten der Jugendämter sowie der Schulsozialarbeit. Dabei standen thematisch die besonders verhaltensoriginellen Jugendlichen im Mittelpunkt. Diese Jugendlichen haben aufgrund von Trennungserfahrungen, Verlusten oder traumatischen Erlebnissen oft das Gefühl, dass ihnen der Boden unter den Füßen weggerissen wurde. Unsicherheit, Rückzug, Aggression, Delinquenz und vieles mehr sind häufige Reaktionen. In der Regel ist damit auch ein Vertrauensverlust in die Welt der Erwachsenen verbunden.

### **Anschrift des Verfassers:**

Matthias Möller · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Familien- und Erziehungsberatungsstelle Burgdorf · Spittaplatz 5 · 31303 Burgdorf · Matthias.Moeller@region-hannover.de

## **Familien- und Erziehungsberatungsstelle in Barsinghausen und Neustadt, Fachbereich Jugend der Region Hannover**

von Petra von Stosch (*Leiterin der Familien- und Erziehungsberatungsstelle in Barsinghausen und Neustadt*)

### 1. Versorgungssituation

Obwohl die Zahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen (0-21 Jahre) in der Region Hannover in den letzten Jahren leicht gesunken ist (von 2005 auf 2006 um 0,9 %) haben die Anmeldungen z.B. in der Beratungsstelle in Neustadt zugenommen: gegenüber dem Vorjahr (207 Anmeldungen betrug die Zahl der Anmeldungen in der Neustädter Beratungsstelle im Jahr 2006 279). Mit den Übernahmen aus dem Vorjahr wurden im Berichtszeitraum in den Beratungsstellen Barsinghausen und Neustadt 933 Beratungsfälle bearbeitet.

2006 musste die Beratungsstelle Barsinghausen 1,1 Fachkraftstellen und die Beratungsstelle Neustadt 0,1 Fachkraftstellen abgeben, so dass insgesamt in den beiden Beratungsstellen 8,1 Fachkraftstellen zur Verfügung standen.

## 2. Trend/Entwicklung

Ein „Trendthema“ war 2006 die Jugendberatung und die Frage, wie Beratungsstellen Jugendliche erreichen könnten.

Bereits seit 2005 geplant, sprechen die Familien- und Erziehungsberatungsstellen seit April 2006 mit speziellen Flyern und Plakaten sowie einer offenen Sprechstunde für Jugendliche gezielt Jugendliche im Alter von 13-18 Jahren an.

Auch für die Beratungsstellen Barsinghausen und Neustadt wurden je eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter als Koordinatoren und Ansprechpartner für die Jugendberatung benannt.

Ein weiteres wichtiges Thema war die Kooperation Jugendhilfe/Schule. Als eine der Neustädter Jugendhilfeeinrichtungen nahm die Familien- und Erziehungsberatungsstelle an 2 Projekten teil, die eine verstärkte Kooperation mit Schulen und anderen Institutionen vor Ort deutlich machen: der Arbeitskreis Schulverweigerung befasste sich mit den präventiven Möglichkeiten zu diesem Thema.

Das 2. Projekt war die Teilnahme an einer Rallye zum Thema Gewaltprävention, Kooperationspartner war hier eine Förder-schule für Lernhilfe.

In der Familien- und Erziehungsberatungsstelle Barsinghausen wurden Vorträge und Fortbildungen schwerpunktmäßig zum Thema „Asperger Syndrom“ in Schulen und Kindertagesstätten durchgeführt.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Petra von Stosch · Region Hannover · Fachbereich Jugend · Familien- und Erziehungsberatungsstelle (FEB) Neustadt und Barsinghausen · Schillerstr. 2 · 31535 Neustadt · Petra.Stoschvon@region-hannover.de



## Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie

Das SPZ gab an, dass die Wartezeiten für einen Erstgesprächstermin weiterhin gestiegen seien, die Anmeldezahlen seien ebenfalls gestiegen, der Personalstand habe sich hingegen im Jahr 2006 nicht verändert. Es werde die Tendenz beobachtet, dass psychische Auffälligkeiten zunehmen würden.

## Stationäre Versorgung

### Bericht aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH

von Anette Redslob (Chefärztin kommissarisch)

Die Abteilung versorgt als Zuständigkeitsbereich den Sektor LK Schaumburg, LK Nienburg und aus der Region Hannover Neustadt, Wunstorf, Garbsen, Seelze, Barsinghausen, Gehrden, Wennigsen, Ronnenberg und die Wedemark. Hier hat es keine Veränderungen gegeben. Die Abt. verfügt über 30 stationäre Plätze, die sich in eine fakultativ zu schließende Jugendlichenstation (13-18 J.), eine Kinderstation (5-12J.) sowie eine altersgemischte Station (10-15J.) aufgliedern. Nicht aufgenommen werden können auch weiterhin Kinder und Jugendliche, bei denen eine Substanzmittelabhängigkeit im Vordergrund des Störungsbildes steht. Ferner gibt es 8 tagesklinische Plätze für Kinder bis 12 (13J.), wobei seit 2006 auch vereinzelt jüngere Jugendliche auf dieser Station behandelt wurden. Zudem gibt es eine große Institutsambulanz mit etwa 1700 Scheinen pro Jahr. Die Institutsambulanz hält durchgängig kurzfristige Notfalltermine frei, so dass in Krisensituationen innerhalb von 2-3 Tagen ein ambulanter Termin stattfinden kann (sollte er nicht sofort erforderlich sein). In der Ambulanz wurden in 2006 die Gruppenangebote noch erweitert. Die Wartezeit auf einen tagesklinischen oder stationären Platz betrug auch in 2006 bis zu 5 Monate. Im Vergleich zu 2005 war für 2006 eine erhebliche Fallzahlsteigerung von 158,5 in 2005 auf 209,5 in 2006, einhergehend mit einer deutlichen Verkürzung der Verweildauer von 60,1 Tage in 2005 auf 45,2 Tage in 2006 zu verzeichnen. Die Zahl der Notaufnahmen stieg von 50% aller Aufnahmen auf 67% aller Aufnahmen.

Trend: Anhaltend hohe bis steigende Nachfrage nach ambulanten Terminen und stationärer Behandlung in allen Altersgruppen, steigende Zahl von Notaufnahmen (betrifft insbesondere den Jugendlichenbereich) und Kriseninterventionen bei überwiegend schwer psychiatrisch erkrankten PatientInnen (Suizidalität / Selbstschädigung, Psychosen, Fremdaggressivität etc.).

Außer den bereits genannten Punkten gab es 2006 keine wesentlichen konzeptionellen Veränderungen.

#### Anschrift der Verfasserin:

Annette Redslob · Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH · Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf · Anette.Redslob@nlkhwunstorf.niedersachsen.de

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

von Christian Schnetzer (Chefarzt Kinderkrankenhaus auf der Bult)

1. Zur Versorgungssituation in der Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich (Belegung, Wartezeiten, Statistik, Personalstand, ...)  
2006 hatten wir eine durchschnittliche Auslastung von 98,43 %, die Fallzahl betrug 342 Pat. , die Zahl der Planbetten betrug 68. Überregional wurde insbesondere für Suchtmittelabhängige, traumatisierte sowie Anorektikerinnen ein therapeut. Angebot gemacht. Hauptdiagnosen waren F 32, F 43, F 92, F 91, F 93, F 90, F 50, F 60, F 44, F 20, F 16 , F 12, F 10.
2. In der Einrichtung bzw. Zuständigkeitsbereich hat sich im Jahr 2006 folgendes verändert (konzeptionelle Veränderungen, neue Abteilungen, veränderte Klientel, ...)
  - Planung und Aufbau einer Tagesklinik
  - Umstrukturierung der altersgemischten offenen Stationen in 3 Jugendlichen und 1 Kinderstation
  - Aufbau einer Traumaspreekstunde zur Klärung und Vorbereitung von Therapie

3. Es wird folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet:
- Zunehmender Trend mit sehr brüchigen Familienstrukturen, Bindungsstörungen, instabilen narzisstischen Kompensationsversuchen.
  - Deutliche Zunahme alkoholintoxizierter Pat.
  - Flucht in virtuelle Ersatzwelten

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Christian Schnetzer · Kinderkrankenhauses auf der Bult · Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie · Janusz-Korczak Allee 12 · 30173 Hannover

**Bericht aus der Niedersächsischen Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim**

von Hans-Jörg Bethge (*Leitender Psychologe*)

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

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

Die Klinik hat einen Versorgungsauftrag für folgenden Einzugsbereich:

Stadt und Landkreis Hildesheim

Landkreis Hameln-Pyrmont

südliche Bezirke des Landkreises Hannover

Landkreis Goslar

Stadt Salzgitter und Northeim

**Spektrum des Behandlungsangebots**

Die Behandlung ist verhaltenstherapeutisch und systemisch orientiert und geht auf die Anliegen und Bedürfnisse aller Beteiligten ein. Wir therapieren multiprofessionell und es wird je nach vorliegendem Störungsbild für den Patienten individuell ein Behandlungsplan vom Team erstellt. Unser Team bestand 2006 einschließlich der Mitarbeiter aus der Institutsambulanz aus 4 Fachärzten, 9 Assistenzärzten, 8 Psychologen, 6 Sozialpädagogen, 7 Fachtherapeuten, 2 Technisch-Psychologische-Assistentinnen sowie ca. 10 Mitarbeitern im Pflege- und Erziehungsdienst.

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

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

In der Institutsambulanz wurden feste Elterngruppen für Triple-P und für Eltern von ADHS-betroffenen Kindern sowie das SELBST-Programm für Jugendliche und eine Kindergruppe zur Förderung sozialer Kompetenzen installiert.

Im Freizeitbereich wurde das therapeutische Reiten sowie Klettern ausgebaut.

Es wird eine kontinuierliche Zunahme von ADHS- und Schulvermeidungsproblematiken sowie von erheblichen Erziehungsdefiziten bei Eltern beobachtet.

**Anschrift des Verfassers:**

Hans-Jörg Bethge · Aneos Klinikum · Kinder und Jugendpsychiatrie Hildesheim · 31135 Hildesheim · Goslarsche Landstraße 60 · hanb.kjp@hildesheim.ameos.de

## Eingliederungshilfen

### Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH

von Christine Voigt (*Leitende Dipl. Pädagogin*)

Die Einrichtungen des Therapiezentrums für autistische Kinder gGmbH bestehen aus drei Einrichtungsteilen:

- A. Tagesbildungsstätte mit integriertem Sonderkindergarten und Kriseninterventionsinternat (teilstationär)
- B. Ambulanz und Beratungsstelle (ambulanter Dienst)
- C. Wohngruppen (vollstationär)

Im Folgenden versuche ich auf die in Ihrem Leitfaden (*s. am Beginn des Sonderteils, Ergänzung: Herr Pohl*) gestellten Fragen jeweils einrichtungsbezogen einzugehen.

Zu A, 1.: Für die Einrichtung sind mit dem Landessamt für Soziales, Jugend und Familie 36 Plätze vereinbart worden, die in 2006 belegt waren. Das Kriseninterventionsinternat ist mit 4 Plätzen übers Jahr von unterschiedlichen Kindern unserer Einrichtung belegt. Der Personalstand entspricht den Vereinbarungen mit dem Landesamt für Soziales, Jugend und Familie.

Für die Einrichtung wird zur Zeit eine neue Leistungs- und Vergütungsvereinbarung verhandelt.

Zu A, 2: Wir haben nach einer längeren Vakanzzeit wieder eine Psychologin eingestellt, die in den Einrichtungen A und B arbeitet.

Zu A, 3: Ein Jugendlicher hat ein Kostenanerkennnis nach § 35a SGB VIII, alle anderen Kinder haben KOA nach §§ 53, 54 SGB XII.

Zu B, 1: Von der Ambulanz und Beratungsstelle werden im Jahr durchschnittlich 65 Kinder versorgt. Es kann zu kurzfristigen Wartezeiten vor dem Beginn der Förderung kommen.

Die Leistungen werden aufgrund der Konzeption und des individuellen Förderplans einzeln mit den jeweiligen Kostenträgern verhandelt.

Mögliche Kostenträger sind das örtliche Jugendamt (§35a SGB VII) und das örtliche Sozialamt (§§ 53, 54 SGB XII)

Zu B, 2: siehe oben

**Zu B, 3: Inzwischen haben ca. die Hälfte der Kinder ein Kostenanerkennnis nach § 35a, haben also die Diagnose „Asperger“ bekommen. Diese Entwicklung ist mit steigender Tendenz seit einigen Jahren zu verzeichnen.**

Zu C, 1: Für die Einrichtung sind mit dem Landessamt für Soziales, Jugend und Familie 12 Plätze vereinbart worden, die in 2006 belegt waren. Der Personalstand entspricht den Vereinbarungen mit dem Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Für die Einrichtung wird zur Zeit eine neue Leistungs- und Vergütungsvereinbarung verhandelt.

Es gibt eine Warteliste für die Einrichtung. Wenn allerdings ein Platz frei geworden ist, sind die wartenden Kinder oft anderweitig versorgt oder die Eltern sind zu dem Zeitpunkt nicht in der Lage, sich für eine vollstationäre Versorgung ihres Kindes zu entscheiden.

Zu C, 2: Keine Veränderungen

Zu C, 3: keine Veränderungen

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

Christine Voigt · Therapiezentrum für autistische Kinder · Bemeroder Straße 8 · 30559 Hannover · Voigt@gib-Hannover.de

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

von Holger Thiermann (*Familien- und Erziehungsberatungsstelle Barsinghausen*)

Anträge auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen werden für den Zuständigkeitsbereich der Region Hannover (Region Hannover ohne die Städte Burgdorf, Laatzen, Langenhagen, Lehrte, Springe und Stadt Hannover) von der Arbeitsgruppe 51.LD bearbeitet. In der Arbeitsgruppe werden die Anträge aufgenommen, die notwendige Diagnostik durchgeführt und die Entscheidungen über die Gewährung von Eingliederungshilfe getroffen. Für die Städte Burgdorf, Laatzen und Springe wird die Diagnostik durchgeführt, bis 30.09.2006 auch für die Stadt Langenhagen.

Der Arbeitsgruppe standen 12 Fachkräfte mit 114 Arbeitsstunden pro Woche (2,9 Personalstellen) und 2 Schreibkräfte mit insgesamt 54,6 Std. pro Woche (1,4 Personalstellen) im Jahre 2006 zur Verfügung. Bearbeitet wurden 2006 insgesamt

701 Anträge, davon ca. 72% im Zusammenhang mit vorliegenden Lese- und Rechtschreibstörungen, ca. 22% im Zusammenhang mit einer vorliegenden Rechenstörung und ca. 6% im Zusammenhang mit kombinierten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. In ca. 77% der gestellten Anträge kam die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis, dass eine Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII erforderlich ist, in ca. 17,5% zu dem Ergebnis, dass die Leistungsvoraussetzungen des § 35a SGB VIII nicht vorliegen, in ca. 5% der Fälle haben Eltern den Antrag auf Eingliederungshilfe zurückgenommen.

Im Durchschnitt mussten die Eltern mit ihren betroffenen Kindern ca. 3-4 Mon. ab Antragstellung auf einen Diagnostiktermin und einen anschließenden Bescheid über ihren Antrag warten.

Die Antragszahlen sind im Jahre 2006 im Vergleich zum Jahre 2005 auf hohem Niveau stabil geblieben.

Eine Änderung des § 35a SGB VIII im Herbst 2005 - die Untersuchung der seelischen Gesundheit im Zusammenhang mit § 35a SGB VIII darf nur noch von bestimmten Fachkräften vorgenommen werden - hat im Laufe des Jahres 2006 zur Planung einer Umorganisation der Arbeitsgruppe 51.LD geführt. Die Umorganisation hat zur Einstellung einer weiteren Fachkraft (eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 19,5 Std. pro Woche) zum 01.08.2007 geführt. Ab 01.10.2007 wird auch in der Arbeitsgruppe 51.LD gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Untersuchung der seelischen Gesundheit nur noch von entsprechenden Fachkräften durchgeführt. Andere Fachkräfte innerhalb der Arbeitsgruppe werden dann die (drohende) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft prüfen und letztendlich über die Bewilligung oder Ablehnung der Anträge auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII entscheiden. Die Beurteilung einer (drohenden) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist oft schwierig. Hilfreich sind hierfür differenzierte Angaben der Betroffenen selbst, der Eltern sowie der Schule. Zur besseren Beurteilung der (drohenden) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wurde daher ein ausführlicher Schulberichtsfragebogen entwickelt sowie eine Befragung der Lehrer und der Eltern mittels des standardisierten und normierten Elternfragebogens (CBCL) und Lehrerfragebogens (TRF) eingeführt.

Soweit bisher einschätzbar, sind für 2007 ähnliche Antragszahlen wie für 2006 zu erwarten.

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

Holger Thiermann · Region Hannover · FEB Barsinghausen · Am Waldhof 1 · 30890 Barsinghausen ·  
Holger.Thiermann@region-hannover.de

## **Stationäre Eingliederungshilfe, Therapeutische und Sozialpädagogische Wohngruppen des Stephansstift**

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

Zu den 6 Therapeutischen Wohngruppen des Stephansstiftes Hannover ist zu sagen, dass diese dauerhaft belegt sind und Wartezeiten von ca. 1 bis 3 Monaten entstehen. Insbesondere die Therapeutischen Mädchen-Wohngruppen sind dauerhaft voll belegt.

In den 6 Sozialpädagogischen Wohngruppen haben wir festgestellt, dass delinquente männliche Kinder und Jugendliche (im Alter von ca. 10 bis 14 Jahren) vermehrt angefragt werden. Hier gelingt es nicht, eine Präsenzpflcht zu erwirken, um diese regellosen Kinder behandeln zu können.

Aus diesem Grund haben wir zum 01.06.2007 eine neue Intensivpädagogische Wohngruppe eröffnet. Hier wird in einem sehr engen Setting mit dem Schwerpunkt Erlebnispädagogik gearbeitet. Aber auch hier wird festgestellt, dass durch das Nicht-erwirken-können einer Präsenzpflcht die Jugendlichen sich schnell überfordert fühlen und die Maßnahme abbrechen.

Mit „überfordert fühlen“ ist hier gemeint, dass sie „keine Lust haben“ früh aufzustehen, zur Schule zu gehen, Sport zu machen etc..

Da die Adressaten, die für diese Intensivpädagogische Wohngruppe angefragt werden, im Regelfall aus einem randständigen hannoverschen Milieu kommen, ist es besonders schwierig sie zu motivieren, da sie in der Stadt für sich noch eine scheinbar bequemere Alternative sehen (Bed by Night, Freunde etc.)

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

Petra Dehmlow · Stephansstift · Wohngruppen · Kirchröder Str. 44 · 30625 Hannover · dehmlow@stephansstift.de

## **Teilstationäre und Stationäre Eingliederungshilfe der Pestalozzistiftung**

von Jürgen Bussieck (*Erziehungsleiter, Pestalozzi-Stiftung*)

### **1. Zur Versorgungssituation**

In unseren familienorientierten Wohngruppen und der Wohngruppe für Jugendliche im Grenzbereich zur geistigen Behinderung war die Belegung im Jahr 2006 kontinuierlich gut. In den drei 5-Tage-Gruppen hatten wir 2006 eine gute Belegung mit einer hohen Rückführungsquote.

In der Intensivpädagogischen Tagesgruppe hatten wir eine gute Auslastung, die der anderen Tagesgruppen verbesserte sich in der zweiten Jahreshälfte 2006.

Im der ambulanten Jugendhilfe verbesserte sich die Auslastung in der zweiten Jahreshälfte.

Im Kalenderjahr 2006 gab es keine Veränderung des Personalstands bzw. bei der beruflichen Qualifikation der Mitarbeiter. Ausbau der internen Fortbildung der Mitarbeiter zu aktuellen pädagogischen Fragestellungen.

### **2. Erweiterte und neue Angebote:**

Erweiterung der Tagesgruppen-Konzeption durch integrative schulische Förderungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Schulvermeidungsstrategien. Unser sozialräumliches Projekt

„Jugendhilfestützpunkt“ im Landkreis Soltau-Fallingb. wurde als festes Angebot installiert.

### **3. Es wird bei uns folgender Trend bzw. Entwicklung für den Kinder- und Jugendbereich beobachtet:**

Die ambulante Jugendhilfe wird weiterhin offensiv ausgebaut. Differenzierte, auf das Klientel angepasste Hilfen sind gefragt.

Die präventiven, sozialräumlichen Angebote werden verstärkt angefordert.

Vernetzungs- und Schnittstellenarbeit mit Schulen, Jugendpflege, Kindergärten nimmt weiterhin zu.

Durch die Stärkung des Kindeswohls im neuen § 8a des SGB VIII und durch die öffentliche Diskussion scheinen die Aufnahmen in den Bereitschaftspflegestellen und Inobhutnahmen zuzunehmen.

### **Anschrift des Verfassers:**

Jürgen Bussieck · Pestalozzi-Stiftung · Bereich stationäre Jugendhilfe · Pestalozzistraße 7 · 30938 Burgwedel ·  
jbussieck@pestalozzi-stiftung.de

## **Clearingstelle des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover**

von Ursula Lerch-Fricke (*Clearingstelle des Fachbereich Jugend und Familie der Stadt Hannover*)

2006 gab es eine prozentuale Auslastung von 58,56%. Da es sich um eine Inobhutnahmeeinrichtung handelt, gibt es keine Wartezeiten.

An dem Personalstand hat sich nichts geändert. Es stehen acht Stellen für pädagogische Fachkräfte, eine Stelle für eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, eine Stelle für den Hauswirtschaftsbereich und eine Stelle für den Verwaltungsbereich zur Verfügung.

Das Konzept der Clearingstelle ist fortgeschrieben worden und alle Inobhutnahmen der LHH müssen über die Clearingstelle abgewickelt werden, um so eine bedarfsgerechte Unterbringung zu ermöglichen.

Die Clearingstelle ist Inobhutnahmezentrale und sorgt für die statistische Auswertung.

Immer mehr Jugendliche sind mit ihrer Problematik zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe anzusiedeln.

Dies erfordert eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Es gibt immer Entwicklungen im Kinder- und Jugendbereich – von Trends kann nur gesprochen werden im Bereich der UN-BEGLEITETEN MINDERJÄHRIGEN FLÜCHTLINGE -. die Zahl ist stark rückläufig und Bevölkerung und Polizei reagieren sensibler bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Die Rufbereitschaft des Fachbereiches, die der Clearingstelle obliegt, wird frühzeitiger eingeschaltet.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Frau Lerch-Fricke · Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Jugend und Familie · Nicolaistraße 13 · 30159 Hannover  
Ursula.Lerch-Fricke@Hannover-Stadt.de

### **Zusammenstellung des Gesamtbeitrages:**

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

# Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes

## Zielperspektiven des Sozialpsychiatrischen Verbundes:

Der Sozialpsychiatrische Verbund nach § 8 NPsychKG arbeitet für das Gebiet der Region Hannover. Er dient der Erfüllung der in § 6 Abs. 7 NPsychKG beschriebenen Aufgabe, auf gemeindenahe Hilfeleistungen hinzuwirken. Seine Arbeit richtet sich an folgenden Zielperspektiven aus:

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

## Zusammensetzung, Mitgliedschaft und Gremien:

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

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

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

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

## Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie

### Aufgaben:

Der AKG dient der Vernetzung der in der Region Hannover tätigen sozialpsychiatrischen Initiativen und Einrichtungen. Er fungiert als Delegiertenversammlung der am Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligten Anbieter von Hilfen nach § 6 NPsychKG unter Mitwirkung der durch ihn gebildeten Fachgruppen und anerkannten Zusammenschlüssen von Selbsthilfegruppen und Berufsverbänden, soweit sie sich am Sozialpsychiatrischen Verbund beteiligen.

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

#### **Zusammensetzung:**

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie setzt sich aus stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern sowie ständigen Gästen zusammen. Über den Status als stimmberechtigtes oder beratendes Mitglied sowie als ständiger Gast (mit beratender Stimme) des Sozialpsychiatrischen Verbundes entscheidet auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie der zuständige Dezernent für soziale Infrastruktur der Region Hannover. Bei einem Sitz außerhalb der Region Hannover ist ausschlaggebend, in welcher Kommune die größere Zahl an Plätzen für psychisch Kranke vorgehalten wird.

Stimmberechtigt sollen sein:

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

Beratende Mitglieder sollen sein:

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

Ständige Gäste mit beratender Stimme sollen sein:

- Vertreter des Landes Niedersachsen (Psychiatriereferat im Sozialministerium),
- Vertreter der verschiedenen Kostenträger von Hilfen für psychisch Kranke,
- Vertreter der zuständigen kommunalen Behörden und Leistungserbringer im Rahmen des Betreuungsgesetzes.

## **Regionaler Fachbeirat Psychiatrie**

#### **Zusammensetzung:**

Es obliegt der Region Hannover einen regionalen Fachbeirat einzurichten.

#### **Aufgaben:**

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

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

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaften**

#### **Aufgaben:**

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

### **Zusammensetzung:**

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

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

## **Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes**

### **Aufgaben allgemein:**

- Mitwirkung bei der Erarbeitung von Konzeptionen und Unterstützung der unter Ziffer 2.3 genannten Gremien in der organisatorischen Umsetzung,
- Erstellung von Vorgaben zur Abfassung der statistischen Jahresberichte,
- Sammlung, Auswertung und Weitergabe der statistischen Jahresberichte,
- Teilnahme an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie, Erstellung der Sitzungsprotokolle und Versendung der Sitzungsprotokolle an die Mitglieder des AKG spätestens eine Woche vor der nächsten Sitzung unter Angabe der Tagesordnung.

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

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

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

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

Sodann wird die Sozialpsychiatrischen Plan mit einer Stellungnahme des RFP der Region Hannover vorgelegt.



## Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

Gesetzliche Grundlage zur Bildung des SPV ist § 8 NPsychKG.

Die Gremien "Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)" sowie der "Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP)" haben sich als Arbeitsgrundlage eine Geschäftsordnung gegeben.

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

### Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

- Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG
- Vertreter der Sozialpsychiatrischen Dienste der Region Hannover
- Gewählte Sprecher der vom AKG gebildeten Fachgruppen
- Vertreter der am SPV beteiligten Selbsthilfegruppen und Berufsverbände
- Gäste mit beratender Stimme

### Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

- Fachdezernent der Region Hannover als Vorsitzender
- 3 vom Fachdezernat benannte Mitglieder  
(z.Zt. leitende Ärztin des Klinikums Region Hannover Wunstorf GmbH, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Fachbereiches Gesundheit und Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH)
- 4 vom AKG zur Berufung durch den Fachdezernenten/die Fachdezernetin vorgeschlagene Mitglieder  
(z.Zt. 2 Vertreter 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 sektoralbezogenen ambulanten, stationären und komplementären Hilfen
- Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf
- Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohner des Einzugsgebietes

Zusammensetzung:

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

### Fachgruppen (FG)

Aufgaben:

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

Zusammensetzung:

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

# Codierungsliste

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

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

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover  
**Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen – aktualisiertes Formular ab 2006**

**A) Datenblatt für Einrichtungsträger**

**Berichtsjahr:**

**1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers**

	(Code-Nr.)

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

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

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

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

**Code vorrangiger Kostenträger**

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

**Code Leistungsart**

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

**Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)**

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

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

**Berichtsjahr:**

**1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger**

	(Code-Nr.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

**Berichtsjahr:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Fortsetzung auf der Rückseite)

**3.1. psychiatrische Erstdiagnose**  
 0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhaftige Störung (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8 = keine psychische Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar

**3.2. Alter bei Ersterkrankung**  
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1 = 65 und mehr Jahre; 2 = 45 bis unter 65 Jahre; 3 = 25 bis unter 45 Jahre; 4 = unter 25 Jahre; 9 = Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar

**3.3. Dauer seit Ersterkrankung**  
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre

**3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**  
 0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre; 2 = 5 bis unter 10 J.; 3 = 1 bis unter 5 J.; 4 = unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar

**3.5. Wohnsituation**  
 0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar

**3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**  
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation (z.B. RPK), Sonderschule o.ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar

**3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte**  
*Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.*  
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

**3.8. vorrangiger Lebensunterhalt**  
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld (ALG) I; 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/ALG 2/Sozialhilfe zum lauf. Lebensunterhalt, im Rahmen stat. Jugend-/ Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

**4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!)**

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ankreuzen)
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (gemäß SGB V)
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (gemäß SGB V)
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)
kompl. Versorgung	Wohnen	4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation (gemäß SGB VI)
		4.6 <u>Quartale</u> in ambul. Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. SGB XII (z.B. als häusliche Pflege)
	4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. SGB XII (z.B. in Alten- / Pflegeheim)	
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation (z.B. in RPK-Einrichtungen, BTZ, BFW oder ähnliches)
4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit		
		4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder ähnliches

## Autorenverzeichnis

<b>Bach, Alisa</b>	Leiterin des Fachbereichs Jugend der Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Bartusch, Stefan, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Oberarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
<b>Beek, Katja</b>	E-Mail:Kontakt@Netz-undBoden.de
<b>Behrends, Hans-Bernhard, Dr.</b>	Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Facharzt für Allgemeinmedizin, stellvertretender Vorsitzender Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Leiter des Fachbereichs Gesundheit der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Bergholz, Claudia</b>	Dipl.-Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Schillerslager Str. 38, 31303 Burgdorf
<b>Bethge, Hans-Jörg</b>	Psychotherapeut, leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, AMEOS Klinikum Hildesheim, Kinder- und Jugendpsychiatrie Hildesheim, Goslarsche Str. 60, 31135 Hildesheim
<b>Blanke, Uwe</b>	Sprecher des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover, Dipl.- Sozialarbeiter/-pädagog, e, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<b>Bunde, Wolfgang</b>	Sprecher der Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung, Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V., Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
<b>Bussieck, Jürgen</b>	Dipl.-Sozialpädagoge, Pestalozzistift, Erziehungsleiter, Bereich stationäre Jugendhilfe, Pestalozzistr. 7, 30938 Burgwedel
<b>Dehmlow, Petra</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin, Stephansstift, Leiter der therapeutischen Wohngruppen, Kirchröder Str. 44, 30625 Hannover
<b>Ebel, Karin</b>	Dipl.-Psychologin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Leitung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fachdienst, Marienstr. 63, 30171 Hannover
<b>Elgeti, Hermann</b>	Dr., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Oberarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Beratungsstelle für psychische und soziale Probleme List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
<b>Eller, Stefan</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Fochler, Martin</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Hansastr. 38, 30952 Ronnenberg



<b>Frölich, Julia</b>	Sozialpädagogin im Berufspraktikum, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistraße 168, 30177 Hannover
<b>Georgiadis, Hildegard</b>	Dipl.-Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover
<b>Güster, Franz J.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Eltern, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Gundlach, Jürgen</b>	Mitglied in der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle/Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover, Lavendelweg 19, 30655 Hannover
<b>Harig, Christian</b>	Dipl.-Sozialwirt, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Rückertstr. 17, 30169 Hannover
<b>Harnau, Brigitte</b>	Sprecherin der Fachgruppe Gerontopsychiatrie, Caritas Forum Demenz, Bohlendamm 4, 30159 Hannover
<b>Hemmesmann, Reinhold</b>	Sprecher der Fachgruppe Legale Suchtmittel, SuPA GmbH, Königstr 6, 30175 Hannover
<b>Hogh, Axel</b>	Region Hannover, Fachbereich Soziales, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Ibrügger, Renate</b>	Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle, Winkelriede 14, 30627 Hannover, E-Mail: Renate.Ibrügger@Hannover-Stadt.de
<b>Janitzek, Rainer F.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Dipl.-Pädagoge, Brabeckstr. 167b, 30539 Hannover
<b>Kimil, Ahmet</b>	Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie, Ethnomedizinisches Zentrum e.V. 30175 Hannover, Königstr. 6
<b>Kögler, Michael, Dr.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leiter der Ambulanz und des Winnicott-Instituts, Geibelstr. 104, 30173 Hannover
<b>Lerch-Fricke, Ulla</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Leitung der Clearingstelle, Nicolaistr. 13, 30159 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 und Dipl.-Supervisor, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstelle, Spittaplatz 5, 31303 Burgdorf

<b>Noort-Rabens, Ingeborg</b>	Ärztin, Sprecherin der Fachgruppe Kinder und Jugendliche, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Eltern, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Pohl, Matthias</b>	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Eltern, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Redslob, Anette</b>	Kommissarische Chefarztin , Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Reichertz-Boers, Uwe</b>	Sprecher der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit, SuPA GmbH, Königstraße 6, 30175 Hannover
<b>Röber, Irene</b>	Dipl.-Pädagogin, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Roempler, Andreas</b>	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Rolfes-Neumann, Doris</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85, 30449 Hannover
<b>Schäfer, Therese</b>	Fachärztin für Psychiatrie, Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Weinstr, 2, 30171 Hannover
<b>Schlieckau, Lothar</b>	Psychiatriekoordinator der Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund , Weinstr. 2, 30171 Hannover
<b>Schmidt, Werner D.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover
<b>Schnetzler, Christian, Dr.</b>	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychoanalyse, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
<b>Seelhorst, Rose-Marie</b>	Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen, Wedekindplatz 3, 30161 Hannover
<b>Steinmüller, Susanne</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Medizinische Hochschule Hannover, Psychiatrische Poliklinik I, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<b>Stelljes, Doris</b>	Dipl.-Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7, 30853 Langenhagen
<b>Stosch, von, Petra</b>	Dipl.-Psychologin, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Leitung der Familien- und Erziehungsberatungsstelle in Neustadt und Barsinghausen, Schillerstr. 2, 31535 Neustadt

<b>Sueße, Thorsten, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Leiter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, Weinstr. 2, 301717 Hannover
<b>Tänzer, Andreas</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sprecher der Fachgruppe Forensik, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Wunstorf GmbH, Südstr. 25, 30515 Wunstorf
<b>te Wildt, Bert, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Psychiatrische Poliklinik I, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<b>Theißing, Annette</b>	Sprecherin der Fachgruppe Arbeit + Reha, Psychologische Leiterin beta-REHA-Nachsorge, Calenberger Str. 34, 30169 Hannover
<b>Thiermann, Holger</b>	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstelle Barsinghausen, Am Waldhof 1, 30890 Barsinghausen
<b>Tomaske, Sabine</b>	Dipl.-Sozialarbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Str. 12 A, 30179 Hannover
<b>Trepte, Horst-Volkmar</b>	Landkreis Cuxhaven, Amt Jugendhilfe, Fachgebiet Erziehungsberatung und Fachberatung für Kindertagesstätten
<b>Voigt, Christine</b>	Leitende Dipl.-Pädagogin, Therapiezentrum für autistische Kinder, Bemeroder Str. 8, 30559 Hannover

## **Herausgeber**

Region Hannover  
Team Gemeindepsychiatrie als Geschäftsführung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes  
Weinstraße 2  
30171 Hannover  
[www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de)  
ISSN 1865-7699